

## Projet de loi « Adaptation de la société au vieillissement » Propositions de la FEHAP

La FEHAP salue l'annonce par le Premier Ministre, Jean-Marc AYRAULT, d'une loi de cadrage et de programmation relative à l'adaptation de la société au vieillissement. Ce chantier doit naturellement embrasser le secteur du maintien à domicile (SAAD, SSIAD, HAD<sup>1</sup>...), les EHPAD ou encore l'adaptation des modes de prise en charge en milieu hospitalier, pour mieux répondre aux besoins du grand âge. Mais la révolution démographique concerne des enjeux collectifs beaucoup plus larges, comme la politique familiale, la conception urbaine et l'adaptation des transports, l'évolution de l'habitat collectif ou encore les nouvelles technologies, enjeux de ce projet de loi.

**Un défi** : le chantier de la prévention et de l'accompagnement de la perte d'autonomie, qui appelle :

- à l'effectivité de parcours de soins mieux coordonnés présentant une plus grande neutralité financière pour l'utilisateur,
- à une équité de traitement sur le territoire national,
- ainsi qu'à une accessibilité financière aux différents dispositifs de prise en charge de la perte d'autonomie, au domicile comme en établissement, gages du libre choix des personnes de leur mode de vie au moment où l'avancée en âge induit des problématiques qui nécessitent un accompagnement adapté.

Dans ce cadre, s'il est évident que certaines dépenses vont aller croissant dans les années à venir, il s'agit de dépenses d'ores et déjà situées dans le champ de la solidarité nationale.

***La meilleure organisation de la prise en charge dans le cadre solidaire est la solution la plus juste et la plus efficace.***

### I La réforme de la gouvernance

Dans le secteur médico-social, les frontières de financement, de responsabilités sont complexes, ce qui peut nuire à l'efficacité de la prise en charge. Il est nécessaire de redonner de la lisibilité et de la souplesse, plus particulièrement s'agissant de la politique publique dédiée au grand âge. Une réforme de la gouvernance de ce secteur est devenue indispensable, s'agissant notamment de l'amélioration de l'accès aux soins des personnes âgées et de l'accompagnement de leur perte d'autonomie.

La FEHAP reconnaît le rôle incontournable des départements dans le développement d'une politique de l'autonomie ambitieuse, sous condition d'un encadrement national et d'une péréquation économique puissante, dans l'objectif de garantir l'équité de traitement de chaque usager. La région s'avère une maille territoriale trop large, pour la conception et l'animation de politiques devant s'inscrire dans la proximité des bassins de vie et des zones d'emploi, sauf dans certains cas particuliers (Limousin, Franche-Comté...) où l'effectif de la population équivaut à celui de départements très peuplés (Seine Saint-Denis...).

---

<sup>1</sup> SAAD : service d'aide et d'accompagnement à domicile  
SSIAD : service de soins infirmier à domicile  
HAD : hospitalisation à domicile  
EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

Dans ce cadre, les missions de la CNSA doivent évoluer pour :

- ⇒ plus de lisibilité à travers des **remontées statistiques homogènes obligatoires des départements**, en contenu et en format, permettant de recenser l'offre, les besoins et d'adapter les réponses locales aux demandes exprimées par les personnes, par le biais de systèmes d'informations intégrés performants ;
- ⇒ garantir l'égalité de traitement sur le territoire : la FEHAP reste attachée à **un mode de régulation nationale** notamment à travers une répartition équitable des équipements, des « reste à charge » homogènes entre les départements, des règles d'attribution convergentes des prestations, notamment par la modification de l'attribution des concours aux départements, si nécessaire ;
- ⇒ **installer la CNSA dans un rôle nouveau**, en tant qu'agence commune de l'Etat, des départements et des usagers, assurant l'équité de traitement sur le territoire national, sans estomper pour autant sa culture de gouvernance spécifique issue de la Loi du 11 février 2005, associant les différentes composantes fédératives, associatives et syndicales.

La FEHAP soutient l'expérimentation d'un rapprochement des dispositifs d'information, d'accueil et d'évaluation de la situation des personnes âgées et des personnes handicapées, sous la forme de **maisons de l'autonomie (MDA)**, pour une offre de service globale, accessible et de qualité. Pour autant, les expérimentations existantes ont montré leurs limites s'agissant de la gouvernance du dispositif, peu claire et très hétérogène : **la FEHAP souhaite qu'un cahier des charges précis permette l'harmonisation des pratiques et garantisse un accès aux droits homogène à l'ensemble de la population**. Une gouvernance partagée et participative doit être maintenue, avec l'ensemble des partenaires inscrits dans le déploiement des politiques publiques en faveur de l'accompagnement des personnes âgées et handicapées.

