



10 décembre 2018

***Concertation Grand Age et Autonomie  
Contribution de la FHF Bretagne***

Dans le cadre de la feuille de route sur le grand âge et l'autonomie diffusée le 30 mai dernier par Agnès Buzyn, Ministre des solidarités et de la santé, était prévue une grande consultation citoyenne sur le sujet.

Le 1er octobre a été lancée cette consultation autour de quelques chantiers :

- 1 - Permettre le libre choix des personnes âgées, l'exercice de leurs droits et leur consentement aux mesures les concernant
- 2 - Identifier les moyens d'une prévention plus efficace de la perte d'autonomie et d'une politique de recherche plus ambitieuse
- 3 - Simplifier le parcours des personnes âgées en assurant une continuité et une plus grande rapidité dans la prise en charge
- 4 - Définir les mesures nécessaires pour soutenir les aidants familiaux et trouver de nouvelles formes d'accompagnement solidaire des personnes âgées, par le bénévolat notamment
- 5 - Apporter des réponses aux enjeux de formation, de qualité de vie au travail et d'attractivité des métiers pour les personnels intervenant dans l'accompagnement et le soin aux personnes âgées
- 6 - Rénover les aides et les prestations pour les rendre plus lisibles, plus équitables, en maîtrisant les charges financières pour les familles
- 7 - Apporter des améliorations tangibles au cadre de vie des personnes âgées, dans les domaines de l'adaptation des logements, des mobilités, de l'accès au numérique et aux services publics
- 8 - Définir les modalités de financement des prises en charge à domicile et en établissements afin d'en garantir l'accessibilité pour les familles
- 9 - Accroître la qualité des prestations en établissement et à domicile en liant le montant des dotations publiques à la qualité des prestations proposées et en développant les enquêtes de satisfaction

Dans ce cadre, la FHF Bretagne a souhaité participer à cette concertation par l'organisation de réunions départementales destinées à travailler sur ces sujets les 12 novembre – 14 novembre – 19 novembre puis une réunion régionale d'approbation de la contribution le 30 novembre 2018.

Cette concertation permet de porter, à nouveau, un regard de notre société contemporaine sur la vieillesse et sur la mort. S'il existe encore aujourd'hui un déni de notre société à bien penser l'accompagnement du vieillissement de la population, de plus en plus de débats publics posent sur nous la question de la place de nos aînés dans notre société.

Le maintien à domicile et l'adaptation de notre société à ce vieillissement, même s'il est récent pose toutefois le regard sur la nécessité d'une société inclusive à l'instar des orientations stratégiques sur le handicap.

## **1. L'EHPAD EST UN LIEU DE VIE MAIS EGALEMENT UN ACTEUR DE SANTE**

Aujourd'hui l'EHPAD est considéré comme un domicile de secours, un substitut du domicile. Mais au-delà de cette mission, les acteurs souhaitent réaffirmer la vocation du secteur médico-social à savoir le maintien de l'autonomie des personnes le plus longtemps possible. A ce titre, l'EHPAD doit devenir un véritable acteur de santé sachant que 90% des personnes âgées nécessitent un accompagnement médico-social et 10% une prise en charge par le soin.

Il doit être un acteur dans le parcours de vie d'une personne âgée et doit permettre son accompagnement par un hébergement collectif adapté mais également favoriser des retours à domicile. Il faut donc développer un système poreux pour permettre une offre adaptée à chaque personne.

Il doit enfin travailler sur la relation avec la personne sans parasitage dû au modèle financier. L'EHPAD doit être dans une logique de service et d'accompagnement.

Dans ce cadre, il est nécessaire de sortir du totem du nombre de places, source sans fin de discussion avec les élus et l'ARS mais bien partir du besoin des personnes.

Ainsi, la place des EHPAD dans la prévention et la promotion de la santé primaire et secondaire est d'une absolue nécessité. Les établissements sont prêts à développer les dispositifs de prévention qui améliorent l'autonomie des personnes âgées et participent à la motivation des équipes. Il serait même intéressant d'intégrer ces actions de prévention dans le parcours afin de toucher un public autre en particulier au domicile.

Cependant, le financement actuel, basé sur la dépendance est contre-productif car il est versé en fonction du degré de dépendance de la personne. En cas d'autonomie partielle retrouvée et prouvée par un changement de GIR, l'établissement perd des financements.

