

# 30 PROPOSITIONS

## POUR LA STRATÉGIE NATIONALE DE SANTÉ 2018 - 2022



FÉDÉRATION DES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS & D'AIDE À LA PERSONNE  
PRIVÉS NON LUCRATIFS



# PROPOSITIONS DE LA FEHAP POUR LA STRATÉGIE NATIONALE DE SANTÉ

## SOMMAIRE

### 1 ENGAGER UN EFFORT PARTICULIER SUR LA PRÉVENTION p.5

- 1a Lutter contre le tabagisme
- 1b Lutter contre l'obésité
- 1c Les maladies transmissibles
- 1d Les maladies rénales
- 1e L'Activité Physique Adaptée (APA)

### ACCÉLÉRER LA LUTTE CONTRE LES INÉGALITÉS DE SANTÉ p.10

- 2 Construire une véritable politique de télé-médecine

### 3 RENFORCER L'EFFICIENCE DU SYSTÈME DE SANTÉ p.11

- 3a Structuration du premier recours
- 3b Premier recours adapté aux personnes fragiles
- 3c Maintien à domicile – Renfort du maillage infirmier
- 3d Maintien à domicile – Développement plateforme intégrées
- 3e Réduire la DMS – Retour précoce à domicile
- 3f Réduire la DMS – HAD social et médico-social
- 3g Le virage ambulatoire du SSR
- 3h Réduire le coût des transports
- 3i Développer la télé expertise

### 4 FAVORISER LE PARCOURS DE VIE DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP p.20

- 4a Renforcer la structuration qualitative du secteur
- 4b Améliorer la vie au quotidien des personnes en situation de handicap
- 4c Améliorer l'accès aux soins dentaires

### 5 AMÉLIORER LES POLITIQUES D'ACTION SOCIALE EN FAVEUR DES PERSONNES ÂGÉES p.23

- 5a Articuler le domicile avec l'offre d'hébergement
- 5b Développer des solutions d'habitats alternatifs
- 5c Rôle fondamental des EHPAD

### 6 RÉPONDRE AUX ENJEUX ET PERSPECTIVES DE L'EHPAD p.26

- 6a Prioriser la considération de l'utilisateur
- 6b Tendre vers un décloisonnement de l'offre
- 6c Renforcer la qualité de vie au travail
- 6d Assurer l'adéquation entre normes et moyens

### 7 GARANTIR L'ÉQUILIBRE ÉCONOMIQUE DES EHPAD p.30

- 7a Établir le bilan des réformes récentes
- 7b Extraire la section hébergement
- 7c Lever les inégalités du reste à charge

### ● 8 INCITER L'ENGAGEMENT BÉNÉVOLE AU SERVICE DE L'AUTONOMIE p.33

### ● 9 CONSOLIDER LE RÔLE FONDAMENTAL DES AIDANTS p.35

### À PROPOS DE LA FEHAP p.37



# PROPOSITIONS DE LA FEHAP POUR LA STRATÉGIE NATIONALE DE SANTÉ

“

À la suite de l'annonce par la ministre des solidarités et de la santé de l'ouverture d'une concertation sur les axes de la stratégie nationale de santé 2018-2022, la FEHAP a souhaité se mobiliser tout particulièrement, en contribuant à l'objectif annoncé par le gouvernement de développer une vision à moyen et long terme de notre système de santé dans le but et de « *redonner une impulsion et du souffle à nos politiques de santé* ».

La FEHAP souhaite, forte de sa représentativité couvrant tous les champs de la santé et de l'accompagnement, de son histoire et de son expertise, mettre en lumière des propositions concrètes à travers des fiches thématiques pour contribuer à l'amélioration de notre système de protection sociale, de soins et d'accompagnement.

Pour satisfaire à la double injonction d'une amélioration de la réponse aux besoins de santé et d'accompagnement des citoyens, mais aussi d'une maîtrise de la progression des dépenses, la FEHAP propose une série de mesures.

Elles permettent de renforcer la prévention, de favoriser le premier recours, y compris et surtout pour les populations les plus fragiles et les plus vulnérables, de limiter le recours inutile à l'hôpital, de faciliter les sorties précoces mais sécurisées à domicile, de lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé, de renforcer la coordination des professionnels autour des usagers. Ceci suppose la mise en place de véritables parcours de santé et de parcours de vie de qualité, sans rupture, garantissant à chacun, usagers, aidants et professionnels, de trouver sa juste place.

Ainsi, nous pourrons construire l'avenir, en garantissant les fondements de notre modèle de protection sociale et en lui permettant constamment d'évoluer pour coller au plus près des attentes des usagers, particulièrement des plus vulnérables.

”

**Antoine Dubout,**  
*Président de la FEHAP*

## Proposition #1

# ENGAGER UN EFFORT PARTICULIER SUR LA PRÉVENTION



Fiche 1a

## LA LUTTE CONTRE LE TABAGISME



### Exposé de la

## PROBLÉMATIQUE

- Un fumeur multiplie son risque d'avoir un cancer broncho-pulmonaire par 30
- **78 000 décès** chaque année en France dus au tabac (soit 21 % des décès masculins et 7 % des décès féminins).
- Le coût des soins associés aux pathologies attribuables au tabac a été estimé par la CNAMTS à un ordre de grandeur de 12 milliards d'euros en 2013, dus pour moitié aux pathologies respiratoires, pour un peu moins d'un tiers aux cancers et pour un cinquième aux pathologies cardio-vasculaires ; en ajoutant à ces coûts directs des coûts indirects et intangibles tels que les pertes de production, la valeur des vies humaines perdues, etc., le coût social, au sens le plus extensif du terme, pourrait être évalué à **120 milliards d'euros**.



## SOLUTIONS

### proposées par la FEHAP

- **Créer** un sous-objectif de l'ONDAM intitulé : « **Prévention et programmes d'investissement en santé publique** », pouvant rassembler les engagements financiers situés sur l'intervention en amont et la modération de la dépense de soins et d'accompagnement en aval. La dimension pluriannuelle des économies attendues peut légitimer un schéma s'apparentant au Fond de Financement de l'Innovation Thérapeutique (LFSS 2017).
- **Amplifier** le programme « Hôpital sans tabac », dans une promotion volontariste, auprès des patients et de leurs proches, des propositions de sevrage et de substitution.
- **Mobiliser** les énergies et les compétences des étudiants en médecine dans le cadre de leur « service citoyen »
- **Établir** avec les fédérations employeurs du champ de la protection sociale, une charte nationale « Employeurs et salariés sans tabac ».
- **Développer** de nouveaux outils d'aide au sevrage tabagique interactifs en s'appuyant sur le taux élevé de couverture numérique de la population (e-coaching Tabac Info Service...) et sur les équipements e-santé de type télémédecine.
- **Instaurer**, dès l'école primaire (voire maternelle), une éducation à la prévention.



## LES FACTEURS-CLÉS

### du succès

- **Renforcer** le rôle des organismes complémentaires de l'Assurance Maladie aux actions de prévention et de promotion de la Santé en mobilisant totalement les fonds collectés à cet usage.
- **Instituer**, dans la contractualisation des établissements et services, des objectifs liés à la prévention de cette addiction en lien avec le Plan National de Réduction du Tabagisme (passer sous la barre de 20% de fumeurs en 2024)
- **Instituer** des objectifs de réduction du tabagisme auprès des médecins traitants, « premier conseiller » de lutte anti-tabac et des professionnels de santé hospitaliers.

# PROPOSITIONS DE LA FEHAP POUR LA STRATÉGIE NATIONALE DE SANTÉ

## Proposition #1

## ENGAGER UN EFFORT PARTICULIER SUR LA PRÉVENTION



Fiche 1b

### LA NUTRITION ET LA LUTTE CONTRE L'OBÉSITÉ, DÉTERMINANTS MAJEURS DE LA SANTÉ



#### Exposé de la

#### PROBLÉMATIQUE

- Le rôle des facteurs nutritionnels (intégrant l'alimentation et l'activité physique) dans le déterminisme des principales maladies chroniques en France est démontré.
- Les maladies chroniques dans lesquelles les facteurs nutritionnels sont impliqués constituent des enjeux majeurs de santé publique :
  - 365 500 nouveaux cas de cancers en 2011 pour un coût estimé, en 2010, à 13,2 milliards,
  - Les maladies cardiovasculaires (1/3 des décès) pour un coût estimé de 30 milliards d'euros.
  - Prise en charge des AVC : plus de 5,3 milliards d'euros.
  - 2,5 millions de personnes diabétiques traitées en France par an, représentant 12,5 milliards d'euros
  - L'obésité et la surcharge pondérale concernent près de 50% des adultes : plus de 4 milliards d'euros par an.



#### SOLUTIONS

#### proposées par la FEHAP

- Créer un sous-objectif de l'ONDAM intitulé : « **Prévention et programmes d'investissement en santé publique** » : la dimension pluriannuelle des économies attendues peut légitimer un schéma s'apparentant au Fond de Financement de l'Innovation Thérapeutique (LFSS 2017). Associer le plan de lutte contre l'obésité au programme « PNNS IV 2017-2021 - Programme National Nutrition Santé ».
- Mobiliser les diététiciens et les étudiants en fin de cycle STAPS au titre de leur « service citoyen » pour mener des actions de sensibilisation.
- Insérer des clauses qualitatives (réduction des teneurs en sel, sucre, graisses) dans les appels d'offre « Restauration » des établissements et services sanitaires et médico-sociaux et s'assurer d'un raisonnement comparatif en « coût complet » permettant de viser la qualité nutritionnelle et les impacts afférents.
- Porter une attention particulière aux enfants et adolescents, et plus particulièrement pour les personnes obèses ou en surcharge et favoriser leur implication dans des activités physiques et sportives.
- Taxer les aliments « malsains » comme le sucre et les graisses saturées tout en subventionnant les fruits et légumes finançant des actions de prévention ou en déploiement d'outils connectés de contrôle nutritionnel.
- Limiter les choix alternatifs aux fruits et légumes en restauration collective.
- Instaurer, dès l'école primaire (voire maternelle), une éducation à la prévention.



#### LES FACTEURS-CLÉS

#### du succès

- Mettre en œuvre des actions de sensibilisation continue, à tous les âges de la vie, en s'appuyant sur les acteurs de notre réseau (Crèches, Établissements et services pour les personnes fragiles, Établissements de l'offre de soins...)
- S'appuyer sur les associations d'usagers pour renforcer l'adhésion et l'appropriation des dispositifs de prévention.
- Articuler les différents leviers de politique publique : PRS II, Programme national de gestion du Risque et PNNS.

## Proposition #1

# ENGAGER UN EFFORT PARTICULIER SUR LA PRÉVENTION



## LES MALADIES TRANSMISSIBLES

Fiche 1c



### Exposé de la

## PROBLÉMATIQUE

- La France est aujourd'hui l'un des pays où la défiance à l'égard de la politique vaccinale est la plus forte, conduisant à la réapparition d'infections ces dernières années (ex ; rougeole)
- 48% seulement des 10 millions des personnes jugées à risque se sont fait vacciner contre la grippe en 2016, malgré la gratuité de l'acte (l'OMS recommande un taux de 75% pour endiguer une épidémie).
- Les coûts directs et indirects d'un épisode grippal avoisinent le milliard d'euros (traitements, arrêts de travail, hospitalisation, baisse de la consommation...)



## SOLUTIONS

### proposées par la FEHAP

- Créer un sous-objectif de l'ONDAM intitulé : « **Prévention et programmes d'investissement en santé publique** » : la dimension pluriannuelle des économies attendues peut légitimer un schéma s'apparentant au Fond de
- Financement de l'Innovation Thérapeutique (LFSS 2017).
- Rendre obligatoire la vaccination antigrippale des salariés au contact des usagers dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, sauf contre-indication médicale actualisée et certifiée.
- Développer des applications attractives sur smartphone sur les vigilances et échéances importantes dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé (échéances de rappels pour les enfants, ..)