## II Les enjeux du maintien à domicile : la mise en cohérence des offres sociales, médico-sociales et sanitaires

### Développer l'offre complémentaire « aide et soin » à domicile pour mieux répondre aux besoins des personnes en perte d'autonomie : les SPPASAD, une ressource à déployer

Les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD), **sont des opérateurs pivots des actions à mener de prévention, d'aide et de soins à domicile**. Ils répondent aux enjeux de fluidification des parcours de santé des personnes en perte d'autonomie. Pourtant, ce modèle peine à s'imposer<sup>2</sup> dans le paysage de l'offre médico-sociale et paraît encore peu ou méconnu, à la fois de son public, des acteurs du secteur et des pouvoirs publics.

Déployer et accroître leur potentiel, nécessitera de les outiller de moyens complémentaires, afin, d'une part, de susciter l'intérêt des porteurs de projet et des régulateurs et, d'autre part, de mieux répondre aux besoins multidimensionnels des personnes en perte d'autonomie.

C'est dans ce sens que la FEHAP, conjointement avec l'ADF et la Croix-Rouge Française militent pour :

- la création d'**un statut juridique et budgétaire à part entière du SPASAD** en les dotant d'un **budget unique, cofinancé** pour les activités soins, dépendance et prévention ;
- l'adoption de la dénomination **SPPASAD avec un double « P »**, afin de consacrer et de les consolider dans leur mission de prévention, en faisant des services polyvalents de prévention d'aide et de soins à domicile (SPPASAD). La structuration d'un tel dispositif doit s'organiser autour d'équipes mutualisées de professionnels dédiés<sup>3</sup>, afin de garantir que le repérage d'une situation à risque permette la mobilisation du professionnel adapté.

<sup>2</sup> Seulement 91 SPASAD sont recensés en 2013

<sup>3</sup> Cadres administratifs, ergothérapeutes, psychologues, psychomotriciens, conseillères en économie sociale et familiale.

### Santé et autonomie : favoriser une meilleure articulation entre les acteurs du domicile afin de renforcer les soins et améliorer la prise en charge de la fin de vie à domicile

Le contexte de transition vers une politique de santé axée sur la perte d'autonomie évitable et la contraction générale des dépenses publiques, commandent de donner une impulsion forte et concrète en faveur des **coopérations et de la mutualisation des ressources existantes**. Les SPPASAD, s'inscrivent pleinement dans ces enjeux de politiques publiques.

D'autres rapprochements ou meilleures articulations sont à rechercher, notamment avec les acteurs du domicile du champ sanitaire, tels que l'hospitalisation à domicile (HAD) et les réseaux de santé. **Une politique ambitieuse** d'accompagnement de la perte d'autonomie à domicile passe par **l'amélioration des soins à domicile**. Ces coopérations revêtent **un intérêt tout particulier sur des phases critiques telles que la fin de vie**, qui se caractérisent bien souvent par une forte médicalisation et des risques de rupture de prise en charge entre les différents acteurs qui se relaient au chevet de la personne.

En cohérence avec les réflexions en cours sur les logiques de parcours, de coordination des professionnels, ainsi que de décloisonnement des acteurs, la FEHAP, en qualité de **fédération de référence du soin à domicile, SSIAD et HAD**<sup>4</sup>, appelle de ses vœux un message politique fort en faveur de l'amélioration des conditions d'accompagnement de la fin de vie. Cette initiative doit viser :

- ⇒ la mise en place d'**un cadre mieux adapté aux collaborations indispensables** entre ces deux types de structures, pour des séquences de soins et d'accompagnement précisément **déterminées, et à titre dérogatoire**, les moments légitimes de double prise en charge associant la continuité du SSIAD et la technicité de l'HAD ;
- ⇒ la continuité de la prise en charge de la personne en **fin de vie à domicile** ;
- ⇒ une diversification de l'offre de prise en charge, lorsque ni le domicile ni l'hôpital ne sont adaptés<sup>5</sup>.

