

Contribution du réseau Uniooss pour une Loi Autonomie

Juillet 2021

AVANT-PROPOS

Amorcée en 2018 par Agnès Buzyn alors ministre des Solidarités et de la Santé, la loi Grand-âge et autonomie devait représenter le marqueur social du quinquennat d'Emmanuel Macron.

A la fin du premier semestre de l'année 2021, l'éventualité d'un dépôt et d'une discussion parlementaire de cette loi reste encore inconnues, même si la possibilité d'une présentation d'un projet de loi a été relancée ces derniers jours. En cause, la crise sanitaire Covid-19, qui a impacté le calendrier et modifié les priorités du gouvernement. Cependant, cette loi, qui compte déjà de nombreuses concertations et un certain nombre de travaux préparatoires (les rapports Libault, El Khomri, Guedj, Piveteau et Wolfrom, Denormandie et Chevallier etc.), crée définitivement de fortes attentes pour les associations de santé et de solidarités réunies au sein de l'Uniojss, ainsi que pour les personnes qu'elles accompagnent.

La crise sanitaire a objectivement impacté et mobilisé la société toute entière, mais le champ de l'autonomie a été particulièrement touché. Elle aura au moins permis de mettre en lumière l'importance du secteur, l'engagement remarquable des professionnels qui le composent et la nécessité de rénover profondément un système à bout de souffle. Car il y a, en effet, urgence : urgence à ce que les enjeux liés au vieillissement de la population soient anticipés ; urgence à ce que les politiques du domicile bénéficient d'un soutien structurel ; urgence à ce que le modèle des établissements d'hébergement soit repensé ; urgence à ce que la place des personnes dans les dispositifs d'aide et d'accompagnement soit renouvelée ; urgence à répondre à l'ensemble des situations sans solutions...

La création d'une 5^e branche dédiée à l'autonomie, attendue depuis si longtemps et plusieurs mandatures présidentielles, est évidemment une bonne nouvelle. Mais cette longue attente doit s'accompagner d'engagements publics pour devenir une composante réelle de la vie de tous les citoyens et toutes les citoyennes. Or, si l'ensemble des acteurs du secteur s'attache à travailler dans le sens d'une meilleure efficacité des dépenses de l'argent public et d'une économie de gestion, force est de constater que le compte n'y est pas. Pour continuer à accompagner les acteurs dans la transformation de l'offre, pour une société inclusive et solidaire, les politiques de l'autonomie appellent des besoins de financement complémentaires.

Outre l'aspect financier, il est aujourd'hui indispensable d'avoir une vision d'ensemble, ambitieuse et solidaire de la société, pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap. Une loi « Grand âge et autonomie » est indispensable pour mettre en lumière et en action tous les points de convergence : l'attractivité des métiers, la compensation et les ressources des personnes âgées et des personnes handicapées, l'accès à la citoyenneté et la lutte contre l'isolement, la reconnaissance du statut des aidants, l'accessibilité universelle...

Pour démontrer le bien-fondé de ses positions, le réseau Uniojss publie une contribution en 5 parties et 33 fiches argumentées. Cette contribution s'attache à **soutenir la citoyenneté et les droits des personnes** (« conceptualisation d'une prestation universelle pour l'autonomie », « accompagner les personnes handicapées vieillissantes », « données de santé dans les ESMS » , « harmonisation de la personne de confiance »...), à faire des **propositions concrètes pour la gouvernance, le pilotage et l'articulation des politiques de l'autonomie** (« rénover les conférences des financeurs », « impulser la généralisation des maisons départementales pour l'autonomie » ...), **pour revoir des modalités de**

financements (« du secteur de l'aide à domicile » et des « EPHAD » en premier lieu), **pour innover, faire évoluer et diversifier l'offre** (amélioration du statut de l'accueillant familial, habitat inclusif, aides techniques et économie circulaire ...) et **pour l'attractivité des métiers**.

Vous trouverez donc, dans les fiches ci-jointes, les contributions du réseau Uniopss-Uriopss que nous avons voulues les plus opérationnelles possibles afin qu'elles puissent être traduites en mesures juridiques pour le projet de loi Générations Solidaires.

Dans le cadre de l'ensemble des concertations et travaux qui ont cours (chantier SERAFIN-PH, concertation nationale pour la transformation des ESAT, plan de relance économique notamment), l'Uniopss continuera d'affirmer le besoin de ressources conséquentes et pérennes mais également le besoin de cohérence, dédiées à l'accompagnement des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.

SOMMAIRE

CITOYENNETÉ ET DROITS DES PERSONNES ÂGÉES ET DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP	4
ABROGER DEFINITIVEMENT « LA BARRIÈRE D'ÂGE DES 60 ANS » POUR L'OBTENTION DE LA PRESTATION DE COMPENSATION	4
CONCEPTUALISER UNE NOUVELLE PRESTATION	5
ACCOMPAGNER LES CHOIX ET MOBILISER LES RESSOURCES DES PERSONNES	6
RENFORCER LA DÉMOCRATIE SANITAIRE MÉDICOSOCIALE	7
ACCOMPAGNER LES PERSONNES HANDICAPÉES VIEILLISSANTES	9
ACCOMPAGNER LES PERSONNES SOUS MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE.....	10
ACCOMPAGNER LES PERSONNES DÉPENDANTES EN DIFFICULTÉ AVEC DES CONDUITES ADDICTIVES	12
RECONNAÎTRE ET SOUTENIR LES « AIDANTS ».....	17
FAVORISER LA VIE INTIME, LA VIE AFFECTIVE ET LA VIE SEXUELLE EN ESMS	19
CONSTRUIRE UNE APPROCHE GLOBALE DE L'ACCOMPAGNEMENT EN ESMS	20
REFONDRE L'AIDE SOCIALE A L'HEBERGEMENT (ASH)	22
SECURISER LES PARCOURS POUR LES TRAVAILLEURS EN ESAT.....	23
BIENTRAITANCE / MALTRAITANCE : ADOPTER UNE DEFINITION PARTAGEE.....	24
DONNER ACCES A L'ENSEIGNEMENT AUX ENFANTS EN SITUATION DE HANDICAP	25
GOVERNANCE, PILOTAGE ET ARTICULATION DES POLITIQUES DE L'AUTONOMIE	28
RENFORCER LA GOUVERNANCE TERRITORIALE DES POLITIQUES DE L'AUTONOMIE	28
IMPULSER UNE GENERALISATION DES MAISONS DEPARTEMENTALES DE L'AUTONOMIE (MDA)	29
CREER UN DOCUMENT UNIQUE DE PLANIFICATION DE L'OFFRE DANS LE CHAMP DE L'AUTONOMIE	30
ASSURER LA LISIBILITE ET L'ARTICULATION DES COOPERATIONS AU SERVICE DU PARCOURS	31
ARTICULER LES DISPOSITIFS POUR LES PERSONNES AGEES ET LES PERSONNES HANDICAPÉES EN SITUATION DE GRANDE MARGINALITE	33
FINANCEMENTS ET RÉGULATION DE L'OFFRE	34
REPORTER LA DATE LIMITE DE SIGNATURE DES CPOM DITS OBLIGATOIRES	34
REVOIR LE FINANCEMENT DES EHPAD	35
FINANCER LE SECTEUR DE L'AIDE A DOMICILE	38
ASSOCIER LES INSTANCES DEMOCRATIQUES TERRITORIALES AUX AUTORISATIONS DE CREATIONS ET DE TRANSFORMATIONS HORS PROCEDURE D'APPELS A PROJET	39
ÉLARGIR ET SECURISER LES FINANCEMENTS CNSA DES CONFÉRENCES DES FINANCEURS POUR LA MISE EN PLACE D' ACTIONS DE PREVENTION INDIVIDUELLE	41