Il est donc souhaité de valoriser financièrement la préservation et la récupération de l'autonomie par une modulation du GIR qui aujourd'hui n'évalue pas l'autonomie mais la dépendance. La grille AGGIR est vécue comme un bon outil de travail car elle permet d'objectiver les situations dans les établissements. Pour autant, sa valorisation financière n'est pas bonne car elle n'intègre pas l'amélioration de l'autonomie. De ce fait, les établissements n'ont pas un intérêt financier à développer des actions de prévention.

De même, la qualité et la prévention ne sont pas prises en compte en particulier dans le cas des thérapies non médicamenteuses pour le maintien des capacités restantes et l'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée et/ou présentant des troubles du comportement, d'autant plus depuis le déremboursement des médicaments « Alzheimer ».

Quant à la coupe PATHOS, il n'est pas certain que cet outil soit aujourd'hui adapté à la situation des EHPAD, la valorisation financière étant trop compliquée quand il n'y a pas de soins. Enfin, concernant la méthode, il serait plus accepté par les équipes que le codage se fasse après le financement ce qui occasionnerait de la confiance sur la gestion des établissements.

## **2. LA NECESSITE DE DECLOISONNER LES DISPOSITIFS ET D'ENVISAGER UNE VISION GLOBALE DE L'EHPAD DE DEMAIN**

### **A. Proposer une autorisation globale sur l'hébergement**

Si on conçoit l'EHPAD de demain, ouvert sur la ville et le domicile, alors les différenciations entre hébergement temporaire et hébergement permanent sont obsolètes puisqu'il s'agira de travailler sur un parcours entre le domicile et l'EHPAD. Il faut donc assurer la flexibilité de l'hébergement sans autorisation spécifique et prévoir une autorisation globale sur l'hébergement qui donnera à l'établissement une souplesse de gestion plus importante. Cette gestion nécessitera de revoir le financement pour ne plus avoir la pression du permanent et du temporaire et de travailler à des financements au parcours.

Il faut pouvoir utiliser les parcours de vie et décloisonner les structures car les personnes ont des besoins différents et ainsi exploiter toute la palette des dispositifs possibles sans frein et sans rupture.

Cette orientation pourra permettre à l'EHPAD d'être un coordonnateur de parcours avec, à sa disposition, plusieurs outils : accueil de jour, hébergement temporaire, hébergement permanent avec des ressources financières adéquates et des taux d'occupation moins contraints qui permettraient de combiner plusieurs types d'hébergement simultanément.

### **B. Proposer un financement plus globalisé**

Aujourd'hui, le financement d'un établissement pour personne âgée est trop complexe et basé sur trois tarifications : l'hébergement, le soin et la dépendance. Ces trois sections tarifaires, étanches, obligent les établissements à procéder à des arbitrages sans cohérence comptable.

A titre d'exemple, le financement de postes sur deux sections tarifaires gérés par le Conseil départemental et l'ARS (aide-soignant par exemple) entraîne des difficultés quand les deux autorités n'ont pas de stratégie commune, l'établissement pouvant se retrouver en difficultés faute de visibilité.

Il est donc proposé la simplification de la construction budgétaire pour donner de l'autonomie sur les besoins.

Ainsi, un forfait plus globalisé à partir du parcours pourrait réunir la dépendance et le soin (ce qui irait également dans le sens de la création d'un 5<sup>ème</sup> risque), l'hébergement relevant toujours de l'organisme gestionnaire de l'établissement, tenant ainsi compte que la gestion de l'aide sociale, qui est une compétence du conseil départemental et qu'un reste à charge auprès du résident restera une nécessité.

Au-delà, la question des financements des investissements est également une réalité pour nombre d'établissements qui doivent modifier leurs architectures vieillissantes et s'adapter aux nouveaux besoins. Dans ce cadre, est-ce normal que ce soit le prix de journée qui participe à l'effort ? Ne serait-il pas judicieux de trouver une autre source de financement basée sur la solidarité nationale ?

### **C. Clarifier le rôle et les missions des autorités de tarification et de contrôle**

Les autorités de tarification et de contrôle sont nécessaires surtout pour contrôler de manière plus importante les stratégies des établissements en particulier sur l'acceptation des dossiers. Il s'avère en effet que certains établissements privilégient, au détriment des besoins des personnes âgées, des personnes en fonction d'un périmètre géographique ou en fonction des GIR.

A ce stade, la question de la nécessité d'un seul interlocuteur institutionnel se pose sachant que l'ARS est une autorité de tarification et de contrôle de légalité et les conseils départementaux ont une compétence sociale. Celle-ci est attribuée par la loi du 27 janvier 2014 de modernisation de

l'action publique territoriale et d'affirmation des métropoles (Maptam) qui charge le Département d'organiser, en qualité de « chef de file » pour l'exercice des compétences relatives à l'action sociale, au développement social et à la contribution à la résorption de la précarité énergétique, et à l'autonomie des personnes.