### Une meilleure intégration des aides techniques dans les plans d'aide grâce à l'évaluation multidimensionnelle des besoins

La FEHAP soutient la **mise en place d'une obligation d'évaluation multidimensionnelle préalable à la définition des plans d'aide**, afin d'amener à un rééquilibrage et à une diversification des réponses préconisées dans ces plans en faveur d'une plus grande intégration des aides techniques, là où les aides humaines, souvent onéreuses, sont largement dominantes, sans que les besoins de la personne n'aient été évalués dans leur globalité.

La FEHAP tient à souligner que les aides techniques doivent s'inscrire dans un projet personnalisé et coordonné car elles **ne peuvent nullement se substituer aux aides humaines**, notamment en termes de lien social pour les personnes fragiles isolées. Toutefois le besoin de l'un ne doit être confondu avec le besoin de l'autre.

### III L'EHPAD : une composante incontournable de l'offre sur les territoires

#### La nécessaire diversification de l'offre d'accueil des EHPAD

L'évolution actuelle de la société oblige à repenser les offres et les missions des EHPAD. La FEHAP estime que la **diversification des prestations servies est un enjeu majeur eu égard aux souhaits des personnes de rester vivre à leur domicile**.

Là où l'aide humaine et technique à domicile ne peut agir, notamment s'agissant de l'isolement d'un nombre grandissant de personnes âgées dépendantes dont le divorce ou le veuvage ont pour conséquence

---

<sup>4</sup> 70% de l'offre PNL : avec plus d'1/4 de l'offre de SSIAD et 62% de l'activité HAD nationale en 2013

<sup>5</sup> Cf. infra : propositions de la FEHAP sur la diversification de l'offre en EHPAD

l'absence d'une présence en continu, les EHPAD constituent une ressource clé pour les personnes en grande perte d'autonomie, nécessitant une présence quasi continue à leur côté.

L'EHPAD ne doit pas être « l'alternative malheureuse » à l'impossibilité du maintien à domicile mais doit devenir « un soutien » au maintien à domicile à travers une ouverture à de nouveaux publics et de nouvelles formes d'accueil et d'hébergement :

- les accueils de jour pour le répit de l'aidant et de l'aidé,
- les unités complètes d'accueil temporaire,
- l'accueil et les prestations de repas et de support pour les personnes vivant à domicile,
- l'adossement d'un SSIAD à l'EHPAD dont les ressources pourront être mobilisées dans le cadre d'un parcours complet et coordonné, lorsque lesdits SSIAD ne seront pas adossés par ailleurs à un SAAD ou SAP, ou à une HAD,
- l'adossement d'un EHPAD à des services sanitaires de soins de suite et de réadaptation polyvalents ou spécialisés en personnes âgées pathologiques ou en unités cognitivo-comportementales (UCC), afin de constituer des plateformes permettant d'organiser d'efficaces mutualisations de compétences rares, et des transitions organisées dans les meilleures conditions de continuité.

Les établissements et services sanitaires, sociaux et médico-sociaux adhérents à la FEHAP apportent d'excellents exemples de ces plateformes transversales orientées soit vers le domicile soit vers l'hospitalisation-hébergement à temps complet.

### **La garantie de l'existence d'une offre plurielle sur les territoires**

Si le maintien à domicile reste un enjeu majeur dans les années à venir, force est de constater, au regard de l'évolution de l'état de santé des personnes âgées, que nombre d'entre elles auront recours à un établissement médicalisé afin de leur garantir une prise en charge adaptée à leurs besoins dans les dernières années de leur vie.

La FEHAP insiste donc sur la nécessité de garantir une offre de prestations plurielles sur les territoires, de sorte d'assurer un accompagnement adapté aux personnes : l'orientation des pouvoirs publics vers l'offre au domicile ne doit pas avoir pour conséquence des effets désincitatifs à l'entrée en EHPAD ou en habitat collectif, alors même que la sécurité des personnes en dépend.