GERER LES ABSENCES ET LA LIBERTE D'ALLER ET VENIR	42
HARMONISER LES REGLEMENTS DEPARTEMENTAUX D'AIDE SOCIALE (RDAS)	44
INNOVATION, ÉVOLUTION ET DIVERSIFICATION DE L'OFFRE	45
AMELIORER LE STATUT DE L'ACCUEILLANT FAMILIAL POUR UNE MEILLEURE RECONNAISSANCE	45
PENSER L'ARCHITECTURE COMME UN MOYEN INDISPENSABLE D'ASSURER L'EXISTENCE ET L'EPANOUISSEMENT DE LA VIE SOCIALE EN ETABLISSEMENT	46
DEVELOPPER LES AIDES TECHNIQUES VIA L'ECONOMIE SOCIALE ET SOLIDAIRE	48
ATTRACTIVITÉ DES MÉTIERS ET FORMATION.....	49
RENDRE ATTRACTIVES ET REVALORISER LES CARRIERES DES SECTEURS SOCIAL, MEDICO-SOCIAL ET DE LA SANTE	49
PROMOUVOIR LA QUALITE DE VIE AU TRAVAIL EN FAVEUR DE L'ATTRACTIVITE	51
LUTTER CONTRE LA SINISTRALITE ET L'ABSENTEISME.....	53
UTILISER LA FORMATION COMME LEVIER D'ATTRACTIVITE ET DE SENS	55

CITOYENNETÉ ET DROITS DES PERSONNES ÂGÉES ET DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

Abroger définitivement « la barrière d'âge des 60 ans » pour l'obtention de la prestation de compensation

EXPOSÉ DES MOTIFS

L'enjeu de l'égalité de traitement face au besoin d'aide à l'autonomie implique, entre autres mais avant toute chose, la suppression de toute barrière d'âge. Il s'agit concrètement de supprimer toutes les dispositions qui peuvent conduire à des ruptures ou à des différences de prise en charge entre les personnes, comme l'avait mis en perspective le législateur à travers l'article 13 de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Or, actuellement, et en fonction de l'âge de survenue du handicap (avant ou après 60 ans), les personnes ont accès, soit à la prestation de compensation du handicap (PCH), soit à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) versée aux personnes âgées dépendantes. Or, ces deux prestations sont d'une nature et d'un montant différents.

L'Uniopss - qui plaide de longue date pour l'abrogation des barrières d'âge - rappelle qu'il est indispensable de veiller à ce que le futur projet de loi Autonomie et le chantier de la 5^e branche de la Sécurité sociale abrogent définitivement « la barrière d'âge des 60 ans », source d'inacceptables inégalités. Aujourd'hui, une personne de 65 ans qui commence à présenter des troubles de la parole, de l'audition et de la vue ne peut pas présenter de dossier à la CDAPH pour se faire reconnaître comme étant en situation de handicap.

L'enjeu fondamental d'un projet de loi Autonomie, quels que soient l'âge ou la situation de dépendance ou de handicap, et de la création du 5^e risque est celui de l'égalité de traitement de toute personne ayant besoin d'aide à l'autonomie et ce, indifféremment de son lieu de vie.

En outre, supprimer la barrière d'âge permettra de réduire le morcellement des dispositifs, en sortant de la logique de catégorisation des publics.

Alors que le sujet revient souvent sans trouver les moyens de sa réalisation, il conviendrait enfin de définir les mesures concrètes de sa mise en œuvre.

PROPOSITIONS

- Supprimer la barrière d'âge des 60 ans pour l'obtention de la prestation de compensation du handicap
- Revaloriser les tarifs et les plafonds de la PCH

Conceptualiser une nouvelle prestation

EXPOSÉ DES MOTIFS

La question de la suppression de la barrière d'âge pose inévitablement celle d'une nouvelle aide qui pourrait prendre la forme d'une prestation unique de compensation pour l'autonomie. L'Uniopss plaide depuis 2010 pour la création d'une telle prestation à l'intention de toute personne en situation de perte d'autonomie ou en situation de handicap, quel que soit son âge, afin de mettre un terme aux seuils discriminants pour ne plus se focaliser que sur les besoins des personnes.

Les prestations qui pourront être financées, dans le cadre de ce nouveau champ de protection sociale, devraient intégrer celles qui sont aujourd'hui financées par l'APA et celles énumérées par la Prestation de Compensation du Handicap (PCH). Personne « handicapée » de moins de 60 ans et personne âgée « dépendante » de plus de 60 ans, seraient alors considérées, non plus selon leur âge, mais selon les besoins de compensation de leur situation, quelle qu'en soit l'origine.

La création d'une prestation réellement universelle doit permettre à toutes les personnes âgées et à toutes les personnes handicapées, ayant besoin d'une aide à l'autonomie, d'accéder à cette nouvelle prestation et couvrir tous les besoins de compensation, notamment les :

- Aides à la mobilité ;
- Aides ménagères ;
- Aides humaines ;
- Aides à la parentalité ;
- Aides à la communication ;
- Aides techniques ;
- Aides adaptation du logement ;
- Aides aux aidants ;
- Aides à l'exercice de la citoyenneté ;
- Aides animalières.

PROPOSITION

- Créer une prestation universelle pour l'autonomie

Accompagner les choix et mobiliser les ressources des personnes

EXPOSÉ DES MOTIFS

Les temps d'échanges et de discussion avec les aidés et leurs aidants sont primordiaux pour placer au centre de l'accompagnement la personne et ses choix. Ce lien, aussi essentiel soit-il, peut être délité, par l'absence de temps ou d'outils adéquats.

S'exprime donc cette tension dans l'accompagnement d'une personne qui réside, entre la nécessaire réponse à ses attentes et besoins, tout en étant contraint par le manque de disponibilité (manque de personnel ou de temps, absence d'outils adéquats...).

Ce risque porte aussi, et plus largement de fait, sur la place de sujet et de citoyen à part entière des personnes en vulnérabilité. Il apparaît ainsi indispensable que subsiste, malgré la dépendance, des modes et une compétence collective à recueillir l'expression de besoins et de souhaits individuels, y compris dans des contextes institutionnels ou domiciliaires percutés par la notion d'isolement social.

Des méthodes et des outils spécifiques doivent donc être mis à disposition et utilisés par les professionnels, afin de recueillir cette parole et d'assurer l'efficacité de sa mise en œuvre dans l'accompagnement de la personne et les pratiques professionnelles, de sorte que la parole de l'utilisateur ne soit pas qu'incantatoire, ne se limite pas à une simple phrase sur un cahier de liaison ou encore à une réclamation dans un procès-verbal de CVS...

La loi 2002-2 promeut cette parole par la mise en place de sept outils spécifiques rendus obligatoires pour tous les ESMS, mais se percutent ici l'obligation, l'existence de tels outils et l'effectivité de leur utilisation au quotidien.

PROPOSITIONS

- Instaurer des référents dans chaque structure : financement et formation adéquate. C'est-à-dire former et sensibiliser les équipes au recueil de l'accord ou du consentement, surtout en présence de troubles cognitifs : échanges réguliers avec les équipes pour se recentrer sur les souhaits de la personne, référentiel d'évaluation, objectifs CPOM, Groupe analyse de pratiques...
- Créer des groupes de travail locaux sur l'éthique (ex : CPTS) pour échanges et faire des retours d'expériences (RETEX)
- Proposer un cadre aux procédures d'admission et informer du droit de désignation d'une personne de confiance - prévoir un espace d'information à ce sujet ou un numéro dédié
- Créer un forfait consentement (ou recueil de l'accord) pour les structures, à partir de la visite de l'établissement jusqu'au choix du résidant (ex : 15 j)
- Inscrire le principe d'un droit au risque pour les personnes accompagnées, dans le cadre d'une réflexion éthique propre à l'établissement

Renforcer la démocratie sanitaire médicosociale

EXPOSÉ DES MOTIFS

La participation des usagers au fonctionnement d'un établissement ou d'un service est un des moyens contenus dans la n° 2002-2 pour assurer l'amélioration de la qualité générale des prestations et de l'accompagnement des personnes accompagnées et accueillies.

L'usage de cette modalité est différent selon les structures et le secteur médicosocial concerné. Dans le champ du handicap, les familles des usagers qu'elles représentent sont fédérées en puissantes fédérations gestionnaires telles que l'UNAPEI ou encore l'APF et sont particulièrement attentives au respect du droit des usagers auprès des directions.

Dans les Ehpad, il est recouru, au titre des articles D.311-3 et suivants du CASF, au Conseil de la vie sociale (CVS) et à défaut à un groupe d'expression ou à toute autre forme de participation.

La recommandation de l'ANESM « La participation des usagers au fonctionnement de l'établissement » (p 40) définit une échelle de participation à 4 niveaux :

- L'expression et la communication réciproque : les usagers et leur famille font connaître quelque chose par le langage, sans préjuger de la portée de cette action sur son environnement ; les directions informent les usagers et leur famille de décisions relatives à l'organisation de l'établissement ;
- La consultation : la direction demande aux usagers et à leur famille des éléments et des avis avant d'effectuer des choix et de prendre des décisions ;
- La concertation : la direction associe les usagers et leur famille en vue d'élaborer en commun des solutions ou des modalités de fonctionnement ;
- La codécision : les usagers et la direction élabore un consensus dans le cadre d'une négociation pour parvenir à un accord et prendre des décisions partagées.