## LES FACTEURS-CLÉS

### du succès

- Mettre en œuvre des actions de sensibilisation continue en s'appuyant sur les acteurs de terrain de notre réseau (Crèches, Établissements et services pour les personnes fragiles, Établissements de l'offre de soins...)
- S'appuyer sur le réseau des pharmaciens des établissements et services pour mettre en œuvre des campagnes de vaccination « in-situ » pour les salariés des établissements et services, les usagers et leurs ayants droit en permettant le stockage des produits et leur « préfinancement » par les établissements et services.
- Renforcer la délégation de la vaccination aux Infirmiers, permettant notamment d'assurer une couverture vaccinale plus satisfaisante au domicile des personnes fragiles et vulnérables sauf contre-indication médicale actualisée et certifiée.
- Renforcer et simplifier la communication auprès du grand public sur le calendrier vaccinal.



## Proposition #1

# ENGAGER UN EFFORT PARTICULIER SUR LA PRÉVENTION



Fiche 1d

## LES MALADIES RÉNALES



### Exposé de la

## PROBLÉMATIQUE

- 10 799 nouveaux patients traités pour insuffisance rénale chronique terminale en 2014 ; tendanciel de +2% par an. 80 000 patients traités pour insuffisance rénale chronique terminale en 2014 (tendanciel +5% par an)
- Près de 45 000 patients sous dialyse en France avec un âge moyen de 70,4 ans.
- Le coût global de la prise en charge de cette pathologie avoisine les 4 milliards d'euros par an.
- L'initiation du traitement en hémodialyse se fait en urgence dans 33% des cas, et 10% ont débuté leur traitement en réanimation. En hémodialyse, 20% des patients n'ont pas eu de consultation néphrologique préalable
- Il est frappant de constater qu'un tiers des dialyses démarrent aujourd'hui en urgence (données ABM), alors qu'il est possible à la fois :
  - de préserver le capital rénal pour envisager précocement la greffe,
  - de retarder l'entrée en dialyse,
  - et d'orienter vers les modalités de dialyse hors centre, moins coûteuses (notamment la dialyse péritonéale).



## SOLUTIONS

### proposées par la FEHAP

- Créer un sous-objectif de l'ONDAM intitulé : « **Prévention et programmes d'investissement en santé publique** » : la dimension pluriannuelle des économies attendues peut légitimer un schéma s'apparentant au Fond de Financement de l'Innovation Thérapeutique (LFSS 2017).
- Dans le domaine de l'insuffisance rénale, structurer et financer dans ce sous-objectif une « mission populationnelle » dans les territoires pour la détection précoce, l'information et le soutien du premier recours ; ceci afin d'éviter le démarrage de la dialyse en urgence.
- Créer un « forfait populationnel de prévention et de détection précoces » permettant de situer une petite part de la dépense en amont, pour la modérer en aval.

Exemple : plusieurs adhérents de la FEHAP, très présents dans la dialyse hors centre (80 % des prises en charge) ont déjà engagé la démarche de l'activité de dialyse traditionnelle vers la promotion de la santé rénale et pourront la porter dans les territoires.



## LES FACTEURS-CLÉS

### du succès

- Investir dans la prévention de l'insuffisance rénale en réduisant **la dépense du « curatif » vers le « préventif »** en s'appuyant sur le savoir-faire associatif et en lien avec les associations d'usagers. (Rénaloo, France Rein, Ligue Rein et Santé)
- Assurer une souplesse régionale et territoriale dans les financements avec une fongibilité transversale sur la médecine de ville et l'hospitalier (pertinence des soins et régulation des transports)
- Amplifier les prises en charge en dialyse hors centre et de proximité, réduisant les coûts associés (tarifs, transports...) au bénéfice du financement d'une politique de prévention.

## Proposition #1

# ENGAGER UN EFFORT PARTICULIER SUR LA PRÉVENTION



Fiche 1e

## L'ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE (APA)



### Exposé de la

## PROBLÉMATIQUE

- La sédentarité augmente le risque d'au moins trois cancers : du colon (de 24%), de l'endomètre (de 32 %) et du poumon (de 21%). Le risque de survenue d'un cancer du sein diminue de 25 % chez les femmes les plus actives en comparaison des actives (JNCI 2014, Etude menée sur plus de 4 millions de personnes).
- 25-60% des infarctus du myocarde et des AVC sont évitables par une activité physique régulière (OMS).
- L'Activité Physique Adaptée permet de réduire significativement la fatigue liée au cancer quel que soit le moment de la prise en charge, pendant et à distance des traitements
- La condition physique prédit le risque de chute et la dépendance future pour les activités de la vie quotidienne.



## SOLUTIONS

### proposées par la FEHAP

- Définir l'APA comme **un objectif de Santé Publique** : augmenter le temps d'activité physique ET diminuer le temps passé à des activités sédentaires :
  - Promouvoir l'activité physique comme facteur de prévention d'hygiène et de santé, de socialisation, de développement personnel et d'estime de soi et de lutte contre l'obésité.
  - Promouvoir les actions de prévention sur les liens entre l'alimentation, l'activité physique et les cancers et informer les élus et les professionnels de santé sur les liens entre nutrition et le rôle de l'activité physique dans la prévention.
- Poursuivre et amplifier les connaissances et l'information sur le lien entre nutrition-activité physique et cancers dans le cadre du PNNS.
- Ajouter l'Activité Physique Adaptée comme **soin de support** dès le début du parcours de soin pour améliorer de la qualité de vie et la psychologie du patient et diminuer des effets secondaires des traitements.
- Reconnaître l'Activité Physique Adaptée comme **traitement non médicamenteux pour une réduction de la mortalité et des récidives** (cf. étude sur les cancers de la prostate et colo-rectal).
- Intégrer la pratique d'une activité physique adaptée dans le **cahier des charges des structures** accueillant des personnes âgées et en situation de handicap et dans celui des établissements et services SSR.
- Établir avec les fédérations employeurs du champ de la protection sociale, **une charte nationale « Employeurs et salariés et APA »**.



## LES FACTEURS-CLÉS

### du succès

- Renforcer le rôle des organismes complémentaires de l'Assurance Maladie aux actions de prévention et de promotion de la Santé sur l'APA.
- Instituer, dans la contractualisation des établissements et services, des objectifs liés l'APA en lien avec le Programme national nutrition santé (PNNS).
- Former les professionnels de santé et du domicile aux bénéfices de l'APA.
- Travailler en lien étroit pour les établissements et services avec les associations d'usagers, les Pôles Ressources Nationaux Sport Santé Bien-Etre, les collectivités et les missions locales...

Proposition #2  
ACCÉLÉRER LA LUTTE CONTRE LES INÉGALITÉS DE SANTÉ



Fiche 2

## CONSTRUIRE UNE VÉRITABLE POLITIQUE DE TÉLÉ-MÉDECINE

### Exposé de la **PROBLÉMATIQUE**

- Les inégalités sociales et territoriales sur lesquelles la FEHAP a publié (tout est téléchargeable en ligne sur notre site) s'accroissent.
- Les ressources médicales deviennent de plus en plus rares alors que : les maladies chroniques progressent de manière fulgurante : 1.000 nouveaux cas de cancer par jour. 20 millions de nos concitoyens concernés par une maladie chronique selon les pouvoirs publics (diabète, insuffisances cardiaques, respiratoires, rénales, cancer... Et la population vieillit et exige une qualité de soins accrue.
- L'e-santé peut :
  - être le levier permettant de passer d'une médecine curative à une médecine préventive, en associant tous les acteurs autour d'un parcours de santé décloisonné et coordonné.
  - constituer l'un des moyens d'articuler des écosystèmes de santé intégrant des adhérents FEHAP autour d'un même projet médical, social... à titre d'exemple il est possible de créer un écosystème gériatrique intégrant à la fois un centre d'expertise, de la médecine et des soins de suite gériatriques, des unités de soins de longue durée et des EHPAD, de l'HAD et des SSIAD autour des personnes âgées en risque de perte d'autonomie en établissement ou à domicile.

### **SOLUTIONS** proposées par la FEHAP

- Intégrer d'ici 2022 des objets connectés interopérables et sécurisés.
- Identifier et recenser les expertises sanitaires et médico-sociales au sein des établissements et services publics et privés afin de les partager sur le territoire via la télémédecine.
- Élargir en concertation avec la CNAM le périmètre des actes qui ouvrent droit à un financement forfaitaire (cf. article 47 du PLFSS pour 2017)
- Favoriser et réguler l'émergence de plateformes industrielles urbanisées et sécurisées, pour la gestion mais aussi le stockage des données.

### **LES FACTEURS-CLÉS** du succès

- Développer un plan de formation initiale dès la Faculté de médecine et au sein des IFSI et inciter l'implication des sociétés savantes pour réévaluer les pratiques professionnelles.
- Envisager de nouveaux métiers en lien avec la télémédecine et la télésanté notamment pour le maintien à domicile des personnes âgées.
- Permettre une fongibilité des enveloppes ville - hôpital pour dégager les moyens du développement de la e-santé.

Lancer un plan d'investissement numérique ambitieux couvrant toutes les dimensions du système de santé (domicile, ville, sanitaire, médico-social et social) via un fond d'amorçage Assurance maladie constitué de dépenses évitées sur les transports ou les actes non pertinents par exemple.

Proposition #3

RENFORCER L'EFFICIENCE DU SYSTÈME DE SANTÉ



Fiche 3a

**LIMITER LE RECOURS EXCESSIF À L'HÔPITAL  
ET NOTAMMENT AUX SERVICES D'URGENCE :  
LA STRUCTURATION DU PREMIER RECOURS**



**Exposé de la**

**PROBLÉMATIQUE**

- L'organisation comme la culture du système de santé français sont aujourd'hui trop focalisées sur le curatif et la perte d'autonomie déjà constatée.
- 60% des passages aux services hospitaliers d'urgences se font, du lundi au vendredi, de 6 h à 18 h, durée qui recouvre très largement la période d'ouverture des cabinets des médecins de ville
- Le profil des pathologies tend par ailleurs à se modifier avec une diminution de la part des pathologies traumatiques, une augmentation de la proportion de patients de plus de 70 ans (DMS élevée et mobilisation inappropriée des services d'urgence)
- Le Rapport OCDE de janvier 2017 constate que 20% des dépenses de santé relèvent du gaspillage, le recours excessif aux urgences fait partie des dépenses jugées évitables.
- Le premier recours est actuellement fragilisé par une baisse d'attractivité du mode d'exercice de la médecine libérale (ex : aucune installation de médecin libéral généraliste dans Paris au premier semestre 2014)



**SOLUTIONS**

**proposées par la FEHAP**

- Inscrire, dans les PRS II, en s'appuyant sur la démarche d'appel à projets, un programme de création, a minima, d'un premier recours par territoire de santé (maison de santé pluri professionnelle, maison médicale, établissements, centre de santé...). Ce premier recours devra être doté d'un plateau technique minimal (radiologie, biologie, imagerie couplée à la télé-expertise pour pallier l'absence de spécialistes sur les territoires...).
- S'appuyer sur le maillage territorial conséquent des établissements médico-sociaux et de santé (ex : 7 000 EHPAD en France) afin que ces derniers puissent mutualiser leurs équipements (kinésithérapie, pharmacie, solutions de télémédecine, télé-expertise) et leurs compétences au service d'une réponse territoriale au premier recours.
- Instaurer une réelle régulation préalable à l'orientation vers les urgences, en lien avec les acteurs du premier recours, quel qu'en soit le type et le mode d'exercice des professionnels, afin d'assurer le juste recours aux urgences hospitalières.