C'est dans ce cadre que certains **droits et devoirs des personnes âgées**, de leurs proches et des professionnels de santé doivent être actualisés ou harmonisés :

- Dans une vision transversale du parcours de soins et d'accompagnement, tant en ville, qu'à l'hôpital ou dans une structure médico-sociale,
- Dans un équilibre entre les attentes des usagers et les contraintes des financeurs : limitation légale du préavis dans les contrats de séjour à un mois, interdiction des réservations payantes sur les listes d'attente, définition d'une « période d'essai » durant laquelle le départ peut se réaliser sans versement d'un préavis d'une durée d'un mois ;
- Prenant en compte de manière plus réaliste, et plus sécurisante pour les usagers et les gestionnaires, la « période grise » durant laquelle aucune mesure de protection juridique n'est mise en œuvre mais où la qualité de compréhension et de consentement sont affaiblies, ce qui précarise singulièrement les contrats de séjour ;
- Trouvant un juste équilibre entre le « droit à la sécurité » figurant d'ores et déjà dans le code de l'action sociale et des familles, et au titre duquel pèse une véritable et injuste « épée de Damoclès » sur les responsables d'établissements, et le principe constitutionnel et de droit

international de la « liberté d'aller et de venir », qui se situe au cœur de l'éthique sanitaire, sociale et médico-sociale.

La solvabilisation de l'offre d'hébergement peut également être considérée sous l'angle des droits fondamentaux et des principes d'égalité et de non-discrimination : ce droit à l'accessibilité financière doit également concerner les EHPAD, dont l'accessibilité doit être garantie à toute personne dont la situation le justifie et qui en exprime le besoin : la FEHAP estime qu'un remaniement complet de leur tarification doit être engagé pour diminuer le reste à charge des usagers.

Le public âgé doit pouvoir choisir entre une offre médicalisée ou non, à domicile comme en établissement :  
Domicile → Accueil intermédiaire/Habitat intermédiaire → Etablissement  
*Avec ou sans médicalisation*

#### IV Le financement et la tarification des EHPAD : au summum de la complexité et de la lourdeur

##### Les éléments d'une complexité...quotidienne !

3 financeurs, 3 sections tarifaires, 7 tarifs différenciés, des budgets morcelés financés par voie pérenne ou non, des clés de répartition des charges entre financeurs, 2 grilles d'évaluation des besoins, des logiques de reprises de résultats par section tarifaire, des conventions tripartites pluriannuelles obligatoires chronophages à gérer et non renouvelées faute de moyens humains et financiers, un mille feuilles financier<sup>6</sup> avec des dotations spécifiques (PASA, AJ...)...

Telle est la logique qui préside à la gestion des EHPAD !

Les EHPAD publics et PNL évoluent donc dans un cadre tarifaire que l'on peut qualifier de « rigide », leur laissant peu, voire pas de marge de manœuvre, particulièrement ces 4 dernières années au cours desquelles les mesures de reprises d'excédents se sont durcies et l'option tarifaire globale gelée, unique possibilité d'échapper à la convergence tarifaire ou de redéployer les marges financières dégagées sur la section soin qui pourraient être utilement mobilisées en faveur du maintien, voire de l'abaissement du reste à charge. Cette situation est injuste puisque, d'une certaine manière, les financements collectifs de l'exploitation des EHPAD ne différencient pas véritablement les établissements de service public, à tarif administré, qui concourent au principe d'accessibilité financière, d'où l'intérêt d'une réforme tenant compte des besoins de soins, mais aussi des missions d'intérêt général assurées. C'est le sens des propositions d'amendement pour des MIGAC médico-sociales associant la FEHAP, la Croix-Rouge Française et l'APF, lors des PLFSS 2013 et 2014, rejoints en cela par les propositions du rapport de Messieurs Guedj, Blein, Juanico et Grandguillaume sur la fiscalité du secteur privé non lucratif.

---

<sup>6</sup> Au gré des besoins et des plans, différentes dotations sont venues s'ajouter à la tarification au GMPS des EHPAD : dotation forfaitaire additionnelle au GMPS de 4557€/place pour les **Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA)**, dotation forfaitaire pour les **places d'accueil de personnes handicapées vieillissantes**, forfaits journaliers pour les **transports des accueils de jour** (11,16 euros par jour calculé sur 365 jours, multiplié par le nombre de places autorisées pour les accueils de jour adossés à un EHPAD ; 13,58 euros par jour calculé sur 300 jours, multiplié par le nombre de places autorisées pour les accueils de jour autonomes), subventions dédiées à l'investissement par le biais du **PAI** ou des **crédits non reconductibles**, crédits dédiés à **des mesures spécifiques** (permanents syndicaux, gratification des stagiaires, expérimentation de la réintroduction des médicaments dans les forfaits soins jusqu'en juillet 2013...)