L'état de santé général des personnes résidant dans les EHPAD a en effet très largement évolué depuis l'adoption de ces dispositions. Il est constaté une recrudescence des troubles cognitifs touchant les résidents accueillis affectant leurs capacités à défendre leurs droits, une réduction constante de la durée moyenne de séjour des résidents ayant une incidence sur la durée des mandats des élus résidents et des familles et leur représentativité au CVS, le regroupement de directions multi-site avec un élargissement du CVS à un groupe d'établissements, une certaine désaffection de l'instance du CVS par certaines directions, une complexification générale de la gestion des EHPAD (CPOM, EPRD, GHT, évaluations et démarche qualité...).

La crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19 a souligné dans certains établissements l'absence de consultation du CVS, un recul de la démocratie médicosociale par l'application des protocoles sanitaires et un regain de tensions entre les familles et les établissements. D'autre part, elle a montré que l'outil numérique permettait de réunir le CVS à distance, en visioconférence.

Les élus au CVS peuvent exercer un rôle important en matière de prévention de la maltraitance comme en matière de qualité de vie au travail. La conception même du CVS ne peut pas se réduire à une confrontation entre d'un côté les usagers et leurs représentants, et de l'autre côté les directions et les gestionnaires.

PROPOSITIONS

- Remettre au cœur de la démocratie médicosociale le Conseil de la vie sociale, comme instance obligatoire de démocratie participative et de dialogue permettant d'associer les personnes hébergées et leurs proches aidants ou leur famille au fonctionnement de l'établissement ou du service dans la continuité des mandats électifs exercés au CVS, des décisions adoptées et des actions entreprises ;
- Mettre en œuvre une concertation entre toutes les parties prenantes pour définir de nouvelles modalités de création, d'organisation et de fonctionnement du CVS tenant compte des spécificités des personnes résidant en EHPAD ainsi que de la nécessité de construire des initiatives d'Inter-CVS pour informer et soutenir les élus isolés d'un CVS à l'échelle d'un département par exemple ;
- Intégrer les structures médicosociales du domicile telles que les SSIAD et les SPASAD afin que les personnes accompagnées et leurs proches puissent également interagir sur la qualité des soins prodigués et de l'accompagnement.

Accompagner les personnes handicapées vieillissantes

EXPOSÉ DES MOTIFS

À l'occasion de la Conférence nationale du handicap du 11 février 2020, le président de la République, Emmanuel Macron, appelait à lancer « une réflexion profonde, très structurante sur le vieillissement des personnes en situation de handicap » pour « adapter les modes d'accompagnement, penser les solutions médicales, sociales et aussi les innovations. » Avec l'avancée en âge, l'origine de certains handicaps prédispose les personnes concernées à une incidence plus fréquente de certaines pathologies. Le vieillissement des personnes handicapées reste difficile à appréhender pour plusieurs raisons.

D'une part, il n'existe pas de définition juridique et sociologique de cette « catégorie », d'autre part, l'absence de politique nationale dédiée en la matière rend la problématique du vieillissement souvent difficile à repérer. Les personnes handicapées constituent un groupe hétérogène avec des besoins différents, selon le type de handicap. De surcroît, le vieillissement des personnes handicapées reste méconnu des professionnels du sanitaire, médecins gériatres mais aussi infirmiers, aide soignants... En effet, les personnes atteintes de troubles psychiques, notamment, peuvent connaître des déclin cognitifs, relativement tôt, dès l'âge de 45 ans, posant la question de leur accompagnement en établissement. Le besoin d'une expertise croisée, handicap et gérontologie, est donc nécessaire, que ce soit en établissement de santé ou au sein des établissements et services médico-sociaux.

PROPOSITIONS

- Objectiver les données sur les territoires en comparant les besoins à l'offre existante
- Intégrer un volet PHV dans les schémas départementaux et plans régionaux de santé (PRS)
- Développer la prévention de la perte d'autonomie chez les personnes jeunes souffrant de handicap psychique afin d'éviter la médicalisation comme recours systématique pour améliorer la qualité de vie de ces personnes
- Intégrer les neurosciences dans les projets de formation des médecins gériatres
- Développer les formations relatives au vieillissement et à ses conséquences pour les professionnels du handicap
- Communiquer sur des solutions d'accompagnement complémentaires ou alternatives à celles proposées par la structure
- Faciliter les transitions (lorsque les solutions d'accompagnement impliquent une prise en charge conjointe ou une réorientation) et anticiper le vieillissement des travailleurs handicapés.
- Supprimer la barrière d'âge de 60 ans pouvant conduire à des ruptures ou différences de prise en charge (cf. *fiche dédiée du présent document*)

Accompagner les personnes sous mesure de protection juridique

EXPOSÉ DES MOTIFS

Les personnes protégées ne se définissent pas uniquement par la protection juridique dont elles bénéficient : elles restent avant tout des individus, pouvant être âgés et/ou en situation de handicap, vivant à domicile et pouvant être accompagnés par des services sociaux ou médico-sociaux ou vivant en ESMS. À ce titre, leur accompagnement peut relever de la compétence des ARS et des conseils départementaux.

Ainsi, en 2015, 40 % des personnes sous mesure de protection juridique vivaient en établissement (dont 22 % dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées et 14 % pour personnes handicapées). Cette « spécificité » doit donc, de fait, être intégrée dans les politiques de l'autonomie, au niveau national et territorial, *via* les différents schémas de planification des autorités de tarification du secteur.

Elle doit également être intégrée dans leur projet personnalisé d'accompagnement, et au-delà, dans les projets d'établissement ou de service, comme une composante de l'accompagnement.

Plus particulièrement, le réseau relève les enjeux suivants :

- Articuler les politiques de l'autonomie et les politiques dédiées à la protection juridique
- Favoriser l'expression, la participation et l'accès aux droits des personnes protégées

PROPOSITIONS

Propositions en faveur d'une meilleure coordination des acteurs intervenant auprès des personnes sous mesure de protection juridique :

- Faciliter l'interconnaissance des acteurs des secteurs social, médico-social et judiciaire par des rencontres régulières
- Prévoir une évaluation nationale de la fonction des préposés d'établissements (fonction très en difficulté dans les ESMS, nombre trop conséquent de mesures à gérer, etc.)
- Rendre obligatoire la présence de professionnels référents dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux afin de faire le lien avec les mandataires professionnels et/ou familiaux.
- Intégrer dans les projets d'établissements ou de services médico-sociaux une partie spécifique relative à l'accompagnement des personnes sous mesure de protection juridique (la manière dont la mesure est mise en œuvre, les modalités d'information de la personne, ainsi que l'articulation de l'ESMS avec les acteurs de la protection juridique)
- Communiquer auprès des professionnels des établissements et services médico-sociaux les documents en lien avec la mesure de protection (la Charte des droits et libertés de la personne majeure protégée, ainsi que la notice d'information)

Proposition en faveur du droit de vote et de la citoyenneté des personnes sous mesure de protection juridique :

- Informer de manière systématique les personnes majeures protégées de la législation en matière de droit de vote (impossibilité d'interdiction du droit de vote pour les personnes sous tutelle, suite à la loi du 23/03/2019) et de la possibilité pour toute personne de se faire assister par un électeur de son choix pour les gestes liés au vote (à l'exception des professionnels impliqués dans leur accompagnement)

Concernant la Charte des droits et libertés de la personne majeure protégée :

- Adapter la Charte en Facile à Lire et à Comprendre (FALC) de manière « obligatoire » et la remettre aux personnes majeures protégées dans cette version, dès que nécessaire
- Afficher la Charte dans tous les lieux où des personnes majeures protégées sont accueillies et/ou accompagnées (pour les personnes elles-mêmes et pour les professionnels qui ont souvent une méconnaissance de ces droits).