**LES FACTEURS-CLÉS**

**du succès**

- Renforcer l'information des patients concernant les dispositifs d'aide (AME – CMU-C, CMU, PUMA, ACS) et éviter le recours excessif aux services d'urgence sous le seul prisme de « l'absence d'avance de frais » par l'utilisateur.
- Permettre une fongibilité régionale des financements entre la médecine de ville, l'hospitalier et le médico-social.
- Mettre en œuvre des politiques tarifaires incitatives au développement du premier recours et de la prévention : transférer les moyens et les actions du curatif vers le préventif (tarification au parcours)
- Renforcer le nombre et le rôle des Infirmiers d'Accueil et d'Orientation (IAO) pour un meilleur tri pré-hospitalier et utiliser des logiciels d'aide au diagnostic à l'admission aux urgences.

## Proposition #3

# RENFORCER L'EFFICIENCE DU SYSTÈME DE SANTÉ



Fiche 3b

## LIMITER LE RECOURS EXCESSIF À L'HÔPITAL ET NOTAMMENT AUX SERVICES D'URGENCE : LE PREMIER RECOURS ADAPTÉ AUX PERSONNES FRAGILES

### Exposé de la **PROBLÉMATIQUE**

- La quasi-totalité des familles des enfants polyhandicapés renonce à recourir à un médecin généraliste traitant.
- La difficulté à construire des parcours de santé pour orienter les personnes en situation de handicap vers une consultation spécialisée (chirurgie dentaire, gynécologique, urologie ou ophtalmologie par exemple...) conduit à une limitation de l'accès aux soins et donc à une perte de chance.
- Le manque de sensibilisation et de formation spécifique des professionnels de santé à l'accueil et à la prise en charge des personnes en situation de handicap constitue un obstacle supplémentaire à leur accès aux soins.
- Les conditions d'accueil et d'accès aux cabinets de soins primaires sont souvent inadaptées et anxiogènes pour les personnes en situation de handicap et en perte d'autonomie : temps d'attente trop long, difficultés importantes de communication.
- La tarification des consultations en libéral ne correspond pas à la durée et à l'implication nécessaire auprès de la personne handicapée qui consulte.
- La précarité sociale constitue un facteur limitant l'accès aux soins primaires et de premier recours.

### **SOLUTIONS** proposées par la FEHAP

- Inscrire, dans les PRS II, la création d'un premier recours, par bassin de vie, accessible (locaux adaptés PMR, adaptés à la perte sensorielle, aménagements spécifiques) aux personnes en fragilité et bénéficiant de personnels formés à cet effet (plan de formation continue, usagers formateurs, pair-aidance)  
Exemples adhérents FEHAP : Centre de santé par la Fondation Chabrand-Thibaut dans le Val d'Oise, sur le même site que l'EHPAD dont elle est gestionnaire. Articulation de l'Hôpital Paris Saint-Joseph (Paris 14ème), avec plusieurs centres de santé. Ouverture de la « Plate-forme santé et accès aux soins » organisée par la Fondation Saint-Jean de Dieu, pour améliorer l'accès aux soins des enfants et adultes handicapés.
- S'appuyer sur le maillage territorial des établissements médico-sociaux et de santé (ex : 4 500 établissements et services adhérents FEHAP) afin que ces derniers puissent mutualiser leurs équipements (kinésithérapie, pharmacie, solutions de télémédecine, télé-expertise) et leurs compétences au service d'une réponse territoriale au premier recours pour les personnes fragiles
- Proposer aux usagers des parcours de soins personnalisés et orientés fonction des besoins et des fragilités.
- Formation des professionnels de santé à la prise en charge des soins chez les personnes en fragilité.

### **LES FACTEURS-CLÉS** du succès

- Instaurer la création d'un observatoire des délais d'attente sanitaires, sociaux et médico-sociaux.
- Créer une fongibilité régionale des financements entre la médecine de ville, l'hospitalier et le médico-social.
- Mettre en œuvre des politiques tarifaires incitatives (logique de parcours) à la prise en charge spécifique des personnes en situation de handicap, de perte d'autonomie et/ou de précarité économique et sociale.

Proposition #3

RENFORCER L'EFFICIENCE DU SYSTÈME DE SANTÉ



Fiche 3c

**LIMITER LE RECOURS EXCESSIF À L'HÔPITAL ET NOTAMMENT  
AUX SERVICES D'URGENCE : LE MAINTIEN À DOMICILE PAR LE  
RENFORCEMENT DU MAILLAGE INFIRMIER**



Exposé de la

**PROBLÉMATIQUE**

- Le soin ne peut s'envisager indépendamment de l'accompagnement de la vie courante : l'absence d'un tel accompagnement peut conduire à allonger la durée d'hospitalisation sans raison médicale.
- L'absence de continuité de soins infirmiers dans les structures médico-sociales entraîne, de facto, une orientation « naturelle mais partiellement justifiée » vers les services hospitaliers.
- L'orientation aux services des urgences hospitalières, quand elle est faite par défaut, peut avoir des conséquences dramatiques. Elle fragilise des personnes déjà très vulnérables qui doivent patienter longtemps dans un environnement angoissant et sont soumises à une série d'exams parfois inutiles.



**SOLUTIONS**

proposées par la FEHAP

- Déployer et renforcer la présence d'Equipes Mobiles Gériatriques dans les territoires, y compris ruraux, substitut pertinent à l'hospitalisation des personnes fragiles et prévoir des équipes similaires dédiées aux personnes en situation de handicap.
- Déployer, sur chaque territoire, des solutions de type « EHPAD hors les Murs » permettant de compléter les dispositifs existants pour mieux prévenir et gérer les risques de rupture dans le parcours de vie et de soins de la personne âgée (l'EHPAD est alors le centre ressource gériatrique pour les personnes âgées vivant à domicile).

Exemple adhérents FEHAP : EHPAD hors les murs Villa Pia – Association COS à Bordeaux, Projet M@DO – Fondation Partage et Vie, Seniors Connect + - Groupe SOS.

- Expérimenter les SSIAD « renforcés », au service des personnes en fragilité, permettant une continuité de la couverture des soins, alternative à une hospitalisation évitable par manque d'anticipation, notamment de nuit.
- Dupliquer, sur l'ensemble des régions, les expérimentations menées par l'ARS Île-de-France portant sur la présence et la mutualisation d'IDE de nuit sur les établissements médico-sociaux.
- Renforcer les taux d'équipements en HAD en s'assurant de l'absence de « zone blanche » en réponse à la nécessité du virage ambulatoire.



**LES FACTEURS-CLÉS**

du succès

- Former et Informer les médecins généralistes sur les modalités de prescription et d'adressage à l'HAD, évitant ainsi un passage préalable en hospitalisation.
- Créer une fongibilité régionale des financements entre la médecine de ville, l'hospitalier et le médico-social.
- Accélérer le déploiement en régions des possibilités d'intervention conjointe HAD / SSIAD (+ Equipes mobiles) (actuellement, une seule région en expérimentation et sur trois types de prise en charge seulement – soins palliatifs, nursing lourd et pansements complexes).

Proposition #3

RENFORCER L'EFFICIENCE DU SYSTÈME DE SANTÉ



Fiche 3d

**LIMITER LE RECOURS EXCESSIF À L'HÔPITAL ET NOTAMMENT  
AUX SERVICES D'URGENCE: LE MAINTIEN À DOMICILE PAR LE  
DÉVELOPPEMENT DE PLATEFORMES INTÉGRÉES**



Exposé de la

**PROBLÉMATIQUE**

- Les parcours de vie et de santé sont insuffisamment coordonnés et personnalisés, entraînant des zones de rupture de prise en charge et d'accompagnement (et donc des hospitalisations, réponse par défaut)
- Les secteurs de la santé, ville, hôpital, social et médico-social, sont trop cloisonnés et insuffisamment tournés vers l'utilisateur et son souhait d'un maintien à domicile.
- L'insuffisance de fluidité fonctionnelle et relationnelle entre les professionnels des différents secteurs rend la construction de réponses coordonnées complexe et incertaine, entraînant des hospitalisations par défaut ou des maintiens en hospitalisation non nécessaires.



**SOLUTIONS**

proposées par la FEHAP

- Créer, sur chaque territoire, des plateformes intégrées s'appuyant sur les outils numériques au service des professionnels et des organisations et de la gestion personnalisée des parcours :
- Des outils de coordination : plateforme de type « call-center », dossiers informatisés à reconnaissance du numéro d'appelant, agenda d'alertes (suivi des actions)
- Des outils de télégestion (nomades et interopérables) : faciliter et renforcer l'efficacité des intervenants du domicile (planification, géolocalisation...), assurer la traçabilité des données patients au domicile (charges en soins, visites) et coordonner la gestion sécurisée des informations de l'utilisateur.
- Des outils de télémedecine et télésuivi : améliorer la rapidité de prise en charge, faciliter les échanges entre professionnels et optimisation du temps médical et des temps de transports.
- Proposer la création de Résidences de « Domicile innovant » aux personnes en fragilité adaptées, sécurisées et connectées au service du maintien de l'autonomie en s'appuyant sur :
  - La domotisation des équipements (chemin lumineux, cuisine à hauteur variable, télalarme, visioconférence)
  - L'évolutivité des logements (adaptation progressive à la perte d'autonomie)
  - Le Télésuivi en s'appuyant sur les plateformes intégrées afin de permettre d'identifier et d'anticiper les risques de rupture de parcours et éviter des hospitalisations.



**LES FACTEURS-CLÉS**

du succès

- Informer les usagers / associations d'usagers / associations de patients sur les alternatives à l'hospitalisation.
- Faire du domicile une priorité quinquennale en s'appuyant sur la professionnalisation des SSAD, nouvellement entrés dans le régime de l'autorisation (et donc du contrôle et de l'évaluation par les collectivités territoriales)
- Instaurer un dispositif incitatif à la « Recherche – Développement » dans le champ privé non lucratif éventuellement ciblé sur des solutions innovantes de maintien à domicile des personnes fragiles.

Proposition #3

RENFORCER L'EFFICIENCE DU SYSTÈME DE SANTÉ



Fiche 3e

RÉDUIRE LA DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR HOSPITALIÈRE :  
LE RETOUR PRÉCOCE À DOMICILE



Exposé de la

**PROBLÉMATIQUE**

- La Durée Moyenne de Séjour en établissements hospitaliers et l'utilisation des plateaux techniques peut être encore optimisée.
- Les usagers souhaitent un retour à domicile et une récupération rapide post-chirurgicale, attentes insuffisamment prises en considération.
- Les séjours post-opératoire en hospitalisation conventionnelle sont coûteux et ne constituent pas toujours gage de rétablissement rapide.
- Le manque d'anticipation des modalités de retour domicile des patients dès la préparation de leur entrée en hospitalisation constitue un facteur d'augmentation de la durée des séjours hospitaliers.



**SOLUTIONS**

proposées par la FEHAP

- Étendre le dispositif expérimental d'HAD – « sortie précoce de chirurgie lourde » à d'autres types de chirurgie que les seules actuellement visées (orthopédique, digestive et gynécologie) permettant un retour plus rapide à domicile du patient tout en garantissant la qualité et la sécurité des soins.
- Déployer des solutions innovantes de retour à domicile précoce en s'appuyant sur des kits d'objet connectés (transmission automatique des examens de suivi quotidien - fréquence cardiaque, pression artérielle, température, saturation artérielle en oxygène...) et une plateforme téléphonique reliant 24h/24 et 7j/7 infirmiers et patients.  
Exemple adhérents FEHAP : Projet « Suivi à Domicile » de l'Hôpital FOCH, Suresnes.
- Mobiliser nos établissements sur de nouvelles pratiques de prise en charge limitant le stress métabolique, favorisant la récupération rapide, limitant le temps passé en hospitalisation conventionnelle au bénéfice d'une autonomie patient accrue et optimisant le taux d'occupation des plateaux techniques.  
Exemple FEHAP : Projet « Le patient debout » Institut Mutualiste Montsouris, Paris.
- Diversifier les modes de financement des établissements de santé, pour favoriser l'émergence de mode de financement aux parcours ou aux épisodes de soins, incluant le secteur médico-social.