## Les enjeux d'une réforme de l'allocation de ressources ou l'urgence à agir dès à présent par la mobilisation des leviers de gestion existants

Il est urgent d'intervenir, alors même que la LFSS pour 2009 a prévu l'assouplissement des règles budgétaires qui régissent ces structures : les articles L.314-2 et L.314-7-1 du CASF autorisent une gestion pluriannuelle en EPRD pour les EHPAD, basée sur un financement au besoin en soins et non à la capacité à financer des autorités publiques.

### La FEHAP demande donc la mobilisation des outils existants dans l'objectif d'un assouplissement des modèles de gestion et d'une meilleure mobilisation de la ressource en période de contrainte budgétaire :

- Entrer dans une logique de gestion pluriannuelle des budgets par la mobilisation du CPOM prévu aux articles L.313-11 et L.313-12 du CASF (pour les EHPAD) : publication nécessaire de l'arrêté fixant le seuil à partir duquel le CPOM devient obligatoire et se substitue à la convention pluriannuelle tripartite pour les EHPAD ;
- Adosser à cette logique de gestion l'outil budgétaire adéquat : l'EPRD permettant de dégager une capacité d'autofinancement mobilisable sur le reste à charge ;
- Publier le décret prévu par la LFSS pour 2010 et issu d'une initiative parlementaire suggérée par la FEHAP, prévoyant la détermination du contenu des tarifs journaliers afférant aux prestations relatives à l'hébergement et leur transparence vis-à-vis des usagers et de l'autorité de contrôle et de tarification ;
- Publier le décret déterminant les modalités de la tarification des accueils de jour et hébergement temporaire pour les personnes âgées, en s'inspirant des principes retenus s'agissant des personnes handicapées, dans l'objectif principal d'atténuer le reste à charge qui pèse sur les personnes âgées qui peuvent bénéficier de ce type d'accompagnement, également sollicité par les proches-aidants.

Ces premières mesures constitueraient **un signal fort** pour les gestionnaires et les résidents/familles dans l'attente d'une réforme de plus grande ampleur telle que prévue dans le cadre du second volet législatif de la loi.

**Les logiques de plafonnement des tarifs (convergence tarifaire sur le soin et la dépendance notamment, tarification au GMPS non respectée...) doivent également être supprimées**, dans la mesure où l'administration elle-même met en place des mesures de contournement de ces contraintes. Le plafonnement des tarifs apparaît peu efficient, et les réflexions doivent avancer dans le sens du déploiement de nouvelles logiques de gestion, telles que décrites précédemment, s'accompagnant **d'une refonte de la tarification plafond sur le soin dans une logique de plafonnement homogène**, pour une équité de traitement entre les EHPAD sur le territoire. Ainsi, il peut être envisagé un droit de tirage minimal à 90% du tarif, avec une marge loco-territoriale de 10 % laissée aux ARS et à leurs partenaires gestionnaires d'établissements, pour financer les priorités ressenties localement, la qualité, les actions de prévention...

Ce financement souple, **associé à une libre affectation des résultats dans un cadre contractuel** permettant la mobilisation d'une capacité d'autofinancement affectée partiellement au reste à charge, a pour avantage une utilisation vertueuse des fonds publics dédiés à l'accompagnement des personnes âgées produisant un effet à court terme sur les tarifs hébergement.

### La fiscalité du secteur PNL

**Dans une optique de maintien du reste à charge et dans l'attente d'une refonte plus large du modèle économique des établissements, la FEHAP appelle à une réflexion sur l'instauration d'une fiscalité dédiée aux secteurs PNL et public à taux réduit (5% ou 5,5%)** : en effet, les EHPAD externalisent une part de plus en plus importante des prestations couvertes par le tarif hébergement, soumises au taux de TVA de 20%,

sans récupération possible. Une mesure d'allègement du taux de TVA serait un premier pas vers une baisse des tarifs acquittés par les résidents et/ou leurs familles.

Par ailleurs, les établissements privés non lucratifs sont les seuls à acquitter la taxe d'habitation, considérant les exonérations générales dont bénéficient les établissements publics (comme pour la taxe foncière) : **la FEHAP estime que ces asymétries doivent être reconsidérées, comme celle introduite par le CICE sur le versant privé de statut commercial.** D'une manière générale, une réforme tarifaire ne peut échapper à un « bilan d'entrée comparatif préalable » du point de vue des prélèvements obligatoires acquittés par les différentes composantes (charges sociales, impôts et taxes tant au niveau national que local) :

- Privé non lucratif
- Public à rattachement hospitalier
- Public à rattachement territorial
- Privé de statut commercial.