Concernant la notice d'information :

- Rendre la lecture et l'explication du document obligatoire et régulière, y compris *via* des temps d'information collectifs
- Rendre ce document plus clair et accessible (pictogrammes, support vidéo...)
- Simplifier son contenu et éviter les doublons d'informations (certaines informations se retrouvent à la fois dans le DIPM et dans la notice d'information)

Propositions concernant les politiques dédiées à la protection juridique :

- Assurer une meilleure reconnaissance de la profession de mandataire judiciaire des majeurs, à travers des moyens supplémentaires (recrutement), une revalorisation salariale de l'ensemble de la profession, la création d'un diplôme et une obligation de formation continue
- Mettre en place un numéro unique pour toutes les questions en lien avec les droits de la personne majeure protégée, sur la base de l'existant ou *via* la création d'un nouveau numéro
- Financer des astreintes dans les services mandataires
- Renforcer, dans la formation des professionnels mandataires, le travail sur la promotion de l'autonomie
- Prévoir l'anticipation des mesures de protection juridique dès le début d'un accompagnement en ESMS pour une acceptation facilitée de la personne, lorsque la mesure deviendra nécessaire
- Mieux mesurer les trajectoires des personnes protégées et les impacts des actions des MJPM, en créant un observatoire du majeur protégé
- Recenser les coordonnées des Services d'Information et de Soutien aux Tuteurs familiaux (ISTF) qui existent au sein de chaque département, portés par diverses associations, dans un site internet unique, relayer l'information de leur existence, leur rôle et leurs coordonnées sur le site service-public ; communiquer autour de ces services auprès des tuteurs familiaux et rendre la délivrance de cette information systématique lors du prononcé de la mesure

Accompagner les personnes dépendantes en difficulté avec des conduites addictives

EXPOSÉ DES MOTIFS

Selon l'INSERM¹, l'addiction est une pathologie qui repose sur la consommation répétée d'un produit (tabac, alcool, drogues...) ou la pratique anormalement excessive d'un comportement (jeux, temps sur les réseaux sociaux...) qui conduit à :

- Une perte de contrôle du niveau de consommation/pratique
- Une modification de l'équilibre émotionnel
- Des troubles d'ordre médical
- Des perturbations de la vie personnelle, professionnelle et sociale.

De son côté, la perte d'autonomie, et son corollaire, la dépendance telle que calculée par la grille AGGIR se définit par l'incapacité pour une personne d'effectuer par elle-même certains actes de la vie courante.

Si le lien entre vieillissement et perte d'autonomie n'est pas proportionnel en raison de l'augmentation plus rapide de l'espérance de vie sans incapacité que de la durée de vie, le vieillissement peut s'accompagner de l'apparition ou de l'aggravation de pathologies en lien avec des conduites addictives. Ces comportements peuvent aboutir dans certains cas à une perte de capacité de la personne accompagnée à mener une vie normale.

Un article publié en 2013 par Laurent Cohen, chef de clinique au centre ambulatoire de psychiatrie et psychothérapie de l'âgé (CAPP), dans la revue d'information sociale suisse (REISO) met en avant que les conduites addictives chez la personne âgée concernent de façon préférentielle l'alcool et les médicaments, ainsi que certains opiacés (morphine, héroïne) ou autres drogues (cannabis, cocaïne, ecstasy)². Ces conduites à risques ne concernent pas uniquement les addictions avec produit, mais également les addictions sans produit comme le jeu ou la télévision. Certaines études montrent que près d'un tiers des personnes âgées de 65 à 75 ans affirment avoir joué au moins une fois dans l'année à un jeu d'argent. Parmi ces seniors joueurs, le tiers a une pratique hebdomadaire³.

Concernant les personnes en situation de handicap, la note de cadrage « prévention des addictions et réduction des risques et des dommages en ESSMS » publiée en octobre 2020 par la HAS⁴ souligne que l'usage de substances psychoactives est plus élevé chez les déficients intellectuels légers et en particulier chez ceux vivant dans une plus grande proximité avec le milieu ordinaire. Le document précise que, chez les travailleurs d'ESAT, la prévalence du tabagisme est estimée à 34 % alors qu'elle est de 27 % en population générale

Par ailleurs, les personnes en situation de handicap connaissent, comme le reste de la population, une augmentation importante de leur espérance de vie, développant ainsi une nouvelle catégorie de population communément appelée « personnes handicapées vieillissantes ». Les conduites addictives évoluant en même temps que le vieillissement de la population des personnes en situation de handicap, il s'agit de pouvoir accompagner ces dernières ainsi que les professionnels de santé qui les entourent.

Dans le champ médico-social, les personnes dépendantes en difficulté avec des conduites addictives sont accompagnées principalement :

En établissement :

- Dans les EHPAD, les résidences autonomie et les structures pour personnes en situation de handicap (MAS-FAM, foyer d'hébergement, et secteur adulte PH) ;
- Dans les hébergements pour personnes précaires (CHRS) ;
- En soins résidentiels (LAM, ACT, LHSS).

A domicile :

- Par des structures médico-sociales ambulatoires, spécialisées dans l'accompagnement de la perte d'autonomie (SAAD, SSIAD, SPASAD) et de l'addictologie (CSAPA, CAARUD) ;
- Par les services hospitaliers (consultations, hospitalisation).

Toutefois, malgré ces dispositifs, l'offre disponible est insuffisante notamment pour faire face à une augmentation prévisible des besoins générés par la crise sanitaire. En effet, selon une enquête réalisée en population générale par l'association Addictions France en partenariat avec BVA Santé publiée en avril 2021, 78 % des personnes suivies pour addiction estiment avoir davantage besoin d'accompagnement qu'avant la crise sanitaire. Cette étude montre par ailleurs que 39 % des personnes suivies pour une conduite addictive ont dû renoncer à se faire accompagner, soit parce qu'elles ont eu des difficultés à obtenir un rendez-vous, soit parce qu'elles ne savaient pas vers quelles structures se tourner⁵.

En parallèle, une enquête complémentaire, menée auprès des personnes accompagnées par Addictions France⁶, confirme l'impact encore plus négatif pour les personnes en difficulté avec des addictions :

- La crise a eu un impact négatif sur le moral et la santé psychologique de 71 % des personnes interrogées, encore plus chez les personnes les plus vulnérables (personnes en situation financière très difficile, femmes, personnes ayant perdu leur emploi) ;
- 70 % des personnes suivies pour des problèmes d'addictions ont eu du mal à maîtriser leurs consommations pendant les périodes de confinement ;
- Plus de la moitié des personnes suivies pour des problèmes d'alcool, de cannabis ou de médicaments ont augmenté leur consommation. Pour le tabac, le chiffre monte à 61 %.

C'est dans ce contexte que s'inscrivent les propositions visant à améliorer l'accompagnement des personnes dépendantes en difficultés avec des conduites addictives.

PROPOSITIONS

Dans le champ des personnes en situation de handicap et dans celui des personnes âgées, la difficulté avec la conduite addictive n'est jamais certaine et peut être limitée grâce à un accompagnement adapté et pertinent. Les propositions se structurent autour de 4 axes principaux à mobiliser conjointement :

1/ Initier un changement de regard sociétal sur les conduites addictives des personnes en situation de dépendance.

- **Déconstruire les préjugés en communiquant vers le grand public sur les conduites addictives des personnes en perte d'autonomie**

Dans le champ des personnes âgées, comme dans celui des personnes en situation de handicap, les acteurs associatifs appellent à un changement de regard sur les addictions. Le cumul de l'image du

« vieux » et de celle de l'« alcoolique » ou du « toxicomane » porte en germe un triple risque : la stigmatisation des personnes concernées, la faible reconnaissance des difficultés vécues au quotidien et un accès aux soins dégradé voire réduit.

- **Informé de manière ciblée les personnes âgées et/ou les personnes vieillissantes en situation de handicap sur les risques liés à la consommation de produits**

Cette information doit être particulièrement ciblée vers les populations concernées par des facteurs aggravant du risque de perte d'autonomie (chutes, interactions médicamenteuses).

- **Favoriser les projets de recherche visant à mieux connaître et évaluer les comportements addictifs chez les personnes âgées et/ou en situation de handicap.**
- **Encourager la rencontre entre les sociétés savantes en addictologie et celles accompagnant les personnes en situation de perte d'autonomie pour mieux déconstruire les préjugés.**

2/ Améliorer la prise en compte des conduites addictives dans les pratiques professionnelles du champ médico-social

- **Former au repérage précoce et à l'intervention brève, les personnels des établissements et services pour personnes âgées et en situation de handicap ainsi que les organisations et professionnels exerçant au contact des personnes âgées.**

Ces formations spécifiques et communes à destination des acteurs en contact avec les publics en perte d'autonomie sont construites pour accompagner les personnes vieillissantes à des moments-clés de leur existence (retraite, isolement, décès du conjoint, maladie). L'objectif est d'intervenir dès les premiers signes de la conduite addictive en orientant le plus tôt possible vers les ressources spécialisées en addictologie.