**LES FACTEURS-CLÉS**

du succès

- Alliance étroite avec les usagers et leurs organisations représentatives sur ces mutations, ainsi qu'avec les fédérations nationales, hospitalières et médico-sociales.
- Coordination des services à domicile autour de ces enjeux de retour précoce (formation – échange de données – anticipation) et renforcement du lien secteur hospitalier – médecine de ville – champ médico-social (SAAD / SSIAD)



Proposition #3

RENFORCER L'EFFICIENCE DU SYSTÈME DE SANTÉ



Fiche 3f

**RÉDUIRE LA DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR HOSPITALIÈRE:  
HAD / CHAMP SOCIAL ET MÉDICO-SOCIAL**



**Exposé de la  
PROBLÉMATIQUE**

- Insuffisance de réponses alternatives à l'hospitalisation conventionnelle pour les usagers d'établissements ou services médico-sociaux (personnes en situation de handicap, avancées en âge et enfance).
- Freins organisationnels et culturels à l'intervention de l'HAD auprès d'établissements médico-sociaux (malgré la levée des freins réglementaires) – méconnaissance réciproque des secteurs et métiers – frontière de la responsabilité mal définie – absence de dossier médical partagé.
- Acculturation insuffisante des prescripteurs.
- Insuffisance numérique des aidants, qui sont insuffisamment accompagnés et formés.
- Méconnaissance et manque de formation aux problématiques et spécificités de la fragilité (handicap, précarité...) des équipes des HAD.



**SOLUTIONS  
proposées par la FEHAP**

- Instaurer des taux cible de recours à l'HAD en établissements et services dans le cadre de la contractualisation, tant pour les établissements et services (taux de recours) que pour les structures d'HAD (taux d'intervention)
- Mettre en œuvre une politique incitative à l'intervention de l'HAD en ESMS (coefficient de pondération des actes fonction de la typologie des prises en charge)
- Intégrer, dans la rémunération sur objectifs de santé publique, des critères de prescriptions liées à l'HAD en ESMS.
- Inscrire, dans les PRS II, en s'appuyant sur la démarche d'appel à projets, la création, par territoire, d'une HAD référente Handicap, bénéficiant de personnels formés à cet effet.



**LES FACTEURS-CLÉS  
du succès**

- Mise à disposition, par la DGOS, de kits de communication présentant les différentes modalités de prise en charge (HAD / ESMS) – guide du recours à l'HAD en ESMS.
- Informer les usagers / associations d'usagers / associations de patients et aidants sur les dispositifs HAD dès l'entrée en ESMS.
- Permettre aux structures d'HAD d'intégrer les Plateformes Territoriales d'Appui pour une meilleure intégration dans le parcours de soins de la personne en fragilité et dans l'orientation du choix des modalités de prise en charge.
- Inscrire, dans les priorités des fonds fléchés des OPCA, le financement de formations partagées dédiées aux HAD et aux ESMS dans un objectif d'acculturation et de partage de bonnes pratiques.

Proposition #3  
RENFORCER L'EFFICIENCE DU SYSTÈME DE SANTÉ



Fiche 3g

**LE VIRAGE AMBULATOIRE DU SSR**



**Exposé de la  
PROBLÉMATIQUE**

- La Durée Moyenne de Séjour en établissements SSR est parfois très longue et pourrait être réduite.
- L'utilisation des plateaux technique pourrait être largement optimisée.
- 10% des séjours SSR à l'admission et 20% des séjours en cours de séjour sont inadéquats, en grande partie en raison de déficit d'offre d'aval.
- De nombreuses prises en charge en SSR ne nécessitent pas un hébergement et pourraient se faire à partir du domicile ou même en son sein.
- Les prises en charge en MCO sont insuffisamment articulées, en amont et en aval, avec les prises en charge en SSR, freinant le développement de l'ambulatoire.
- De grandes disparités existent, sur le territoire, en termes de prises en charge ambulatoires pour un même type de patient.



**SOLUTIONS**  
proposées par la FEHAP

- Mettre en place dans toutes les régions les coordinations prévues par les textes (circulaire ministérielle octobre 2008) pour amplifier le développement des alternatives à l'hébergement en SSR et apporter une réponse coordonnée et personnalisée en amont et en aval du MCO (ex : Région Auvergne Rhône Alpes).
- Développer les équipes mobiles de Rééducation (Exemple adhérents FEHAP : établissement KERPAPPE et pôle St-Héliier en Bretagne)
- Mutualiser les pratiques intéressantes et construire des profils de prises en charge de rééducation relevant des alternatives et du domicile.
- Redynamiser l'HAD sur la base de la circulaire du 4 décembre 2013 afin que celle-ci soit appliquée de façon plus volontariste ; en particulier intensifier les complémentarités HAD et SSR dans les PRS II en développant le recours à l'Hospitalisation à domicile en SSR et en créant au minimum une antenne « HAD SSR » par territoire.
- Diversifier les modes de financement des établissements de santé, pour favoriser l'émergence de mode de financement aux parcours et spécifiques aux alternatives à l'Hospitalisation complète.



**LES FACTEURS-CLÉS**  
du succès

- Clarifier les règles de financement des transports sanitaires pour les alternatives à l'hospitalisation complète en SSR.
- Proposer des tarifications incitatives pour le SSR en HdJ et au domicile pour amplifier le virage ambulatoire.
- Permettre une fongibilité régionale des financements entre la médecine de ville, l'hospitalier et le médico-social.

## Proposition #3

# RENFORCER L'EFFICIENCE DU SYSTÈME DE SANTÉ



Fiche 3h

## RÉDUIRE LE COÛT DES TRANSPORTS



### Exposé de la

## PROBLÉMATIQUE

- En 2015, les dépenses de transport de patients atteignent plus de 4 milliards d'euros (soit 5,2% de l'ONDAM soins de ville) : par ailleurs, les dépenses de transport augmentent plus vite que l'ONDAM (ex : + 3,7% entre 2014 et 2015 alors que l'ONDAM soins de ville n'augmentait que de 2,5%).
- Le vieillissement de la population, l'augmentation des maladies chroniques et le développement des prises en charge en ambulatoire restent et vont rester un facteur de croissance des dépenses liées au transport.
- Des dispositifs de régulation des dépenses de transport perfectibles (ex : substitution d'un transport couché par absence de disponibilité d'équipement transport assis = hausse du coût du transport à charge de l'Assurance Maladie)
- Une absence d'implication des médecins prescripteurs dans la régulation des dépenses liées au transport des patients.



## SOLUTIONS

### proposées par la FEHAP

- Accorder de plein droit un agrément comme transporteur sanitaire –sur simple déclaration à l'ARS de conformité aux équipements et qualifications requises – des établissements de santé et médico-sociaux publics, privés non lucratifs et privés de statut commercial, afin de leur permettre d'organiser une réponse alternative et parfois mutualisée aux besoins avérés de transport sanitaire des usagers et de leurs proches. Cet agrément doit être adossé à des objectifs de régulation.
- Soutenir le développement du transport collaboratif sur l'exemple de « Rosecar », lancé en Novembre 2016 : <https://rose-association.fr/rosecar-site-covoiturage/> Cette initiative soutenue par la FEHAP, s'est présentée en premier lieu dans le domaine de la cancérologie. Elle peut apporter des solutions communautaires intelligentes d'autant que près de 50 % des transports circulent « à vide », faute de régulation par la profession et par le payeur, l'assurance-maladie.
- Intégrer, dans La rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp), des critères de maîtrise des dépenses et de respect des prescriptions liées au transport sanitaire des patients.



## LES FACTEURS-CLÉS

### du succès

- Alliance étroite avec les usagers et leurs organisations représentatives sur ces mutations, ainsi qu'avec les fédérations nationales, hospitalières et médico-sociales.
- Réduire les barrières à l'entrée du marché du transport sanitaire, renforçant ainsi la concurrence gage d'efficacité et de réduction des coûts. (exclusivement pour le transport assis)
- Responsabiliser les usagers et leur apporter une information ciblée sur la possibilité de remboursement des transports particuliers non sanitaires.

Proposition #3  
RENFORCER L'EFFICIENCE DU SYSTÈME DE SANTÉ



Fiche 3i

LE DÉVELOPPEMENT DE LA TÉLÉ-EXPERTISE



Exposé de la  
**PROBLÉMATIQUE**

- Absence de culture gériatrique des professionnels de santé et difficultés d'accès aux soins des personnes âgées, notamment dans le champ médico-social.
- Des parcours de santé des personnes âgées déstructurés et des consultations spécialisées non accompagnées et non préparées.
- Des inégalités de territoire de permanence de soins et de coordination des parcours.
- De nombreuses réhospitalisations précoces par une absence de réponse sécurisée pour le retour à domicile.



**SOLUTIONS**  
proposées par la FEHAP

- Contribuer à la bienveillance des personnes âgées, dans une logique de maîtrise des dépenses publiques, en :
    - Facilitant l'organisation de consultations spécialisées à distance, limitant l'entrée en environnement hospitalier (dermatologie, géronto-psychiatrie, pneumologie, nutrition, vasculaire, neurologie, cardiologie, ophtalmologie, télé-dentisterie, consultations douleur...) et réduisant les temps d'attente en comparaison de consultations « classiques ».
    - Évitant les déplacements qui fragilisent les personnes âgées en assurant la télé-expertise sur leur lieu de vie (y compris EHPAD)
    - Favorisant le virage ambulatoire (ex : transformation d'une hospitalisation complète en hospitalisation de jour avec téléconsultation au domicile en neurologie).
- Exemple FEHAP : Système de télé-médecine TMG91 de l'Hôpital Privé Gériatrique les Magnolias = accès aux soins des personnes fragiles, structuration du parcours de santé. (conciergerie en amont des téléconsultations)
- Sortir de la logique « Hospitalocentrée » actuelle du système de santé en s'appuyant sur des organisations médicalisées de télésanté et de télé-médecine opérant sur le secteur de la perte d'autonomie, du maintien à domicile et du suivi à distance des maladies chroniques. Ces organisations permettent d'acquérir, de traiter, de partager et d'héberger des données de santé 24 h/24 par un chaînage humain, logistique, médical et sécurisé, grâce à une plateforme médicalisée de régulation, de coordination et de conseils médicaux.
  - Contribuer à renforcer la permanence des soins en établissements médico-sociaux en s'appuyant sur des outils de partage de données de santé mobilisables 24h/24 et 7j/7.



**LES FACTEURS-CLÉS**  
du succès

- Informer les usagers / associations d'usagers / associations de patients et aidants sur ces systèmes innovants de réponse aux besoins, respectueux de l'intégrité et de la vie privée des usagers. (nécessité d'adhésion des usagers)
- Former les professionnels de santé aux nouveaux usages nés des outils de numérique et de « e-santé » et accompagner le changement de pratiques pour les médecins traitants.
- Autoriser les médecins coordonnateurs des établissements médico-sociaux à prescrire des séances de téléconsultations.
- Lancer un plan d'investissement numérique ambitieux couvrant les toutes les dimensions du système de santé (domicile, ville, sanitaire, médico-social et social) via un fond d'amorçage Assurance maladie constitué de dépenses évitées sur les transports ou les actes non pertinents par exemple.

Proposition #4

FAVORISER LE PARCOURS DE VIE DES PERSONNES  
EN SITUATION DE HANDICAP



Fiche 4a

RENFORCER LA STRUCTURATION QUALITATIVE DU SECTEUR



Exposé de la

**PROBLÉMATIQUE**

- Une atomisation du secteur des établissements et services pour personnes en situation de Handicap, à tous les âges de la vie, source de difficulté à la conduite de démarches d'évaluations / certifications.
- Un retard conséquent pris dans l'application des objectifs de la Loi du 11 février 2005 notamment sur la place de l'utilisateur et son implication dans son parcours de vie, son insertion dans la cité.
- Une insuffisance de fonctions supports, née en partie de l'atomisation du secteur, indispensables pour appréhender le défi de l'individualisation des parcours (mutualisation, partenariats, qualité de gestion, RH, Finances et Systèmes d'informations)
- Une gouvernance associative parfois fragile et insuffisamment renouvelée
- Une formation perfectible sur certaines typologies de fragilité.