La disposition des deux rapports Lidsky-Dieuleveut et Blein-Grandguillaume-Guedj-Juanico apporte des bases objectives montrant que le privé non lucratif est objectivement défavorisé.

La FEHAP tient enfin, en termes de méthode et de calendrier cohérent, à **exprimer ses réserves quant à la détermination, par voie législative, des prestations socles couvertes par les tarifs hébergement en l'absence d'un modèle tarifaire adapté et revu** : en effet, il apparaît prématuré de définir ces prestations alors même que les règles de répartition des charges et les logiques de tarification vont être repensées et vont nécessairement évoluer afin d'atteindre l'objectif fixé par cette loi d'abaisser le reste à charge qui pèse sur les résidents et leurs familles.

### **Quels montants seront dédiés à l'accessibilité financière de l'offre? L'indispensable création de ressources additionnelles pour le financement du second volet législatif**

La FEHAP milite depuis plusieurs années en faveur de dispositifs permettant la **réduction du reste à charge et est à ce titre favorable à une révision du barème du ticket modérateur** dans une logique de meilleure accessibilité de l'offre de santé pour tous et de prise en charge de la perte d'autonomie par la solidarité nationale.

Cependant, la FEHAP **s'inquiète des montants qui pourront être consacrés à ces mesures**, que ce soit pour la revalorisation de l'APA ou la diminution du reste à charge puisqu'aucun chiffre définitif n'a été présenté à ce jour.

**Quelles ressources additionnelles destinées au financement du second volet de la loi ?** La FEHAP a de longue date pris conscience du fait que l'assise actuelle des ressources de la CNSA ne suffira pas pour répondre aux enjeux de la révolution démographique et de la qualité des prises en charge et accompagnements. Fin 2011 et dans le cadre des débats du PLFSS 2012, la FEHAP avait suggéré la mise en place d'une **taxe sur les jeux d'argent**, puisque cette activité brasse étonnamment des sommes considérables, avec une acceptabilité sociale potentiellement élevée d'un petit prélèvement sur les mises apportant un rendement conséquent<sup>7</sup>.

La FEHAP note avec intérêt que France Alzheimer a décidé de reprendre à son compte l'hypothèse d'une taxe sur les jeux d'argent. Au-delà de l'impulsion initiale, chacun comprendra qu'il y a lieu d'inventer des ressources collectives nouvelles, en complément de la Sécurité Sociale, face à un phénomène nouveau :

---

<sup>7</sup> « Les aléas du jeu au service des aléas de la vie » ont séduit plus d'un car la commission des affaires sociales de l'Assemblée Nationale avait adopté cette proposition d'amendement, qui fût abandonné ensuite devant l'hostilité du Ministère de l'Economie et des Finances –très proche à l'époque du lobby des casinos et entreprises des jeux- mais aussi du fait de l'opposition des chefs de file de l'opposition de l'époque, qui revendiquaient une pleine intégration des ressources nouvelles dans le cadre de la Sécurité Sociale.

- un prélèvement exprimant la solidarité de tous nos concitoyens avec les plus vulnérables,
- doté d'une large assiette, pour être modeste en taux et efficace en rendement,
- qui ne pèse pas sur les critères définis dans le cadre européen de Maastricht.

Sur la base de ces critères, la FEHAP poursuit sa réflexion sur la possibilité de ressources additionnelles de la CNSA, en dehors des seuls vecteurs et leviers traditionnels et indispensables que sont l'assurance-maladie, la CSA et la CSG.

## V Le développement de l'habitat collectif pour lutter contre l'isolement des personnes âgées : un chantier sous condition

Selon un sondage IFOP, 9 français sur 10 souhaitent vieillir, voire finir leur vie à domicile, et plus particulièrement les personnes âgées<sup>8</sup>. L'ambition du projet de loi est de répondre à cette volonté des français par le biais de différents dispositifs.

### L'habitat intermédiaire

Le logement intermédiaire<sup>9</sup> s'impose comme la solution répondant à un public qui ne veut plus ou ne peut plus, notamment pour des raisons d'isolement, vivre dans son domicile ordinaire, mais dont l'état de santé ne nécessite pas pour autant une entrée en structure médicalisée.