- **Sensibiliser et former les professionnels au repérage précoce des mauvais usages des médicaments à domicile et en établissement ainsi qu'aux enjeux liés aux prescriptions inadaptées aux personnes âgées.**

Du fait des pathologies associées aux personnes âgées et handicapées en perte d'autonomie, certaines prescriptions ou usages médicamenteux font peser un fort risque d'erreur aux effets indésirables graves sur ces populations. Il est dès lors nécessaire d'amplifier les formations à ce sujet, de sensibiliser et de former les professionnels sur les risques d'accidents iatrogéniques afin d'en limiter les risques⁷.

- **Ajouter un volet vieillissement des personnes en difficulté avec des conduites addictives dans le projet d'établissement des structures PA/PH afin de sensibiliser les professionnels à cet enjeu.**
- **Améliorer la pratique de l'ensemble des professionnels intervenant sur la perte d'autonomie des personnes âgées et en situation de handicap en difficulté avec des conduites addictives.**

Au-delà de la formation, il convient notamment de :

- Améliorer la lisibilité et la pédagogie de l'ordonnance.
- Renforcer les protocoles et la surveillance des personnes âgées et handicapés identifiées comme développant des conduites addictives, aussi bien en établissement qu'à domicile.
- Renforcer la continuité des soins et le parcours de la personne en associant l'ensemble des parties prenantes à l'accompagnement.

- Libérer du temps de soignants pour renforcer et adapter les entretiens motivationnels des personnes en perte d'autonomie souffrant de conduites addictives.
 - Développer le principe des infirmiers en pratique avancée (IPA) dans le cadre du champ PDS et de l'addictologie en particulier.
 - Développer l'information à destination des usagers et la formation du patient via des programmes d'éducation thérapeutique portant notamment sur la gestion des médicaments.
- **Promouvoir la mise en œuvre d'interventions thérapeutiques non médicamenteuses validées scientifiquement, conformément aux recommandations de la HAS pour réduire la dépendance à certains médicaments.**

Ces interventions pourraient porter principalement sur les états d'anxiété ou de perte de sommeil.

3/ Mieux coordonner l'action des organismes gestionnaires et du champ sanitaire pour améliorer les parcours des personnes en difficulté avec des conduites addictives

- **Inciter les commissions des financeurs à publier des appels à projets dédiés à la prévention et à l'accompagnement des conduites addictives des personnes âgées et/ou en situation de handicap.**
- **Améliorer les synergies autour des filières addictologiques afin de diffuser une culture commune dans les territoires entre les champs sanitaires, personnes âgées et personnes handicapées.**

Il s'agit de renforcer les coopérations territoriales des établissements et services PA/PH accueillant des personnes en situation de dépendance avec le secteur de l'addictologie. Afin de garantir l'efficacité du dispositif, les partenariats devraient porter sur deux axes au minimum :

- Amélioration au niveau local de la prise en compte des effets du vieillissement sur l'émergence ou le renforcement des conduites addictives et inversement, des effets des conduites addictives sur le vieillissement et le risque de perte d'autonomie ;
 - Accès à la prévention, au repérage précoce, à la réduction des risques et des dommages, couplé à de l'accompagnement médico-psycho-social en addictologie pour des personnes âgées en perte d'autonomie vivant en établissement ou à domicile.
- **Amplifier les dispositifs d'aller-vers en addictologie en renforçant les consultations avancées portées par les CSAPA.**
 - **Intégrer automatiquement une compétence relative aux conduites addictives au sein des dispositifs « d'aller vers » (équipes mobiles, consultations avancées, téléconsultation / téléexpertise).**
 - **Renforcer les liens avec les dispositifs de soins psychiatriques en intégrant dans les CPOM sanitaires une clause de contractualisation avec les structures PDS du territoire.**

4/ Mobiliser tous les leviers des politiques publiques (dont un volet financement) dans le champ de l'addictologie pour réduire les inégalités de santé

- **Inscrire pleinement le champs PDS dans la déclinaison territoriale de la mesure 27 du Ségur de la santé et des politiques publiques à venir.**

Il est important que le champ PDS soit partie prenante sur les sujets structurant les champs PA/PH. L'enjeu est de renforcer l'attractivité du champ de l'addictologie et d'éviter un décrochage du secteur PDS par rapport aux champs sanitaire et médico-social notamment en termes de rémunération.

- **Développer les appels à manifestations d'intérêt pour permettre des expérimentations et générer de l'innovation.**
- **Inclure et financer une ressource en addictologie dans les dispositifs de soutien aux parcours des personnes âgées, et dans les dispositifs d'appui et de coordination.**

Il s'agirait notamment de mettre en place des soins addictologiques au sein des structures psychogériatriques avec des soins individuels et en groupe, adaptés à l'âge.

Reconnaître et soutenir les « aidants »

EXPOSÉ DES MOTIFS

Les statistiques sur le nombre d'aidants affichent des estimations et résultats variables d'une source à l'autre. Ils seraient entre 8 et 11 millions, soit 1 français sur 6. Le nombre d'aidants est estimé à environ 8,3 millions (Enquête Handicap-Santé, 2008, DREES). Une statistique court les colloques, selon laquelle un aidant sur trois disparaît avant la personne aidée. Pour rappel, les conjoints âgés sont concernés.

Du fait du vieillissement de la population et de la transition démographique, les familles sont appelées à jouer un rôle croissant dans l'accompagnement et le soutien à domicile des personnes en perte d'autonomie, ainsi que des personnes en situation de handicap.

Le législateur donne une définition du proche aidant d'une personne âgée en perte d'autonomie à l'article L113-1-3 du Code de l'action sociale et des familles :

« Est considéré comme proche aidant d'une personne âgée son conjoint, le partenaire avec qui elle a conclu un pacte civil de solidarité ou son concubin, un parent ou un allié, définis comme aidants familiaux, ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables, qui lui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne ».

La loi ASV, à travers l'acte 2 de l'allocation personnalisée pour l'autonomie (APA), a apporté un début de financement pour le répit des proches aidants avec deux mesures : le forfait hébergement temporaire et un dispositif d'urgence en cas d'hospitalisation de l'aidant.

Ces deux dispositifs présentent les défauts suivants :

- leur montant financier est insuffisant ;
- en s'axant sur une revalorisation de l'APA, ils sont perçus comme des prestations au profit des personnes accompagnées, alors que le répit doit être une prestation au profit de l'aidant.

Le droit au répit nécessite une saturation du plafond du plan d'aide APA avant d'être mobilisé (c'est une majoration du plafonnement).

En 2019, ont été annoncées 6 priorités et 17 mesures pour les proches aidants dans le cadre de la Stratégie de mobilisation et de soutien des proches aidants 2020-2022, notamment en vue de :

- ouvrir de nouveaux droits sociaux aux proches aidants et faciliter leurs démarches administratives ;
- permettre aux aidants de concilier vie personnelle et vie professionnelle ;
- accroître et diversifier les solutions de répit par le lancement d'un plan national, adossé à un financement supplémentaire de 100 M € sur la période 2020-2022.

Le congé de proche aidant indemnisé pour les salariés, les travailleurs indépendants, les fonctionnaires et les chômeurs indemnisés, a été mis en place en octobre 2020. Il permet à un salarié résident en France d'arrêter son activité professionnelle pour accompagner un membre de sa famille et est indemnisé sur 3 mois tout au long de sa carrière, alors que le congé peut être légalement pris jusqu'à un an.

Le déploiement de la stratégie a été confié aux ARS, notamment par le biais d'un arrêté en date du 5

juin 2020, attribuant des financements à hauteur de 50 millions d'euros pour la mise en place de solutions de répit, uniquement pour des établissements et services médico-sociaux relevant de la compétence tarifaire des agences. Les SAAD ne sont donc pas éligibles à ces financements pour leur solution de répit à domicile.

Mettre en place un dispositif d'accueil temporaire, **c'est comprendre les enjeux** pour les acteurs (usagers, aidants, professionnels). En réponse au soutien de l'autonomie, du lien social et de la vie au domicile choisi par la personne, l'offre a évolué et s'intègre aussi à une logique de parcours, de dispositif et de territoire.

L'offre de répit aux aidants se développe plus largement depuis le début des années 2010. Elle est désormais plurielle et ne se limite plus à l'accueil temporaire.