Si la contribution régionale n'a pas permis de trancher sur la nécessité d'une seule autorité de tarification et de contrôle, eu égard aux échanges, tous s'accordent cependant à dire la nécessité, a minima, d'une harmonisation des méthodes de gestion, des calendriers voire des outils afin de simplifier et de faciliter le quotidien des établissements médico-sociaux.

### **3. L'EHPAD DE DEMAIN DOIT DEVENIR UN ACTEUR DU DOMICILE**

Une des difficultés d'accompagnement global de la personne âgée dans son parcours est le maintien de deux secteurs parallèles (domicile et institutions) qui n'ont pas forcément de relations partenariales existantes. Et pourtant, il faut que ces deux secteurs travaillent ensemble au bien être de la personne âgée et participent à une complémentarité dans le cadre d'un parcours de la personne âgée.

Aujourd'hui, des dispositifs existent comme les SSIAD ou les SPASAD et les établissements publics doivent pouvoir s'en saisir pour d'ores et déjà orienter leur expertise vers le domicile.

Demain, le déploiement des EHPAD hors les murs y palliera car l'EHPAD ou l'hôpital de proximité pourra mettre des compétences et des expertises soignantes et médico-sociales autres que le domicile au profit de la personne âgée mais également des familles : par exemple, la prise en charge peut être différente avec notamment la possibilité, entre le domicile et l'établissement, de développer du séjour temporaire pour faire de l'évaluation gériatrique voire des consultations avancées de gériatrie et porter cette expertise au niveau du domicile. Il peut également être plus efficace d'assurer la consultation d'un psychologue spécialisé dans la maladie d'Alzheimer au domicile plutôt qu'en établissement.

La gestion du domicile peut donc être intégrée dans l'établissement avec des outils adéquats comme des plates-formes de services avec un même projet de vie pour la personne sachant que cette pratique peut se déployer plus facilement en zone rurale, avec une présence plus importante d'EHPAD ruraux de proximité sous statut public qu'en zone urbaine où il y a une concurrence des services.

Au-delà il apparaît dorénavant nécessaire de demander des convergences sur les exigences en termes de qualité de service et d'accompagnement ainsi que sur les référentiels au domicile et en EHPAD.

### **4. SE PREPARER AU FINANCEMENT DU VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION PAR L'ADOPTION DU 5ème RISQUE**

La question de l'adoption du 5ème risque pour prendre en charge le vieillissement de la population ne pourra voir le jour qu'avec la convergence des financements entre le secteur du handicap et celui de la personne âgée car il apparaît très clairement que les ratios d'accompagnement entre le handicap et la personne âgée ne sont pas les mêmes.

Pour mémoire, voici les taux d'encadrement du Plan Solidarité Grand Age du 27 juin 2006 qui n'ont jamais été appliqués :

<b>Ratios PSGA (agents / résidents)</b>
Gir 1/2 : 1
Gir 3/4: 0,66
Gir 5/6 : 0,25

Il faut donc travailler à un rapprochement des financements entre le secteur « Personnes handicapées » et le secteur « Personnes Agées » car les finances ne permettent pas des éclatements de proximité.

De cette question sur le 5ème risque, il ne faut pas séparer la question de l'autorité de tarification et de contrôle sachant que s'il y a la constitution d'un 5ème risque, ce sera de fait l'ARS.

La question de l'impact de la mise en place d'un 5<sup>ème</sup> risque se pose et, dans ce cadre, il faut revenir aux fondements de l'aide sociale car avec ce dispositif on interroge le modèle de protection sociale et de substitut à la famille qui existe depuis la fin de la 2<sup>nde</sup> guerre mondiale. Cela changera de fait la perception d'un service pris en charge par l'Etat avec toutefois l'intégration, dans le dispositif de la capacité contributive de chaque habitant.

## **5. RENFORCER – CONVERGER LES DISPOSITIFS EN CHARGE DU PARCOURS DES PERSONNES AGEES EN PROXIMITE**

Afin de mieux accompagner la personne âgée, il est proposé de réfléchir à la mise en œuvre d'un parcours afin que le maintien dans l'autonomie soit le plus long possible mais aussi de repérer les fragilités très en amont, évitant dans ce cas le recours à une gestion de cas complexes.