Les foyers-logements s'inscrivent dans le segment de l'offre d'habitat intermédiaire. Ils ont leur place dans l'offre gérontologique locale, à condition d'en préciser le concept et les évolutions :

- ⇒ Comme elle l'a exprimée dans le cadre des travaux menés sur cette offre, la FEHAP souhaite qu'une **définition et une réglementation relatives à l'offre d'habitats intermédiaires** voient le jour : missions, financement...**et que les conditions de prise en charge de personnes dont les profils nécessitent un accompagnement adapté (aide et soin) soient clairement définies.**

Pour s'adapter aux profils évolutifs des personnes âgées, la FEHAP estime qu'une **rénovation du parc immobilier** de cet habitat est incontournable. La CNSA estime<sup>10</sup> notamment que près de 20% à 30% des lits de maisons de retraite et logements foyers construits dans les années 80 sont à rénover, pour un montant estimé entre 25 000 et 50 000€ par lit selon une étude de la CNAV de janvier 2004 :

- ⇒ La FEHAP demande le financement des mesures d'investissement : ainsi, un programme d'investissement ambitieux dédié aux foyers-logements doit voir le jour, sans désengagement de la CNAV.

Enfin, dans le cadre d'un accompagnement global, la FEHAP soutient l'hypothèse d'une **généralisation d'un forfait « autonomie » pour les foyers logements**, cofinancé par l'assurance-maladie, afin de financer des actions de prévention et le besoin de médicalisation de ces structures (1 ETP d'infirmière par exemple, pour la prise en charge du soin et la coordination des interventions des différents services pouvant intervenir dans chacun des domiciles individuels du FL). **Ce forfait doit être à la hauteur des besoins des personnes hébergées et doit permettre une prise en charge sécurisée** et adaptée dès lors que ces structures sont amenées à accompagner des personnes aux profils évolutifs dont l'état de dépendance et le besoin en soins sont amenés à croître dans les années à venir.

Dans le cadre des réunions de concertation sur le projet de loi, des précisions quant au périmètre du « forfait autonomie » ont été apportées :

<sup>8</sup> 6 octogénaires sur 10 vivent à domicile.

<sup>9</sup> Résidences services, Foyers-logements, béguinages, octaves...

<sup>10</sup> L'investissement dans les établissements médico-sociaux, l'apport des plans d'aides CNSA 2006-2010, décembre 2011



- forfait à destination exclusive des structures « non » bénéficiaires du forfait soins courants,
- financement d'actions de prévention uniquement.

**Pour la FEHAP, des garanties doivent être apportées sur ce dispositif:**

- ⇒ quelle équité de traitement entre les résidents des foyers-logements dès lors que le « forfait autonomie » ne permet pas de financer du temps d'intervention médical (infirmier par exemple) contrairement à l'actuel « forfait de soins courants » qui le permet, ce dernier n'ayant pas vocation à disparaître au profit d'un « forfait autonomie » généralisé à l'ensemble des foyers-logements ?
- ⇒ quelle réalisation des actions de prévention financées par le « forfait autonomie » dès lors que celui-ci interdit toute dépense liée au soin, et par voie de conséquence le financement de temps d'infirmier ? Quels professionnels seront amenés à intervenir ? Ne risque-t-on pas de restreindre les actions de prévention utiles et nécessaires aux personnes âgées ? Quelle ambition de ce forfait ?

**VI Les métiers ou l'enjeu d'une professionnalisation adaptée tant aux attentes de l'usager qu'à celles des professionnels**

L'accompagnement de l'avancée en âge des personnes âgées et des personnes en situation de handicap nécessite des professionnels qualifiés en nombre suffisant et aux compétences adaptées, en vue d'offrir des services à la hauteur des besoins reconnus et de dispenser un accompagnement de qualité à la hauteur des attentes de la population.

Pour la FEHAP, **l'augmentation du nombre des personnels qualifiés est un enjeu majeur**. Il faut consolider les métiers du domicile s'agissant de la professionnalisation des personnels. Certains rôles sont notamment à clarifier, comme celui de l'aide-soignante ou de l'auxiliaire de vie au sein des SPASAAD par exemple.

La FEHAP souhaite également une généralisation de l'obligation de formation initiale (Auxiliaire de vie) et de formation continue (Aide-soignante), en vue d'acquérir, pour ces professionnels, les compétences nécessaires pour répondre à toutes les attentes des personnes fragilisées. Les parcours professionnels se construisent sur des durées longues, et chaque personne doit avoir la possibilité d'évoluer dans différents types d'organisations, auprès de publics divers...tout au long de sa carrière.