**SOLUTIONS**

proposées par la FEHAP

- S'assurer de la mesure de la satisfaction des usagers et de leurs aidants dans chacun des ESMS à destination des personnes en situation de handicap (qualité de prise en charge, réponse aux besoins, propositions de solutions alternatives, démocratie participative...)
- Faire de la satisfaction des usagers un critère impondérable de la contractualisation et du renouvellement des autorisations de fonctionnement.
- Ajouter dans les grilles d'évaluation des Appels à Projets, des critères de qualité organisationnelle et structurelle portant sur :
  - L'existence et le dimensionnement des fonctions supports
  - Le degré d'informatisation de la structure (dossier usager communicant, objets connectés, gestion RH, financière et contrôle de gestion)
  - L'ouverture sur la cité (partenariats, bénévoles, mutualisation)
  - L'inscription dans une logique de parcours de vie et de santé des usagers accueillis
  - La solidité et le renouvellement de la gouvernance
- Accompagner la réforme SERAFIN-PH en appliquant des indicateurs de mesure et de suivi de la satisfaction des usagers.



**LES FACTEURS-CLÉS**

du succès

- Acculturer le champ du Handicap et valoriser dans les projets d'établissements / projets associatifs, la nécessaire prise en considération de la satisfaction des usagers.
- Co-construire avec les usagers / les associations d'usagers / les associations de parents et d'aidants les indicateurs nécessaires à la mesure de la satisfaction et les outils de collecte de celle-ci (adaptés aux typologies de Handicap)

Proposition #4

FAVORISER LE PARCOURS DE VIE DES PERSONNES  
EN SITUATION DE HANDICAP



Fiche 4b

AMÉLIORER LA VIE AU QUOTIDIEN DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP – UN CHEZ-SOI EN INCLUSION DANS LA CITÉ



Exposé de la

**PROBLÉMATIQUE**

- Beaucoup de personnes en situation de handicap ne peuvent pas vivre de façon autonome du fait du défaut de réflexion et de construction de solutions alternatives adaptées
- Les personnes réclament le droit de choisir leur mode et leur lieu de vie, « un chez soi » au cœur de la cité. Toutefois, l'accès au logement (notamment aux logements sociaux), dans un contexte de pénurie de l'offre est difficile pour tous. C'est le cas également pour l'offre en habitat collectif.
- Quel que soit leur lieu de vie, la mobilisation pour accompagner le projet d'habitat des personnes en situation de handicap reste difficile. Les leviers pour faire évoluer l'existant et améliorer l'accès à la cité sont insuffisants, de même que les passerelles entre les différentes formes d'habitat pour éviter les ruptures



**SOLUTIONS**

proposées par la FEHAP

- Identifier les projets d'habitat des personnes handicapées et l'offre existante de logements sociaux. Dans le cadre de l'élaboration des PRS 2, réaliser des études médico-économiques des projets d'habitat des personnes en établissements et services sociaux et médico-sociaux mais également dans les établissements de santé.
- Instaurer des critères d'objectifs d'équipement de logements adaptés par commune (sur le modèle du % de logements sociaux) permettant, au préalable, l'identification, dans le parc social et privé, des logements adaptés pour les personnes en situation de handicap (= bailleurs sociaux) et en assurer la communication auprès des acteurs du handicap (MDPH, PCPE, Associations d'usagers...). Ces logements devront respecter un cahier des charges à co-construire avec les usagers.
- Simplifier l'accès au logement de « droit commun » en adaptant le modèle d'intermédiation locative aux spécificités du handicap.
- Promouvoir le développement de nouvelles formules d'habitat assis sur des dispositifs relevant de l'ESS (ex = modèle de la SCIC permettant la sécurisation des investissements).
- Accompagner les ESMS au développement d'« appartements d'application » et permettre à la personne de conserver sa place dans son établissement d'origine si le projet d'habitat ne fonctionne pas.
- Harmoniser les missions et les modalités d'intervention des Services d'Accompagnement à la Vie Sociale, premier intervenant, avec les SAAD, auprès des personnes en situation de handicap à domicile.



**LES FACTEURS-CLÉS**

du succès

- Réviser les critères d'allocation de la majoration pour la vie autonome, permettant notamment la couverture des charges de la vie courante.
- Adapter la réglementation du domicile de secours pour éviter les freins au développement de solutions d'habitat inclusif.
- Inscrire chaque nouveau projet dans un objectif inclusif et de mixité sociale.
- Permettre une sécurisation effective des dispositifs (administrative, juridique, économique et fiscale)

## Proposition #4

# FAVORISER LE PARCOURS DE VIE DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP



Fiche 4c

## AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SOINS DENTAIRES



### Exposé de la

## PROBLÉMATIQUE

- Une partie importante de la population des personnes en situation de handicap ou âgées a de grandes difficultés à accéder aux soins dentaires, ou n'y accède pas pour des raisons multiples :
  - Pour les usagers : absence de prévention, non-perception des besoins de soins, fortes réticences et angoisses à la perspective de recevoir des soins, accessibilité des cabinets libéraux.
  - Pour les établissements et services médico-sociaux : absence ou insuffisance de sensibilisation des professionnels aux conséquences de soins dentaires négligés, difficultés et coûts pour organiser des transports.
  - Pour les professionnels de santé : insuffisance de professionnels initiés à ce type de prise en charge (en ville et en établissements), difficultés accrues pour la réalisation d'anesthésie.
  - Pour les établissements sanitaires : réticences des établissements à développer cette offre car coûts estimés supérieurs aux recettes de tarification à l'activité, en raison en particulier de la longueur et la multiplicité des temps de soins.
- Ces difficultés sont à l'origine d'un renoncement fréquent aux soins dentaires, avec des conséquences dramatiques (édentation partielle ou totale, problèmes de nutrition, douleurs méconnues, problèmes infectieux, ...) accroissant les inégalités.



## SOLUTIONS

### proposées par la FEHAP

- Inclure dans les PRS II un objectif spécifique de mise en place d'une organisation complémentaire ville - établissements médico-sociaux - établissements sanitaires, permettant le recours aux soins dentaires pour ce type de population.
- Identifier une **Mission d'Intérêt Général (MIG) « soins dentaires »** pour les établissements s'engageant dans la prise en charge des personnes en situation de handicap et des personnes âgées, répondant à des critères précis de non-accessibilité aux soins courants.
- Donner l'accès au bloc opératoire aux assistants-dentaires.
- Prévoir dans la formation des professionnels médicaux et paramédicaux une formation spécifique.



## LES FACTEURS-CLÉS

### du succès

- Une tarification adaptée en ville et à l'hôpital.
- Une formation des professionnels à ce type de public et aux méthodes particulières qu'il nécessite, et une sensibilisation à l'utilisation du MEOPA.
- Le rappel aux établissements publics de leurs missions de service public.

## Proposition #5

# AMÉLIORER LES POLITIQUES D'ACTION SOCIALE EN FAVEUR DES PERSONNES ÂGÉES



Fiche 5a

## DONNER SA JUSTE PLACE AU SECTEUR DE L'ACCOMPAGNEMENT À DOMICILE, EN L'ARTICULANT AVEC L'OFFRE D'HÉBERGEMENT



### Exposé de la

## PROBLÉMATIQUE

- Rester vivre à son domicile malgré la perte d'autonomie est le choix privilégié par une grande partie de la population âgée, mais **les conséquences de cette perte d'autonomie sont parfois mal-évaluées ou sousévaluées** par la personne elle-même ou par ses proches.
- Les conséquences de l'accroissement de la perte d'autonomie, couplées à un habitat parfois mal adapté et à une possible absence d'aidants familiaux peuvent **remettre en question la pertinence du choix de vie de la personne**, à savoir rester vivre à son domicile avec seulement une aide ponctuelle.
- Les professionnels intervenants à domicile ont un **taux de sinistralité particulièrement élevé** (TMS, dépressions, burn-out...) lié à des conditions de travail difficiles physiquement et psychologiquement, dans un environnement par définition isolé.
- Les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) connaissent des **difficultés structurelles importantes** (financement, recrutement des professionnels, concurrence avec le travail non déclaré...) et sont très dépendants des politiques locales, notamment en matière d'autorisation et de tarification.
- Des **inégalités** d'accès à ces services existent dans les territoires.



## SOLUTIONS

### proposées par la FEHAP

- D'une manière générale, privilégier **le sentiment « d'être chez soi »** à une notion purement physique du domicile afin de développer une offre plurielle de services à domicile, d'habitats intermédiaires et d'institutions adaptés aux besoins spécifiques de chaque personne âgée ou en situation de handicap.
- Inciter les services à domicile à mobiliser **les outils créés par les dernières grandes lois** pour soutenir leurs actions à destination des services (ex : Conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie, Fonds de restructuration de l'aide à domicile...) et à destination des personnes (ex : droit au répit, plan national d'adaptation des logements privés aux contraintes de l'âge et du handicap...).
- Permettre **une adéquation entre les demandes d'emploi et les besoins de recrutement** des services à domicile en communiquant sur les attentes auprès des instituts de formations, de Pôle Emploi, etc.
- **Former les intervenants à domicile** (nécessité de se coordonner avec l'Education Nationale pour assurer des formations spécialisées et permettre un réel parcours de professionnalisation), leur permettre une évolution professionnelle satisfaisante, mettre en place des groupes d'analyses des pratiques et les sensibiliser aux notions de positionnement professionnel afin d'œuvrer à la fois en faveur d'une **meilleure qualité de la prise en charge et d'un plus grand bien être au travail**.
- Mettre en œuvre des solutions pour pérenniser les structures d'aide à domicile et (re)structurer ce secteur fragile en incitant notamment les rapprochements entre structures complémentaires (ex : SAVS, centres de soins infirmiers, etc.).
- Coordonner les Systèmes d'Information des structures du domicile avec les services APA du département et les MDPH afin d'assurer un suivi des parcours, des réponses aux besoins et des prestations.



## LES FACTEURS-CLÉS du succès

- Penser les chantiers à destination des services d'aide, de soin et d'accompagnement à domicile **en cohérence les uns avec les autres** (ex : articuler la réforme de la tarification des SAAD et celle des SSIAD).
- Anticiper la fin des expérimentations des SPASAD et **commencer à « penser SPASAD »** plutôt que SAAD et SSIAD de manière isolée. 23



Proposition #5

AMÉLIORER LES POLITIQUES D'ACTION SOCIALE  
EN FAVEUR DES PERSONNES ÂGÉES



Fiche 5b

FAVORISER LE DÉVELOPPEMENT DES SOLUTIONS D'HABITAT  
INCLUSIF/ALTERNATIF AUTORISÉES OU NON PAR LE CODE  
DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES



Exposé de la

**PROBLÉMATIQUE**

- Le manque de sécurisation et d'adaptation des logements à domicile et le reste à charge trop élevé en EHPAD, poussent les personnes âgées à s'intéresser à d'autres formes d'habitat.
- Malgré les dispositions créées par le biais de la loi ASV pour structurer le parc de l'habitat alternatif PA, **le repérage et l'identification de ces diverses formes d'habitat reste imprécis** (aussi bien pour les usagers que pour les gestionnaires).
- Certains **modèles juridiques et financiers d'habitats alternatifs sont trop précaires** pour encourager des gestionnaires à se lancer dans de tels projets.
- L'accueil de personnes âgées très dépendantes dans certains de ces logements remet en cause la **frontière entre les missions de ces structures et celles des établissements médicalisés**.