L'hébergement temporaire et l'accueil de jour reconnus par la loi n° 2002-2 s'inscrivent désormais dans une offre plurielle de répit et d'accompagnement, reconnue depuis le 3^e plan Alzheimer 2008-2012, avec **les plateformes d'accompagnement et de répit des aidants**, les halte-répit à domicile, le relayage à domicile, les gardes itinérantes de nuit ou de jour, les groupes de parole pour aidants, les séjours de vacances, les bistrotts mémoire ou cafés des aidants... L'ensemble de ces structures d'accompagnement et de répit répondent au double objectif d'**apporter un soutien aux aidants** et de **proposer un accompagnement pour la personne fragile et vulnérable**.

Ces plateformes d'accompagnement et de répit se considérablement développées. Côté personnes âgées, de nouvelles plateformes sont mises en route dans le cadre du plan neuro-dégénératif 2015-2019 et, côté handicap, les premières apparaissent en 2017 dans le cadre du plan autisme. Toutes ont, depuis, été interpellées par les ARS afin d'ouvrir leur accompagnement aux différentes formes de pertes d'autonomie et de handicap. Dans le cadre de la stratégie nationale de soutien aux aidants, des moyens nouveaux ont été dégagés à l'automne sur le secteur handicap.

La recommandation 2011 de l'Anesm constitue un repère guidant avantagement la réflexion des professionnels : « Les structures d'accompagnement et de répit ont été conçues afin de permettre aux aidants de proximité de disposer de relais professionnel leur permettant de marquer une pause dans leur accompagnement rapproché... Ces dispositifs suivent le double objectif d'apporter un soutien aux aidants (information, soutien psychologique...) et de proposer un accompagnement pour la personne malade. »

PROPOSITIONS

- Ouvrir sur tout le territoire national les conditions d'accès au droit au répit (forfait hébergement temporaire) qui reste inactivé sur de nombreux départements
- Inclure les SAAD dans les financements de la stratégie aidant et le répit à domicile
- Agir sur la formation des travailleurs sociaux à la relation aidants-aidés dans le cadre d'un accompagnement global
- Soutenir la création et l'action des plateformes de répit et d'accompagnement des aidants, en augmentant leurs moyens financiers et leurs ressources humaines pour élargir les publics cibles et le territoire d'intervention
- Soutenir une approche éthique de l'aidant
- Aligner la durée de l'indemnisation du congé du proche aidant sur la durée du congé lui-même

Favoriser la vie intime, la vie affective et la vie sexuelle en ESMS

EXPOSÉ DES MOTIFS

La vie affective et sexuelle des personnes en situation de handicap et des personnes âgées reste, aujourd'hui encore, un tabou, d'autant plus lorsque les personnes résident en ESMS. Or, la vie affective et sexuelle est partie intégrante de l'intimité, tout au long de la vie, et apparaît même essentielle à l'équilibre. Si des actions se développent depuis plusieurs années, dans le champ du handicap, elles restent encore rares dans le champ des personnes âgées.

Nous souhaitons, de ce fait promouvoir un véritable droit à une vie affective et sexuelle pour les personnes en situation de handicap et les personnes âgées, quels que soient leur lieu et leur mode de vie, et lever les préjugés qui peuvent encore avoir cours.

PROPOSITIONS

- Promouvoir et développer la formation des professionnels à la vie affective et sexuelle des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, en vue de briser un tabou persistant, de prendre en compte la dimension de l'intimité, de la vie affective et sexuelle dans l'accompagnement des personnes et de favoriser leur bien-être, et intégrer de manière systématique cette formation au plan de formation de la structure
- En lien avec le point précédent, accentuer la sensibilisation des professionnels au nécessaire respect de l'espace privatif des résidents et déployer tout dispositif en ce sens (sonnette, remise des clés et possibilité de fermer à clés, moindre utilisation des pass, aménagement du logement respectant l'intimité...)
- Développer toute action ayant vocation à travailler / restaurer l'estime et l'image de soi, ainsi que la relation au corps
- Mettre à disposition des résidents qui en font la demande, un lit double, voire un lit double médicalisé
- Poursuivre les réflexions éthiques autour de l'accompagnement à la vie affective et sexuelle, y compris dans le secteur personnes âgées
- Étendre les dispositifs et initiatives qui se sont développées, sur le champ du handicap, au champ des personnes âgées (Centre ressources, vie intime et affective...)

Construire une approche globale de l'accompagnement en ESMS

EXPOSÉ DES MOTIFS

L'OMS a défini la santé en 1946 comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » ; elle reconnaît également la santé comme un droit fondamental pour tout être humain.

Les professionnels accompagnants et les aidants de manière large ont donc comme mission la promotion de la santé des personnes accompagnées et le maintien de leur autonomie.

Pour rappel, le CASF est d'ailleurs explicite de cette volonté de conférer aux ESMS une approche globale de leur finalité en ce qu'il précise au titre de son article L116-1 que « L'action sociale et médico-sociale tend à promouvoir, dans un cadre interministériel, l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir les exclusions et à en corriger les effets. »

Ce double impératif, émanant à la fois du cadre international et national, présume que les établissements et services assurent à la fois une mission médicale mais promeuvent également la vie sociale des personnes accompagnées en permettant leur inclusion, le contact avec ses proches, la continuité des loisirs, des passions...

L'établissement ou le service doit donc s'assurer de plusieurs équilibres complémentaires qu'il est parfois difficile de maintenir au quotidien :

- Un juste équilibre entre un aspect médical nécessaire et une dimension vie sociale essentielle ;
- En établissement spécifiquement : un équilibre entre assurer la sécurité des résidents et respecter les libertés individuelles et collectives. Actuellement, ces deux équilibres sont particulièrement en tension.

L'aspect sécurisé en établissement prend progressivement le pas sur la liberté (risque 0, responsabilité accrue des directeurs sans moyens afférents, zones protégées, contrôles divers...) Sur ce sujet les rapports du comité consultatif national d'éthique (CCNE) ou plus récemment de la Défenseure des droits¹, témoignent de ces situations complexes que ce soit en situation épidémique¹ ou en dehors de celles-ci². Indéniablement la qualité de la vie sociale - donc de la santé - des personnes accompagnées en est directement impactée...

PROPOSITIONS

La vie sociale doit être réellement valorisée et défendue au même titre que l'aspect médical.

Concernant les ressources humaines :

- Pour les EHPAD, faire émerger l'animateur sur la section soins/dépendance & hébergement

¹https://s3-eu-west1.amazonaws.com/static.hospimedia.fr/documents/213982/6613/DDD_AVIS_20210326_21-02.pdf?1619014012

- Créer un équivalent à l'IDEC, en offrant la possibilité d'instaurer et de financer des « **chefs de service vie sociale** » ou « **coordonnateurs de la vie sociale** »
- Inventer un parcours de formation qualifiante pour l'animation de la vie sociale en EHPAD, dans les MAS ou les FAM qui irait plus loin que l'animation de « vitrine » : individualisation de l'animation (activités thérapeutiques, valorisation de ses compétences), faciliter les liens avec les proches, accompagnement à l'exercice de la citoyenneté, partenariat avec les acteurs sportifs et culturels de la vie locale...
- Questionner la raison d'être d'une représentation omniprésente de l'aspect médical dans des établissements d'hébergement (blouse notamment)

Concernant l'organisation de la structure :

- La vie sociale doit être l'affaire de tous : introduction du thème dans les formations médicales et soignantes
- Inclure les variables illustratives du GIR dans le calcul du GIR, impliquant ainsi nécessairement un accompagnement social du résidant et une prise en compte dans les dotations de l'EHPAD
- L'accompagnement des personnes âgées et des personnes en situation de handicap dans l'exercice de leur citoyenneté passe par une communication large auprès du grand public pour faire changer le regard de la société sur la vieillesse et le handicap.

Refondre l'aide sociale à l'hébergement (ASH)

EXPOSÉ DES MOTIFS

Dans un contexte marqué par de très fortes contraintes budgétaires, tant pour les établissements et services que pour les personnes accompagnées, l'habilitation à l'aide sociale des établissements permettant d'accueillir des personnes âgées aux revenus modestes, s'inscrit en tant qu'enjeu majeur de la politique en faveur des personnes âgées en perte d'autonomie, en matière d'accessibilité géographique et financière et d'équité de traitement, à laquelle nos associations et fédérations sont particulièrement attachées.