Le recensement des dispositifs de coordination, dans les bassins de proximité permettra de faire un état des lieux de la situation de manière très pragmatique aux vues des méthodes et habitudes de travailler en coopération.

Il s'agira ensuite de faire converger ces structures vers l'élaboration d'une plateforme d'évaluation des personnes âgées, en proximité, avec un pouvoir de contrainte sur les acteurs de santé et médico-sociaux du territoire. Cette convergence permettra une prise en charge ou un accompagnement individualisé de la personne âgée à l'instar de l'expérimentation « Réponse Adaptée pour Tous » sur le champ du handicap.

Ces structures ad hoc n'existent pas sur le secteur de la personne âgée, les seules structures se rapprochant pouvant être les CLIC et les MAIA mais qui se limitent à l'information ou ne gèrent que les cas complexes et sans pouvoir de coercition.

Il s'agira ainsi de pouvoir mieux coordonner les solutions dans le cadre d'un parcours de la personne âgée. Cette instance de coordination permettrait un rapprochement entre les établissements et les services d'aide à domicile sur un territoire donné qui pourrait avoir comme périmètre une agglomération, une communauté de communes, un territoire de santé ou encore un secteur gérontologique ?

Cette instance de coordination doit avoir une légitimité dans les échanges et dans les solutions trouvées voire un pouvoir d'injonction dans les limites, bien évidemment, du respect des choix de la personne âgée. Elle peut tirer sa légitimité de l'ARS comme autorité de tarification et de contrôle ou du département qui a une compétence plus sociale et plus territoriale voire des collectivités territoriales. A cet égard, il devra être possible de valoriser les établissements qui jouent le jeu de cette coordination de plusieurs manières y compris financière.

Elles doivent fédérer les acteurs de proximité autour d'un accompagnement d'une personne âgée. Cette nouvelle instance devrait pouvoir remplacer toutes les instances parallèles qui se sont formées en silos et assurer ainsi une convergence des dispositifs pour donner une réponse, quelle qu'elle soit à la personne âgée.

Ces instances de proximité devront pouvoir rapidement trouver des solutions eu égard notamment aux réglementations qui vont bientôt se déployer sur la pertinence des hospitalisations.

Dans ce cadre, il serait intéressant de transformer les demandes d'entrée en EHPAD par des demandes d'accompagnement avec la famille en lien avec le projet de vie.

## **6. L'EHPAD DE DEMAIN : S'ADAPTER AUX TROUBLES COGNITIFS DES PERSONNES AGEES**

La question des troubles cognitifs des personnes âgées se développe de manière exponentielle dans les établissements selon deux axes : la prise en charge des personnes âgées qui ont des troubles psychiques et la prise en charge des personnes âgées qui développent des troubles cognitifs.

Les acteurs de santé devront donc s'adapter à ces pathologies et trouver des solutions globales qui allient gériatrie et psychiatrie. Il s'agira à cet égard de développer des équipes mobiles qui ont cette double compétence sur les territoires à destination du domicile mais aussi des EHPAD.

Le maintien à domicile de la population atteinte de maladies neuro-dégénératives se pose cruellement pour de nombreuses familles et l'intégration dans les EHPAD ne devrait se faire que dans des petites unités spécifiques.

## **7. LE MAINTIEN DES HABILITATIONS A L'AIDE SOCIALE**

Si la question du maintien de l'habilitation à l'aide sociale ne se pose pas pour les établissements médico-sociaux publics, en revanche, une simplification et un raccourcissement des délais d'instruction permettraient de stabiliser la situation sociale de la personne hébergée ou en attente d'hébergement.

A cet égard, le repérage des personnes qui seraient susceptibles d'être soumises à ce dispositif sera plus facile avec la mise en place des parcours, le déploiement des EHPAD hors les murs et un véritable partenariat entre les structures médico-sociales et le secteur du domicile.

Cette question sociale est fondamentale car il est établi qu'en cas de problèmes sociaux difficiles, les personnes âgées peuvent rapidement décrocher de l'autonomie et développer de la dépendance.

Enfin, les établissements qui choisissent de garder l'habilitation à l'aide sociale ne doivent pas pâtir de ce choix et il faudra que les autorités de tarification et de contrôle s'assurent que cela ne soit pas un frein à des financements autres.