**VII L'accès à l'information, un défi de taille !**

**Portail d'information des personnes âgées et aidants : un outil grand public au service de la politique de prévention et d'accompagnement de la perte d'autonomie**

Au cœur de l'enjeu de la lisibilité de l'offre, condition première à son accessibilité : le projet de portail Internet « regroupant les informations sur les établissements et tous les services utiles à la prise en charge de la perte d'autonomie »<sup>11</sup>. La FEHAP salue cette initiative gouvernementale, la création d'un tel portail répondant à un réel besoin du public.

La FEHAP est convaincue que le site doit en premier lieu poursuivre et remplir un **objectif pédagogique** à destination du grand public. Le portail ne doit pas mettre en exergue un dispositif au détriment d'un autre, mais permettre, dès son ouverture, à tout citoyen, d'appréhender la diversité de l'offre disponible et le

<sup>11</sup> Discours de Jean-Marc Ayrault à l'occasion du lancement de la concertation du projet de loi autonomie le 29 novembre 2013.

mettre en capacité de rechercher le dispositif ou la combinaison de dispositifs qui paraît le plus adapté à sa situation.

**Rendre la personne « acteur » de son parcours implique de s'assurer qu'il soit avant tout un acteur informé.** Inhérent à cet objectif pédagogique, un ciblage strict de **l'information utile**, à savoir expliquer les dispositifs (et les différentes dénominations auxquelles ils peuvent répondre), leur public, leurs portes d'entrée et les financements pour y accéder. Sous couvert d'une idée simple, il s'agit là d'un chantier complexe, voire nébuleux, mais nécessaire.

Outre informer et expliquer, le portail doit permettre de **simplifier et de faciliter les démarches**, par la mise en accès, par exemple, de documents Cerfa, du dossier type de demande d'admission dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), ou de formulaires de demande d'aide financière. Cette centralisation permettra de palier l'atomisation des sites supports de démarches et contribuera utilement à la simplification du parcours souvent qualifié, avec justesse, « du combattant » de la personne âgée et de son entourage.

La FEHAP se félicite à cet égard de l'outil de simulation de calcul du reste à charge qui sera intégré au portail. Ce dernier pourrait utilement être complété par d'autres web-services telles que des grilles simples d'auto-évaluation grand public, types outils de diagnostic des besoins pour les aidants. Avant d'enclencher toute demande, être appuyé dans la verbalisation de ses besoins peut se révéler nécessaire pour de nombreuses personnes.

Enfin la FEHAP, souligne la nécessaire vigilance qui doit gouverner **les modalités de remontée des informations qui alimenteront le site**. Un site portant le sceau ministériel doit offrir un gage de fiabilité absolue, or une remontée d'informations qui s'appuierait sur un mode déclaratif et partant, uniquement sur la sincérité des opérateurs ne peut offrir de telles garanties, au risque de rapidement révéler ses limites. Pour la FEHAP, hormis la définition du contenu de l'information à paraître, organiser et déterminer les **modalités de contrôle de cette information est un préalable indispensable à la réalisation du portail**.

### **Campagne d'information et outil de diffusion des initiatives existantes en matière de prévention de la perte d'autonomie et des risques de fragilité**

La FEHAP demande que soit engagée un **véritable travail de valorisation et de recensement des démarches issues de la société civile** afin de prévenir et de lutter contre les risques liés à la perte d'autonomie, ainsi que leurs conséquences (chutes, isolement/désocialisation, précarité, dénutrition, dépression, suicide).

Les exemples sont nombreux : **programme MOBQUAL**, initiatives identifiées dans le cadre de la mission conduite par Patrick Gohet sur les personnes en situation de handicap avançant en âge, ainsi que celles repérées dans le cadre du programme MONALISA etc...

Ces ressources existantes doivent être répertoriées sur un **portail d'information unique**, piloté par le Ministère de la santé et des affaires sociales, et être couplé à une **campagne de sensibilisation et d'information** pour être utilisé par le grand public, mais aussi les professionnels participant à la coordination.

Par ailleurs, les mairies et les CCAS sont autant de lieux repères, qui peuvent **prolonger « la toile »** en proposant l'accès à ce portail pour les personnes qui ne peuvent y accéder depuis leur domicile. Outre créer le lien entre les acteurs, la centralisation de ces informations sera un vecteur de diffusion des pratiques et des dispositifs existants et peut-être source d'émulation sur les territoires qui en sont dépourvus, en inspirant de nouveaux porteurs de projets.