Néanmoins, la réglementation relative à l'habilitation à l'aide sociale et conséquemment à l'aide sociale à l'hébergement pose aujourd'hui de grandes difficultés, à la fois pour les établissements et pour les personnes accompagnées.

Un mouvement de sortie partielle ou totale de l'habilitation à l'aide sociale des établissements est notamment à l'œuvre, que ce soit à la demande des conseils départementaux ou des établissements, qui renoncent à celle-ci pour retrouver des marges de manœuvre financières. Cette démarche n'est toutefois pas sans conséquence et peut engendrer de nombreux impacts négatifs à moyen et long termes : augmentation des tarifs, inégalités de traitement entre les résidents, complexité de la gestion comptable, risque d'assujettissement aux impôts commerciaux, diminution ou suppression des subventions d'investissement, perte de la capacité à recevoir certaines aides financières ou reprise des excédents par le conseil départemental avant le passage en habilitation partielle. S'ajoute à cela la très forte hétérogénéité des pratiques sur le territoire, chaque département fixant ses propres modalités de prise en charge dans le cadre de son règlement départemental d'aide sociale. Ces disparités territoriales créent des inégalités entre les établissements, aggravées encore par le contexte économique actuel.

Les premières victimes de ces inégalités territoriales sont les personnes bénéficiaires : obligation alimentaire et donc de solliciter les proches, récupération de l'aide sociale sur succession, calcul du montant de l'aide sociale, impossibilité pour des personnes âgées à faible patrimoine de laisser un héritage à leurs enfants... L'hétérogénéité de ce système, comme l'obsolescence de la législation, sont sources d'inacceptables discriminations et de disparités pour les personnes accompagnées et leurs familles, sans même évoquer l'importance du non-recours à ces aides par les concitoyens qui en auraient besoin. C'est notamment ce que relève le HCFEA dans son [rapport](#) sur le sujet : en 2018, 122 000 résidents étaient couverts par l'ASH (dont 102 000 EHPAD) contre une estimation de 430 000 personnes potentiellement éligibles.

Ainsi, comme cela est indiqué dans les conclusions du [rapport](#) de 2018 des députées Monique Iborra et Caroline Fiat, le réseau Uniopss-Uriopss regrette que « *l'aide sociale à l'hébergement oppose à ses bénéficiaires potentiels des critères dissuasifs. À l'instar de ce qui avait été fait pour la prestation sociale dépendance, il faut assouplir ses conditions pour qu'elle devienne enfin la grande prestation de solidarité qu'elle a vocation à être* ».

PROPOSITION

L'Uniopss demande à ce qu'une remise à plat des règles et des pratiques en matière d'aide sociale à l'hébergement soit initiée. Ainsi et en vue de la rendre plus accessible, il s'agira notamment de supprimer la mise en jeu de l'obligation alimentaire et de revoir les principes de la récupération sur succession.

Sécuriser les parcours pour les travailleurs en ESAT

EXPOSÉ DES MOTIFS

L'environnement n'est, aujourd'hui, pas suffisamment favorable à une reprise d'emploi par une personne en situation de handicap. L'Uniopss rappelle que :

- Le taux de chômage des personnes handicapées est plus élevé que celui de la population générale (20 % contre 9 %) ;
- Les discriminations à l'embauche sont plus importantes pour les personnes en situation de handicap ;
- La notion d'aménagement raisonnable est insuffisamment connue et mise en œuvre ;
- Il existe peu de garanties à l'embauche des personnes en situation de handicap et un manque de perspectives de carrière.

Prenant en compte ce contexte global mais souhaitant toutefois permettre aux travailleurs d'ESAT de pouvoir exercer une activité professionnelle dans le milieu ordinaire, l'Uniopss appelle à l'impérieuse nécessité d'adapter le statut des travailleurs d'ESAT pour qu'il soit plus souple, tout en permettant de sécuriser les travailleurs handicapés dans leur parcours. Cette sécurisation permettrait de lever une barrière, de nature à favoriser l'inclusion des personnes dans le milieu ordinaire.

PROPOSITIONS

- Objectiver les possibilités et capacités des personnes orientées et accueillies en ESAT par une étude scientifique et de cohortes
- Sécuriser le parcours d'une personne qui irait en milieu ordinaire, en aménageant un droit au retour, simplifié et sans contrepartie

Bientraitance / maltraitance : adopter une définition partagée

EXPOSÉ DES MOTIFS

Le débat autour de la bientraitance et de la maltraitance dans les institutions sociales et médico-sociales, ainsi que les établissements et services qu'elles gèrent, n'est pas récent mais toujours vif. Les violences et les négligences peuvent revêtir des formes multiples et associées au sein de ces situations. L'impératif de vigilance s'inscrit dans un espace institutionnel et politique qui encadre peu à peu la question.

Récemment, une [démarche](#) nationale de consensus pour un vocabulaire partagé de la maltraitance a permis de publier la définition suivante :

« Il y a maltraitance d'une personne en situation de vulnérabilité lorsqu'un geste, une parole, une action ou un défaut d'action compromet ou porte atteinte à son développement, à ses droits, à ses besoins fondamentaux, et/ou à sa santé et que cette atteinte intervient dans une relation de confiance, de dépendance, de soin ou d'accompagnement.

Les situations de maltraitance peuvent être ponctuelles ou durables, intentionnelles ou non ; leur origine peut être individuelle, collective ou institutionnelle. Les violences et les négligences peuvent revêtir des formes multiples et associées au sein de ces situations. »

Cette définition de la maltraitance doit être reprise dans le paysage législatif pour être partagée, afin de garantir, ainsi que le préconise la note d'orientation pour une action globale d'appui à la bientraitance dans l'aide à l'autonomie, émanant de la Commission pour la lutte contre la maltraitance et la promotion de la bientraitance du HCFEA et du CNCPPH :

- le respect des droits fondamentaux et la reconnaissance des compétences et capacités de la personne ;
- la qualité de vie des « accompagnants » et leur qualité de vie au travail, lorsqu'il s'agit d'accompagnants professionnels.

PROPOSITION

- Inscrire dans le Code de l'action sociale et des familles et dans celui de la santé publique de la définition de consensus précitée sur la maltraitance

Donner accès à l'enseignement à tous les enfants en situation de handicap

EXPOSÉ DES MOTIFS

Le droit à l'éducation des enfants en situation de handicap est fondamental. Des lois et décrets sont venus conforter ce droit dans une visée inclusive. Néanmoins, force est de constater que les moyens viennent à manquer pour assurer une accessibilité universelle pleine et entière.

En effet, pour une école pleinement inclusive, l'élève doit pouvoir évoluer dans un environnement adapté à ses besoins, aussi bien sur les temps de cours que sur les temps périscolaires. Or, les préconisations faites par la loi de 2005 et dans les rapports annuels de l'Observatoire National de la Sécurité et de l'Accessibilité des Établissements d'Enseignement ne sont pas encore effectives dans l'ensemble des établissements scolaires. Cette absence ou ce manque de locaux adaptés est l'une des raisons pour lesquelles il est difficile d'organiser des unités d'enseignements externalisés, consistant à implanter des classes issues des établissements médico-sociaux au sein d'une école, d'un collège ou d'un lycée.

Outre le bâti, l'aide humaine pour les enfants en situation de handicap est également une question centrale. La situation s'est en effet aggravée depuis quelques années car le nombre des accompagnements notifiés par la MDPH croît plus rapidement que le nombre des postes AESH correspondant. Nous constatons également que la communication entre la collectivité et l'établissement, par une information en temps réel sur les questions touchant à l'accessibilité, reste indispensable.

PROPOSITIONS

- Fixer un nombre d'heures d'enseignement obligatoire pour tous les enfants à besoins particuliers (12 heures hebdomadaire)
- Inscrire dans la loi l'obligation de mise à disposition des locaux pour les ESMS au sein des écoles, collèges et lycées en cas de création ou de réhabilitation
- Prévoir des enveloppes de financement spécifiques et transitoires pour accompagner la transition de l'offre
- Inscrire systématiquement les enfants dans leur école de référence (cf. inscription dans la base élèves)
- Organiser les partenariats institutionnels entre ARS et Éducation nationale par voie de convention dans toutes les régions pour piloter la coopération entre acteurs de terrain
- En lieu et place des AESH mutualisés, étudier l'affectation « d'acteurs d'accessibilité » au sein des dispositifs scolaires permettant de développer une logique prioritaire d'accessibilité universelle, avant d'envisager, si nécessaire, un accompagnement individuel dans le cadre de la compensation
- Valoriser le métier d'AESH qualifié à la hauteur des besoins des élèves
- Intégrer une formation sur l'école inclusive et les besoins des élèves en situation de handicap dans la formation initiale de tous les personnels de l'éducation (personnels de direction, enseignants, personnels d'orientation, coordonnateurs d'ULIS, d'administration...) quel que soit le ministère de rattachement, y compris pour les acteurs qui dépendent d'autres tutelles (ATSEM, animateurs ...)