**SOLUTIONS**

proposées par la FEHAP

- Encourager les départements à lancer de nouveau des appels à projet relatif aux « Résidences Autonomie », très rares actuellement, qui proposent une offre intermédiaire encadrée et structurée permettant ainsi de contrebalancer avec les autres formes d'habitats pour personnes âgées qui sont non –autorisées et évolues sans aucun contrôle.
- Favoriser la création de structures mixtes EHPAD/habitat inclusif sur une même structure.
- Renforcer les plans d'aide à l'investissement dédiés aux résidences autonomie ; il s'agit d'une offre de logements vieillissants dont le besoin de restructuration voir de mise aux normes est impératif.
- Lever les verrous juridiques à la construction de logements à caractère social fléchés personnes âgées dont la construction ne relève pas de bailleurs sociaux. Les verrous financiers qui ne permettent pas d'associer un panier de services au loyer doivent également faire l'objet d'une évolution juridique.
- Lever les freins (juridiques et financiers) au développement des diverses formes d'habitat regroupé (type communautés).
- Établir une cartographie permettant d'identifier toutes les structures alternatives pour personnes âgées qui ne sont pas autorisées. Cette carte pourrait être intégrée au portail gouvernemental dédié aux personnes âgées sur lequel le tarif moyen de toutes ces structures serait accessible (à l'instar de ce qui se fait actuellement pour les EHPAD et Résidences Autonomie).



**LES FACTEURS-CLÉS**

du succès

- Travailler sur les freins juridiques pour permettre l'essor de cette offre d'habitat alternatif tout en la structurant d'avantage.

Proposition #5

AMÉLIORER LES POLITIQUES D'ACTION SOCIALE  
EN FAVEUR DES PERSONNES ÂGÉES



Fiche 5c

RÔLE FONDAMENTAL DES EHPAD



Exposé de la

**PROBLÉMATIQUE**

- **L'EHPAD ne peut s'envisager simplement comme l'offre d'accueil du dernier recours** lorsqu'une prise en charge à domicile n'est pas ou plus possible ou après une hospitalisation. **Dans ce cas, l'admission n'est plus choisie mais subie par le résident.**
- Volonté des personnes âgées de vieillir à domicile, même si leur logement n'est pas adapté à leur perte d'autonomie, pour des raisons financières bien souvent (reste à charge, reprise sur succession...).
- **L'admission en EHPAD n'est pas anticipée et intervient généralement trop tard** ; certaines pathologies nécessiteraient une admission anticipée avant l'évolution de la maladie.
- **Diabolisation des conditions de vie dans les EHPAD**, auprès des usagers et de leurs familles, ce qui alimente une forme de réticence à l'institutionnalisation et se traduit par des entrées bien souvent trop tardives ou des maintiens à domicile dans des conditions qui ne sont plus adaptées à la perte d'autonomie des personnes.



**SOLUTIONS**

proposées par la FEHAP

- Entamer des travaux sur le montant, voir le principe, du reste à charge en EHPAD et USLD afin de rendre ces structures plus accessibles financièrement.
- Poursuivre les travaux engagés par le Ministère sur les diverses formes d'accueil temporaire afin de les rendre plus attractifs et accessibles financièrement (autant pour l'usager que le gestionnaire). L'initiation des personnes âgées à l'institutionnalisation permet de préparer un usager à l'hébergement définitif lorsque la situation se présente.
- Renforcer les effectifs de gestionnaires de cas au sein de chaque MAIA dans le but de renforcer les accompagnements des personnes âgées isolées qui multiplient les hospitalisations et les incidents.
- Pérenniser les expérimentations PAERPA qui placent les EHPAD comme structures d'aval et soutient aux services à domicile.



**LES FACTEURS-CLÉS**

du succès

- Engager une réflexion plus globale sur le cinquième risque (dépendance) notamment à partir des divers rapports sur le sujet commandés à des parlementaires ces dernières années. Ces travaux pourraient s'intéresser à l'impact que pourrait avoir une cotisation sociale « dépendance » (quel que soit sa forme) dès l'entrée dans la vie active des Français.
- Déployer des campagnes de valorisation des structures médicalisées pour PA afin de les rendre plus attractives notamment par le biais du portail gouvernementale à destination des personnes âgées.  
Renforcer la politique de décloisonnement domicile/établissements.

Proposition #6

RÉPONDRE AUX ENJEUX ET PERSPECTIVES DE L'EHPAD



Fiche 6a

**PRIORISER LA CONSIDÉRATION DE L'USAGER  
FACE À SA PRISE EN CHARGE**



Exposé de la

**PROBLÉMATIQUE**

- L'usager doit être acteur de son parcours et de sa prise en charge depuis la loi du 2 janvier 2002, seulement ce dernier est bien souvent dans **l'incapacité physique et morale d'y participer et d'y consentir**
- Le poids des normes et des obligations impacte la qualité du temps que peut passer les professionnels auprès des résidents notamment avec le **formalisme administratif imposé par les dispositions de la loi ASV**
- Les 2/3 des admissions en EHPAD se composent de résidents qui ne sont plus en capacité de prendre les décisions les concernant, voire de **consentir à leur prise en charge**
- La volonté du législateur de **systématiser les procédures de mise sous protection juridique**, en cas d'incapacité à consentir, risque d'emboliser les tribunaux (disposition loi ASV)
- **L'emprise familiale** est encore très présente dans le respect du libre choix de la personne accueillie



**SOLUTIONS**

proposées par la FEHAP

- Alléger le formalisme administratif encadrant la prise en charge de l'usager en EHPAD afin que les professionnels se concentrent en priorité sur le relationnel et la communication non verbale pour prendre en compte la considération de l'usager
- Former les personnels d'EHPAD aux nouvelles méthodes innovantes d'accompagnement (Montessori, Humanitude, Carpe Diem) afin de rendre plus effective la prise en considération de la volonté de l'usager et d'adapter la prise en charge aux capacités et aptitudes de ce dernier ; la mobilisation des capacités réelles de la personne accueillie dans sa prise en charge nécessite une augmentation des moyens humains mis à sa disposition
- Renforcer l'intervention des autorités de contrôle, auprès des gestionnaires d'EHPAD, lors de conflits entre l'établissement et l'entourage des personnes accueillies lorsqu'ils sont liés à la remise en cause de la volonté et du libre choix de ce dernier
- Engager une réflexion sur la mise en place de moyens rapides à destination des EHPAD afin de rendre légale la prise en charge de résidents qui sont dans l'incapacité d'exprimer leur volonté et de consentir, dont la vie à domicile est devenue dangereuse. Par exemple :
  - Alléger les modalités de désignation des habilités familiaux
  - Apporter une force contractuelle au document individuel de prise en charge qui n'est pas un document signé



**LES FACTEURS-CLÉS**

du succès

- Disposer d'une base nationale, opposable, de ratios d'encadrement en fonction du niveau de dépendance moyen des résidents, afin de mettre fin aux inégalités territoriale de traitement en matière d'effectifs
- Renforcer la protection des usagers contre les abus de faiblesses de tout type (moral, financier...)

Proposition #6

RÉPONDRE AUX ENJEUX ET PERSPECTIVES DE L'EHPAD



Fiche 6b

TENDRE VERS UNE OFFRE DÉCLOISONNÉE, DIVERSIFIÉE  
ET PÉRENNE



Exposé de la

**PROBLÉMATIQUE**

- Les associations isolées mono-établissement, qui n'ont pas encore engagées des **travaux de rationalisation de leurs dépenses et de consolidation de leur offre**, nécessaires à la pérennisation de leur équilibre financier dans le contexte actuel, sont encore nombreuses.
- L'offre proposée par les établissements pour personnes âgées est encore trop **cloisonnée**. Elle est insuffisamment tournée vers les autres champs d'activité du secteur sanitaire et médico-social et ne s'inscrit pas systématiquement dans une filière de soins gériatriques.
- **La diversification des diverses formes d'accueil et de prise en charge** en EHPAD, nécessaire à l'évolution du modèle actuel en réponse aux nouveaux besoins des usagers, est insuffisante.
- L'absence de **continuité de soins infirmiers** dans les structures médico-sociales entraîne, de facto, une orientation « naturelle mais partiellement justifiée » vers les services hospitaliers.



**SOLUTIONS**

proposées par la FEHAP

- Insérer dans les CPOM, des associations isolées mono-établissement ou en difficulté financière, des objectifs de rationalisation de leurs dépenses et de mutualisation de leurs moyens.
- Faire preuve de tolérance sur les demandes d'autorisations et de certifications que font les EHPAD dans le but de diversifier leur offre d'accueil ou de prise en charge. Cette tolérance doit également s'appliquer pour la reconnaissance du caractère expérimental de nouvelles activités en EHPAD.
- Systématiser et structurer les filières gériatriques avec les divers dispositifs de coordination de parcours existants.
- Favoriser la permanence infirmière 24/24h en EHPAD après réévaluation des valeurs de points soins des tarifications partielles (afin d'absorber cette dépense supplémentaire) :
  - en systématisant la mutualisation des infirmières de nuit entre EHPAD (étendre et rendre pérenne les dispositions du « plan maladie chroniques 2014-2019 »)
  - en encourageant le partenariat avec des SSIAD de nuit
- Lever les freins financiers au développement de l'accueil temporaire en EHPAD (aussi bien pour l'utilisateur que pour le gestionnaire), de jour comme de nuit, afin d'en faire une offre d'appui ou de transition reconnue entre le domicile et l'établissement.



**LES FACTEURS-CLÉS**

du succès

- Mettre en place un observatoire national des solutions innovantes d'accueil en EHPAD afin de recenser toutes les initiatives de spécialisation et de diversification de l'offre existante.
- Établir une cartographie nationale des EHPAD PNL isolés sur le territoire, afin d'encourager une consolidation de l'offre de manière ciblée.

Proposition #6

RÉPONDRE AUX ENJEUX ET PERSPECTIVES DE L'EHPAD



RENFORCER LA QUALITÉ ET LES CONDITIONS DE VIE AU TRAVAIL

Fiche 6c



Exposé de la

**PROBLÉMATIQUE**

- Plusieurs études et actualités presse font état d'une **souffrance physique et psychique des travailleurs en EHPAD**. Les conditions de travail y sont vécues, par les personnels les plus engagés, comme difficiles notamment suite au rythme soutenu qui laisse peu de place aux relations humaines.
- **L'absence d'outils de mesure de la QVT en EHPAD et des lieux d'expression** des salariés ont pour conséquence de retarder la prise de conscience du mal-être physique et moral de certains salariés.
- Dans la période actuelle d'incertitude de pérennisation des postes CAE dans le secteur médico-social et de réduction des financements dédiés aux EHPAD, les conditions de travail et le climat social dans ces structures semble se dégrader de façon alarmiste
- Des **programmes de formation** des personnels soignant qui ne sont plus en adéquation avec les diverses pathologies à prendre en charge en EHPAD et les nouvelles techniques de manutention.
- **Taux d'absentéisme et Turn over** important en particulier dans les grandes villes = pénurie de divers profils de personnels soignants dans plusieurs territoires.



**SOLUTIONS**

proposées par la FEHAP

- Engager une discussion **sur le devenir des postes occupés par des CAE** si ces contrats ne sont pas reconduits.
- Faire aboutir dans chaque région les **travaux de l'HAS et des ANACT** relatifs à la QVT afin qu'ils puissent être mis en place par les ARS.
- Encourager chaque structure à mettre en place un **comité d'éthique et/ou d'expression** relatifs aux pratiques professionnelles et aux conditions de travail (à l'instar de ce qui est fait par le groupe ISATIS) et qui pourraient faire l'objet d'une fiche objectif du CPOM.
- Demander aux EHPAD de conduire un **audit salarial**, au moment de la signature du CPOM et des évaluations interne/externe, afin qu'ils aient une vision du climat social de leur établissement dans la construction de leur plan d'action consécutif à la signature de leur CPOM.
- **Repenser les programmes de formations** afin d'y approfondir le volet relatif à l'accompagnement des personnes souffrant de maladies neurodégénératives. Il conviendrait d'évaluer les nouvelles méthodes innovantes d'accompagnement (Montessori, Humanitude, Carpe Diem) afin de les déployer dans les programmes de formation.
- **Inscrire dans les PRS des actions à destination des ESMS** afin d'améliorer les conditions de travail dans ces derniers et développer l'attractivité du secteur social et médico-social.