## **8. LES EHPADS DE DEMAIN : MIEUX VALORISER LES METIERS**

Travailler dans un EHPAD requiert des métiers exigeants qui demeurent un vrai engagement. A cet égard, dans un établissement médico-social pour personnes âgées, il existe plus de 15 métiers différents. Toutefois, les besoins des personnes âgées évoluant au fur et à mesure, de nouvelles compétences seront nécessaires pour maintenir et améliorer l'accompagnement des personnes âgées : diététiciens, ergothérapeutes, qualitatifs, des métiers autour de l'accompagnement de fin de vie, autour du sport, autour des compétences psychomotrices.

A cette fin, il sera nécessaire d'assurer une attractivité de ces nouveaux métiers par la valorisation statutaire et financière. Pour exemple, le métier d'animateur en activité physique adaptée (APA) doit désormais pouvoir bénéficier d'une reconnaissance de son métier et de ses compétences, en sus des prestations assurées par le masseur-kinésithérapeute.

Au-delà, afin de multiplier l'accès à ces compétences, la mutualisation et le partage seront demain indispensables. Cela nécessite d'assouplir les outils juridiques pour déployer ces mutualisations et travailler à des temps de coordination.

Le croisement des modes de recrutement permet également d'assouplir les dispositifs et de pouvoir permettre l'accès à de nouvelles expertises.

Enfin, la question de la spécialisation des métiers et de leur gradation va se poser permettant ainsi de développer des perspectives de promotion professionnelle. C'est ainsi que, compte tenu de la raréfaction des masseurs kinés dans les EHPAD, le développement d'assistants en physiothérapie serait une plus-value tout comme des préparateurs en pharmacie, des infirmiers en pratique

avancée, la prévention des risques professionnels ou encore l'ouverture des métiers d'assistants de soins en gérontologie aux agents des services hospitaliers (ASH).

Les coopérations avec les GCSMS sont la preuve que les EHPAD peuvent mutualiser.

Enfin, il sera nécessaire de travailler sur l'attractivité des métiers en lien avec les dynamiques de parcours et avec le secteur du domicile.

Des questions se posent donc sur la formation des métiers et sur les méthodes de travail ainsi que sur la reconversion et les changements de filière. Ainsi, il semble nécessaire de repenser la fonction d'aide-soignante dans une logique de parcours et d'accompagnement. Dans ce cadre, il faudra avoir un modèle économique bien stabilisé sachant qu'aujourd'hui peu d'études sont réalisées sur le coût du maintien à domicile.

## **9. CLARIFIER LE ROLE DES USLD ET DES EHPAD**

Il faudra également clarifier la différence entre USLD et EHPAD qui connaissent des financements différenciés) et positionner l'USLD dans le parcours du soin et pas forcément le parcours de vie. Quel rôle entre l'EHPAD et l'USLD dans des zones rurales ou un chaînon manque entre une prise en charge qui nécessite un haut niveau de soins et un EHPAD hyper-médicalisé.

Il est ainsi proposé de bien préciser que l'USLD est du court séjour et envisager une évaluation pour des sorties tous les 6 mois.

## **10. REDONNER DE LA MARGE DE MANŒUVRE AUX DIRECTEURS D'ETABLISSEMENT**

La mise en place des EPRD et des CPOM a modifié les relations entre les établissements médico-sociaux et les autorités de tarification et de contrôle car il n'y a plus de procédure contradictoire et de relations personnalisées, la connaissance des problématiques inhérentes à chaque structure ayant de moins en moins d'impact dans l'allocation des ressources, compte-tenu de son caractère mécanique (dotation calculée via le GMPS).

Le renforcement des moyens financiers en établissements reste un enjeu majeur car la transformation du modèle ne peut exonérer de pallier au manque de l'enveloppe actuelle.

Ces financements sont basés sur un processus d'allocation homogène tous les 5 ans qui doit permettre de redonner de la souplesse à la gestion financière des établissements.

Pour autant, si l'EPRD indique la libre affectation des résultats, il apparaît que les autorités de tarification et de contrôle sont beaucoup trop intrusives dans la gestion des EHPAD. Il serait important que la confiance s'instaure en laissant aux directeurs la marge de manœuvre nécessaire à la gestion de leur établissement.

Le tableau des effectifs n'est plus contractualisé ; cela donne de la marge de manœuvre aux établissements car le tableau doit être indicatif.

Avec une autorisation globale sur l'hébergement, l'autonomie des établissements s'en trouverait renforcée.

Enfin, il serait opportun de pouvoir valoriser les initiatives innovantes qui se déploient dans les établissements grâce à la dynamique opérée par les directions des établissements médico-sociaux. Il arrive souvent que des innovations peuvent voir le jour avec l'accord du chef d'établissement.