**LES FACTEURS-CLÉS**

du succès

- Disposer d'une base nationale opposable de ratios d'encadrement en fonction du niveau de dépendance moyen des résidents afin de mettre fin aux inégalités territoriales de traitement.
- Lancer une campagne de développement et d'attractivité des métiers de l'autonomie notamment dans le but de repeupler les zones blanches.

Proposition #6

RÉPONDRE AUX ENJEUX ET PERSPECTIVES DE L'EHPAD

ASSURER L'ADÉQUATION ENTRE LES NORMES IMPOSÉES ET LES MOYENS  
MIS À DISPOSITION DES EHPAD POUR LES METTRE  
EN ŒUVRE

 Exposé de la  
**PROBLÉMATIQUE**

- Un des droits fondamentaux de tout usager d'établissement ou service sanitaire et médico-social : exercer ses droits en toute **sécurité**. Ainsi, une accumulation de normes et obligations à destination de ces structures s'est développée ces dernières années afin de rendre effectif l'exercice de ce droit.
- Les gestionnaires d'EHPAD disposent d'une obligation de moyens et non de résultats vis-à-vis des personnes qu'ils accueillent. Pour ce faire, les nombreuses obligations légales et réglementaires imposées aux gestionnaires, pour sécuriser leur prise en charge, **déshumanise leurs rapports avec le résident**.
- L'ensemble des nouvelles normes et obligations qui s'imposent aux gestionnaires d'EHPAD ne sont pas accompagnées des **moyens financiers** leur permettant de les mettre en place. Cette situation se traduit par :
  - Un personnel sous pression = climat social qui se détériore
  - La diminution du temps de présence du personnel auprès des personnes hébergées,
  - L'accroissement des déficits financiers.....
- Les normes positionnent en permanence les directeurs dans une posture de soumission voir de crainte vis-à-vis des autorités de contrôle. Elles ne sont pas toujours appliquées pour leur intérêt mais par crainte de sanctions.

 **SOLUTIONS**  
proposées par la FEHAP

- Suivre les recommandations du rapport de la commission « Normes et Moyens » de la CNSA rédigé en 2015 et notamment les résolutions prises par la CNSA à l'issue de ce rapport.
- Pouvoir rendre l'application de certaines normes, jugées non pertinentes pour tous les types de structures, facultatives, voire différencier leur application selon les spécificités du territoire et/ou de l'établissement, afin d'éviter le cumul de normes.
- Lever les freins financiers à la mise en place de certaines normes par la délégation de financements complémentaires aux établissements (évaluations externes, formations du personnel, dispositions du plan Vigipirate, accessibilité...).
- Alléger le poids du formalisme des normes et obligations qui n'ont pas de lien direct avec la qualité d'accompagnement des personnes hébergées.

 **LES FACTEURS-CLÉS**  
du succès

- Mettre en adéquation le poids des normes avec les moyens financiers mis à la disposition des EHPAD pour les obligations dont le rapport coût-bénéfice est jugé le plus favorable.
- S'assurer de l'utilité de chaque norme et obligation vis-à-vis du public accueilli en EHPAD et rationaliser les obligations administratives.

## Proposition #7

# GARANTIR L'ÉQUILIBRE ÉCONOMIQUE DES EHPAD



Fiche 7a

## ÉTABLIR UN PREMIER BILAN DE LA RÉFORME TARIFAIRE, BUDGÉTAIRE ET CONTRACTUELLE EN EHPAD



### Exposé de la

## PROBLÉMATIQUE

- **Marge de négociation quasi-nulle des conditions du CPOM, voir une remise en cause des principes fondateurs de ce dernier :**
  - maquettes de contrats préétablies, fixant des objectifs à 5 ans, très peu personnalisables en fonction des projets de chacun
  - présence de clauses abusives dans les maquettes de contrats
  - aucune négociation budgétaire possible notamment sur la section hébergement dans le contrat.
- Les mesures, en terme d'effectif, prises dans les CTP encore actives ne sont plus mises en œuvre avec la réforme des sections tarifaires ; des postes qui ne sont plus financés impactent de manière déficitaire les sections tarifaires.
- Un périmètre de CPOM (public et échelon territorial) qui n'est pas toujours rationnel avec l'implantation géographique des structures d'une association.
- La mise en place de l'EPRD, pour les EHPAD qui n'ont pas encore contractualisés, se traduit par une **accumulation de documents budgétaires à remplir** (EPRD + BP + annexe activité) notamment une projection à 6 ans de leur trajectoire financière sans même avoir précisé les contours de leurs projets à 5 ans dans le cadre du CPOM.
- Une réforme tarifaire sur la section dépendance qui met en évidence des iniquités territoriales en terme de répartition des financements APA entre départements ; elles se traduisent par une **discrimination territoriale pour l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie.**



## SOLUTIONS

### proposées par la FEHAP

- Encourager les autorités de tarification à laisser plus de marge de manœuvre au gestionnaire dans la négociation de son CPOM et la fixation de ses objectifs.
- Mettre en place un système de relecture de la maquette CPOM de chaque ARS par l'administration centrale.  
Alléger, dès 2018, la procédure budgétaire des EHPAD n'ayant pas encore contractualisés par la mise en place d'un remplissage
- facultatif du plan global de financement pluriannuel et par la publication d'un décret instaurant un cadre type de remplissage du BP pour la section hébergement hors sections soin et dépendance.
- Poursuivre les travaux débutés il y a plusieurs années sur les effets financiers de la tarification partielle et la tarification globale de la section soins des EHPAD. Réfléchir à la mise en place d'un modèle intermédiaire.
- Décentraliser la gestion de l'APA au niveau national afin de mettre fin aux inégalités départementales de redistribution de ces financements entre les EHPAD.



## LES FACTEURS-CLÉS

### du succès

- Encourager la simplification administrative dans la gestion budgétaire des EHPAD afin d'humaniser à nouveau la profession de directeur d'EHPAD

Proposition #7

GARANTIR L'ÉQUILIBRE ÉCONOMIQUE DES EHPAD



Fiche 7b

EXTRAIRE LA SECTION HÉBERGEMENT  
DE SA FONCTION RÉGULATRICE DE L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE  
DES ÉTABLISSEMENTS

 **Exposé de la  
PROBLÉMATIQUE**

- **L'augmentation du nombre d'établissements ayant des difficultés pour équilibrer leur section tarifaire hébergement** suite au gel, voir à la diminution, des tarifs, ou de leur pourcentage de réévaluation annuelle, fixés, pour les établissements administrés, par les départements.
- L'incitation de plus en plus insistante des départements pour **enclencher un processus de déshabilitation aide sociale, voire de conventionnement**, dans les EHPAD qu'ils administrent ; risque de remise en cause des valeurs de solidarité et de non-discrimination véhiculées par nos établissements. Le risque fiscal est également à ne pas négliger et nécessite une analyse approfondie avant d'engager ce processus.
- La mise en place du **socle minimal de prestations hébergement dans les EHPAD** (issu de la loi ASV) a généré beaucoup d'interprétations et de dérives de la part des gestionnaires d'établissements mais aussi des départements (ingérence dans la définition des prestations qui peuvent intégrer ce socle).
- De nouvelles **dépenses impactent régulièrement la section hébergement des EHPAD sans qu'elles y asscient des financements dédiés** (prise en charge du transport pour une pré-admission, la saisine du médiateur à la consommation, transfert d'un corps en chambre mortuaire...).

 **SOLUTIONS**  
proposées par la FEHAP

- Encourager les départements à négocier une augmentation du tarif des établissements dont celui-ci est le plus bas afin qu'ils puissent converger vers la moyenne départementale dans le cadre de leur CPOM.
- Fixer annuellement, au niveau national, un pourcentage d'évolution plancher des tarifs hébergement administrés par les départements avec un système de clapet anti-retour afin de limiter les évolutions négatives des tarifs hébergement.
- Ne pas laisser les départements imposer des processus de déshabilitation ou de conventionnement aide sociale aux EHPAD ; les établissements déficitaires sur l'hébergement doivent pouvoir négocier un retour à l'équilibre de leur section administrée sans modifier leur habilitation totale aide sociale.
- Organiser une réunion de bilan post réforme sur le socle de prestations en EHPAD, en présence des départements, de la DGCS, des Fédérations et de la DGCCRF ; définir à cette occasion la marge de manœuvre des départements pour intervenir sur la liste de prestations intégrées au socle des EHPAD qu'ils administrent.

Intervenir auprès des départements qui disposent d'un retard dans le versement de l'aide sociale aux EHPAD de plus de 6 mois ; un système d'étalement des dépenses sur une période courte doit être systématiquement mise en place dès les premiers retards de paiement.

 **LES FACTEURS-CLÉS**  
du succès

- Publier un décret modificatif apportant des précisions sur l'interprétation de certaines prestations comprises dans la liste des prestations socles des EHPAD.



Proposition #7  
GARANTIR L'ÉQUILIBRE ÉCONOMIQUE DES EHPAD



Fiche 7c

LEVER LES INÉGALITÉS LIÉES AU RESTE À CHARGE EN EHPAD

 **Exposé de la  
PROBLÉMATIQUE**

- **Inadéquation entre le niveau de reste à charge en EHPAD et le niveau moyen des pensions de retraite**
  - Au 31 décembre 2015, niveau moyen de pension de retraite : **1 376 euros brut**
  - Au 31 décembre 2015, niveau médian de reste à charge en EHPAD : de **1 949 euros**
- **Un reste à charge inégal selon les départements et selon l'option tarifaire soins des EHPAD :**
  - L'option tarifaire globale soins (surtout avec PUI) dispose d'un périmètre de prise en charge plus large que le partiel, permettant ainsi de diminuer les frais de mutuelle
  - La participation de l'usager (hors ticket modérateur) sur le tarif dépendance n'est pas réclamée par tous les départements
  - La liste des prestations prises en compte dans le socle de prestations, des EHPAD administrés, ou prises en charge par l'aide sociale varie selon les établissements.
- **Les conditions d'attribution de l'aide sociale** de moins en moins favorables et inégales selon les territoires (notamment sur le degré de recours à l'obligation alimentaire).
- Recul de l'âge d'entrée en EHPAD et de l'augmentation du nombre d'impayés.

 **SOLUTIONS**  
proposées par la FEHAP

- Engager une réflexion globale sur le financement du risque de dépendance notamment en s'appuyant sur les éléments suivants :
  - le montant et la prise en charge du reste à charge en EHPAD notamment par une fixation annuelle modulée en fonction du revenu et du patrimoine des personnes rencontrant des difficultés pour son financement dans les cas où elles doivent en assumer le coût ainsi que leurs héritier
  - la mise en place d'un système de cotisation obligatoire pour la prise en charge de la perte d'autonomie
  - révision des modalités de fonctionnement de l'aide sociale en EHPAD (attribution, reprises...).
- Faciliter la démarche de gestion des impayés en EHPAD :
  - intervenir auprès des départements qui délèguent la gestion de leurs dossiers d'aide sociale aux EHPAD, ce qui a pour effet de surcharger les équipes administratives des EHPAD et favoriser les impayés
  - intervenir auprès des départements afin qu'ils ne contraignent pas les EHPAD à saisir le JAF à chaque fois qu'une personne accueillie fait une demande d'aide sociale.
- Mettre en place un règlement d'aide sociale national.

 **LES FACTEURS-CLÉS**  
du succès

- Faire immerger une réflexion générale sur le reste à charge dans le secteur social et médico-social ainsi que sur ses modalités de prise en charge afin que ce dernier soit plus équitable entre les différents publics.

# PROPOSITIONS DE LA FEHAP POUR LA STRATÉGIE NATIONALE DE SANTÉ

## Proposition #8

# INCITER L'ENGAGEMENT BÉNÉVOLE AU SERVICE DE L'AUTONOMIE



Fiche 8



Co-écrit avec



**croix-rouge française**



## Exposé de la **PROBLÉMATIQUE**

- 1,2 millions de personnes âgées de plus de 75 ans est en situation d'isolement relationnel et les personnes souffrant d'un handicap physique invalidant sont deux fois plus exposées à cet isolement que le reste de la population (chiffres CESE 2017).
- L'isolement social dégrade la santé des personnes (facteur d'accélération de la perte d'autonomie) et conduit à de nouvelles formes de relégation sociale.
- En encourageant la vie ordinaire dans la cité plutôt que dans les institutions, les politiques publiques favorisant la désinstitutionnalisation courent le risque de produire ou renforcer un isolement social fragilisant pour la santé et la qualité de vie des personnes si le retour à domicile n'est pas accompagné de dispositifs favorisant la présence humaine auprès d'elles.
- La volonté de la population française de s'engager dans des actions bénévoles s'est accentuée ces dernières années (+14% de bénévoles en trois ans ces dernières années) mais les formes de l'engagement ont changé et les motifs d'engagement sont moins d'ordre de la militance pour une cause que du souhait de s'investir dans une action concrète à portée immédiate (et donc gratification plus directe).
- Les obstacles culturels à la coopération harmonieuse des bénévoles et des professionnels entourant les personnes vulnérables qui demeurent dans un certain nombre de cas de part et d'autre doivent être surmontés.



## **SOLUTIONS** proposées par la FEHAP

- Rendre obligatoire l'information sur les ressources bénévoles disponibles auprès de toutes les personnes soignées et accompagnées au sein des établissements et services sociaux, médico-sociaux et sanitaires, en inscrivant les contacts pertinents au sein du livret d'accueil des structures.
- Poursuivre l'effort engagé en faveur de la reconnaissance du bénévolat en sanctuarisant une partie des fonds de la formation professionnelle continue pour ces publics.
- Inscrire le sujet de la mobilisation citoyenne à l'ordre du jour des instances nationales du secteur (Conférence nationale de santé, Haut Conseil du travail social...) et des instances régionales de pilotage de l'action sanitaire et sociale et inviter le Haut Conseil à la vie Associative à émettre des recommandations spécifiques pour ces publics.
- Inscrire la mobilisation citoyenne pour les personnes vulnérables dans l'horizon plus large d'une action transversale aux politiques publiques relative à la lutte contre l'isolement social (cf. proposition CESE 2017-17).
- Rendre obligatoire les éléments concernant l'articulation entre les actions bénévoles et l'action professionnelle au sein des projets d'établissement (en y intégrant également la place des volontaires en service civique).
- Inciter le rapprochement et la participation des associations d'aide à domicile aux travaux des élus relatifs à la l'animation sociale, la vie de quartier et/ou aux volets santé des documents de planification.

## **LES FACTEURS-CLÉS** du succès

- Ne pas faire de l'engagement bénévole l'unique forme de réponse mais l'articuler avec les autres ressources déjà présentes, familiales, de voisinage ou professionnelles, en veillant également à ce que les activités bénévoles ne viennent pas compenser une diminution de ressources salariées.
- Promouvoir un accompagnement complémentaire des professionnels et des bénévoles capable de faire émerger le pouvoir d'agir de la personne en situation de vulnérabilité pour devenir actrice de solidarité.
- Veiller à la continuité de la politique publique en faveur de l'engagement citoyen en poursuivant le mouvement amorcé par la loi égalité citoyenneté, dans le sens d'une reconnaissance et d'une valorisation du bénévolat (congé d'engagement, VAE, valorisation universitaire, options au baccalauréat).
- Former, accompagner et soutenir les bénévoles qui interviennent auprès de publics vulnérables pour préparer, ajuster et conforter leur action dans la durée (l'exemple emblématique est celui des bénévoles en soins palliatifs). La « juste posture » bénévole ne va pas de soi : elle se travaille et s'accompagne.
- Entretenir et pérenniser la culture de l'engagement au sein de la société civile par des interventions de bénévoles au sein des écoles permettant aux élèves de comprendre le sens et l'utilité sociale de leur action. Des témoignages de publics « vulnérables » expliquant à la fois ce qu'ils reçoivent des bénévoles et ce qu'ils peuvent eux-mêmes apporter afin d'offrir une perspective équilibrée sur le sujet.
- Favoriser les lieux et les espaces citoyens qui permettent la coordination et l'articulation des initiatives citoyennes entre elles (ex : le Pacte civique) afin d'éviter l'émiettement et l'épuisement de l'engagement.

# PROPOSITIONS DE LA FEHAP POUR LA STRATÉGIE NATIONALE DE SANTÉ

## Proposition #9

### CONSOLIDER LE RÔLE FONDAMENTAL DES AIDANTS



Fiche 9



Co-écrit avec



## Exposé de la **PROBLÉMATIQUE**

- Le nombre des aidants en France est estimé entre 8,3 millions (chiffres AFA basés sur l'enquête Handicap-Santé DREES / INSEE de 2008 à 11 millions (Source : Baromètre des aidants 2015 réalisé par BVA et Fondation Avenir)).
- Dans un contexte marqué par les choix en faveur du virage ambulatoire et de l'inclusion dans la cité, la place et le rôle des proches aidants pour accompagner leur proche dépendant du fait de l'âge, la maladie ou le handicap est amenée à se confirmer dans les années à venir.

La famille, dont le volume d'aide est estimé cinq fois plus important que celle apportée par les professionnels, demeure aujourd'hui la clé de voûte de la production d'aide à domicile (source : IRDES 2011).

- Dans le même temps, la fragilité de l'apport des aidants est de deux ordres : fragilité au niveau individuel à cause de l'impact de l'aide sur la santé de l'aidant, fragilité au niveau sociétal car les évolutions démographiques et sociales que connaissent les familles questionnent sur la pérennité de leur rôle auprès des personnes vulnérables.

Les conséquences de la difficulté d'aider de manière pérenne ou ponctuelle se font également sentir pour les personnes

- vulnérables elles-mêmes, allant de l'altération profonde du lien conjugal ou familial jusqu'aux passages à l'acte violents. L'épuisement des aidants et l'incompréhension des besoins des personnes qu'elles aident sont les premières causes de maltraitance des personnes dépendantes à domicile.

## **SOLUTIONS** proposées par la FEHAP

- Évaluer la pertinence du référentiel APA, né de la loi ASV, incluant les ressources et besoins des aidants : compléter celui-ci, en fonction des résultats de l'évaluation, de nouveaux outils permettant une évaluation fine des besoins des aidants des personnes en situation de dépendance à domicile (en situation de handicap ou d'avancée en âge).
- Développer chez les professionnels de l'aide et du soin à domicile le rôle de détection de l'épuisement des aidants, par l'intégration de cette mission dans les attendus de qualité de service, et de formation des professionnels de l'aide et du soin.
- Intégrer l'item « épuisement ou risque d'épuisement de l'aidant » parmi les informations relevant des informations préoccupantes devant être transmises par les professionnels de l'aide et du soin à domicile, mais aussi par les équipes sociales organisant les sorties d'hospitalisation.
- Rendre accessible à tous les aidants familiaux des programmes de formation (en e-learning d'abord, en présentiel dans la mesure du possible) contenant des informations sur les droits et libertés, des clés de compréhension et d'action par types de publics, de difficultés sociales et de pathologies, des informations sur les lieux et sites ressources pour s'informer ou se faire aider.
- Informer les personnes susceptibles d'être ou devenir des aidants de toutes les possibilités d'aide, accompagnement et soutien par les associations par la mobilisation des médecins généralistes et des pharmaciens de ville sur le sujet.
- Prévoir des actions spécifiques pour les aidants jeunes : enfants et adolescents présents auprès de leur proche malade.
- Approfondir les recherches en santé publique sur les incidences de l'aide sur la santé des aidants (risques de dépression par exemple) mais aussi sur les bénéfices de cette aide et les facteurs de résilience et de succès d'un binôme aidant/aidé.
- Évaluer systématiquement l'impact des politiques publiques à destination des personnes vulnérables sous l'angle des personnes et des aidants.
- Inciter les entreprises et les branches professionnelles à des actions en faveur des proches aidants en termes de répit, congés, etc.
- Organiser une campagne nationale de sensibilisation du grand public sur les enjeux de l'aide aux aidants.

## **LES FACTEURS-CLÉS** du succès

- Concevoir les programmes de formation des aidants dans une logique de complémentarité avec les rôles des professionnels respectant les rôles de chacun sans occulter le besoin des personnes aidées d'être elles-mêmes contributives.
- S'inspirer des expériences dont les impacts positifs sont déjà évalués pour les essayer (café des aidants, service d'accompagnement à la sortie de l'hospitalisation permettant un bilan social à la fois sur les besoins de l'aidé et ceux de l'aidant, campagnes de sensibilisation sur le sujet de l'aide à un proche malade ou en fin de vie au sein de grandes entreprises grâce au soutien de Mutuelles ou de Fondations...).
- Ne jamais présager a priori du degré d'aide que doit apporter un aidant, ou que doit recevoir une personne aidée, mais laisser une marge de manœuvre aux personnes au cas par cas : le fardeau de l'aide s'il est imposé à l'un ou à l'autre comporte un grand risque de rupture de la relation là où l'intention est précisément de l'équilibrer et de la conforter dans la durée.
- Mobiliser les médecins généralistes pour en faire des acteurs plus actifs de la prévention de l'épuisement des aidants familiaux. Intégrer dans chaque politique d'aide aux aidants le soutien prévu pour les mineurs témoins et acteurs de la vie quotidienne
- de la vie de la personne vulnérable : frères et sœurs des enfants et adolescents en situation de handicap ou atteintes de maladies chroniques, par exemple.
- S'intéresser au reste à vivre de l'aidant. Quand l'aidant/aidé est un couple, si l'un des deux a besoin d'une place en EHPAD ou d'une permanence importante SSIAD/SAAD, il est nécessaire de s'assurer que le financement de ces dispositifs, s'il doit être à la charge de l'aidant, lui permet néanmoins de continuer à vivre dans de bonnes conditions.

# À PROPOS DE LA FEHAP

*La Fédération des Établissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne privés non lucratifs, née en 1936, est la fédération de référence du secteur Privé Non Lucratif présente depuis 80 ans dans tous les champs de la protection sociale. Les établissements et services Privés Non Lucratifs allient la mission de service public et un mode de gestion privée, pour l'intérêt collectif. Les missions d'intérêt général et d'utilité sociale des établissements sont les suivantes : garantir l'accès aux soins, la prise en charge et l'accompagnement de tous, assurer la permanence et la continuité des soins et la prise en charge tout au long de la vie de toutes les pathologies, de tous les handicaps et de la perte d'autonomie.*

*La FEHAP en chiffres, c'est plus de 4 500 établissements et services sanitaires, sociaux et médico-sociaux gérés par plus de 1600 organismes gestionnaires (associations, fondations, congrégations, mutuelles, organismes de retraite complémentaire et de prévoyance), plus de 246 600 lits et places, 280 000 professionnels pour 2,5 millions de personnes accueillies chaque année.*

En savoir plus  
[www.fehap.fr](http://www.fehap.fr)







FÉDÉRATION DES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS & D'AIDE À LA PERSONNE  
PRIVÉS NON LUCRATIFS

179 rue de Lourmel – 75015 PARIS  
01 53 98 95 00 | [www.fehap.fr](http://www.fehap.fr)

Suivez-nous sur le web et les réseaux sociaux