Concevoir le numérique en santé au service du parcours et de l'autonomie des personnes

EXPOSÉ DES MOTIFS

A partir des propositions de l'Uniopss, les parlementaires ont inscrit à l'article 45 de la loi Santé de 2019 que « les données relatives à l'accueil et l'accompagnement assurés par les établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés à l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles » figureraient dans l'Espace numérique de Santé. La délégation ministérielle du numérique en santé a souhaité que l'année 2021 soit celle du citoyen et a mis la priorité sur cet espace numérique de santé, récemment renommé « Mon espace santé ». Chaque citoyen disposera ainsi en 2022, sauf opposition de sa part, de cet espace qui sera constitué de 4 briques : le Dossier médical partagé, la messagerie sécurisée de santé, l'agenda et un store d'applications. La place des données liées à l'accompagnement médico-social est encore peu définie, de même que les possibilités et règles d'accès des professionnels médicaux et non médicaux du secteur médico-social. Il faudra également veiller, dans la conception de l'Espace numérique de santé, à l'accessibilité de l'outil pour les personnes en situation de handicap et les personnes âgées.

Le Programme ESMS numérique a été inscrit en 2019 dans la feuille de route du virage numérique en santé. Son déploiement a effectivement démarré en 2021 par un premier appel à projet et sera suivi rapidement par d'autres. Le Programme est centré sur l'acquisition de solutions numériques sur le dossier usager informatisé ou leur mise en conformité par rapport aux objectifs fixés dans la feuille de route nationale.

Le déploiement de ces deux outils doit se faire dans la perspective d'une meilleure coordination entre les acteurs avec des règles claires de partage et d'échange d'informations mais aussi avec l'objectif d'utiliser l'outil numérique comme levier pour développer le pouvoir d'agir des personnes en situation de handicap et les personnes âgées.

L'Uniopss a fait plusieurs propositions relatives au numérique en santé et au secteur médico-social dans sa contribution à la trajectoire du numérique en santé adaptée au secteur médico-social (septembre 2020)², suite d'une première contribution à la doctrine en décembre 2019³ et a produit des réflexions dans un article intitulé « le numérique : un levier pour les parcours » dans l'ouvrage « Les associations réinventent l'innovation », publié par l'Union en janvier 2021⁴.

²http://expertise.uniopss.asso.fr/resources/trco/pdfs/2020/l_septembre_2020/Contribution_Uniopss_trajectoire_numerique_en_sante_secteur_medico_social.pdf

³http://expertise.uniopss.asso.fr/resources/trco/pdfs/2019/L_decembre_2019/Uniopss_Contribution_doctrine_numerique_en_sante_20.12.2019.pdf

⁴ <https://www.uniopss.asso.fr/actualites/nouvelle-publication-pour-valoriser-linnovation-associative>

PROPOSITIONS

- Définir la place des données de l'accompagnement médico-social dans l'Espace numérique de santé (cf. art 45 de la loi Santé 2019) et les règles d'échanges et de partage d'informations entre les professionnels, entre l'utilisateur et les professionnels, ainsi que la place des aidants
- Garantir l'information et l'accès de l'utilisateur aux données du dossier usager informatisé, élément central du Programme ESMS numérique

GOVERNANCE, PILOTAGE ET ARTICULATION DES POLITIQUES DE L'AUTONOMIE

Renforcer la gouvernance territoriale des politiques de l'autonomie

EXPOSÉ DES MOTIFS

L'enjeu est de créer les conditions qui permettent aux autorités de tarification et de contrôle sur chaque territoire de s'entendre sur la gouvernance et de convenir d'une méthodologie commune s'appuyant sur un diagnostic partagé, afin notamment de simplifier la gestion pour les acteurs de terrain et de prendre en compte les aspirations des personnes concernées.

À ce stade des réflexions, le réseau Uniopss estime qu'il serait intéressant de proposer sur les territoires (supra et infra départemental) une gouvernance renouvelée, qui sur le modèle du Conseil de la CNSA, intégrerait l'ensemble des parties prenantes : tant les gestionnaires du secteur médico-social social (dont les services à domicile) que les personnes accompagnées et/ou leurs représentants, et les autorités de tarification et de contrôle (ARS, conseil départemental).

Sur ce point, **les conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie**, renouvelées, associerait le champ du handicap en intégrant des personnes concernées, formées et dotées des moyens de leurs missions.

Cette future conférence des financeurs de l'autonomie pourrait se composer de la même manière que la conférence des financeurs actuelle, en y ajoutant un représentant de la Caisse d'Allocations Familiales (en charge souvent des politiques enfance et handicap), un représentant de la MDPH, ainsi qu'une représentation diverse des associations de personnes handicapées et de leurs familles, ainsi que des organismes gestionnaires de structures accompagnant les personnes (SAAD, SSIAD, autres services et établissements...).

Au-delà, il nous apparaît pertinent d'investir d'un réel pouvoir décisionnel l'ensemble des parties prenantes.

PROPOSITIONS

- Renover les conférences des financeurs pour la prévention de la perte d'autonomie et les reconnaître comme maillon de la gouvernance territoriale de la 5^e branche
- Renforcer la place des Conférences Régionales de la Santé et de l'Autonomie, et celle des conseils territoriaux de santé dans la gouvernance des politiques d'autonomie

Impulser une généralisation des Maisons Départementales de l'Autonomie (MDA)

EXPOSÉ DES MOTIFS

Dans une logique de convergence de politique de l'autonomie sur un sujet qui rejoint celui de la gouvernance, l'Uniopss souhaite qu'une nouvelle dynamique soit lancée pour promouvoir et déployer à plus grande échelle les MDA. La proximité des logiques d'intervention entre le champ des personnes âgées et le champ des personnes en situation de handicap concernant les dispositifs d'accès aux droits plaide en faveur du rapprochement effectif de l'organisation des services.

Cette nouvelle dynamique pourrait être lancée pour promouvoir et déployer à plus grande échelle les MDA s'il y a bien la suppression des barrières d'âge et la convergence de prestations (notamment la prestation autonomie universelle), en garantissant a minima les acquis de la PCH et en maintenant un statut de GIP pour une gouvernance tripartite, ainsi qu'en conservant des modalités d'évaluation spécifiques pour répondre au plus près aux besoins des personnes. La proximité des logiques d'intervention entre le champ des personnes âgées et le champ des personnes en situation de handicap concernant les dispositifs d'accès aux droits plaide en faveur du rapprochement effectif de l'organisation des services, en veillant à préserver les acquis en matière de politique du handicap.

PROPOSITION

- Généraliser les MDA et établir un cahier des charges unique

Créer un document unique de planification de l'offre dans le champ de l'autonomie

EXPOSÉ DES MOTIFS

La question de la cohérence des politiques publiques au niveau territorial est prégnante et une intégration des différents documents de planification pourrait être intéressante. Les schémas qui définissent, au niveau régional et départemental, les orientations des politiques publiques et la planification de l'offre dans le champ de l'autonomie, s'empilent et manquent de cohérence. En effet, les schémas départementaux de l'organisation médico-sociale ne sont pas nécessairement la déclinaison territoriale des schémas régionaux de santé, car les premiers relèvent des conseils départementaux et les seconds des agences régionales de santé.

Sur certains schémas régionaux de santé adoptés à l'été 2018, des conseils départementaux ont émis des avis défavorables, ce qui questionne la mise en œuvre des politiques publiques sur le champ de l'autonomie. Cette double compétence ARS-conseils départementaux, ainsi que ce manque d'intégration des orientations et des outils de la planification de l'offre, ne sont pas sans conséquence pour les acteurs de terrain. Il en est de même pour l'accompagnement et la prise en charge proposés aux personnes âgées et à leurs proches.

Demain, ces schémas devront aussi s'articuler avec les projets de santé des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé, les projets territoriaux de santé, et les projets des hôpitaux de proximité, dont on annonce – pour ces derniers – des missions gériatriques.

Plusieurs tentatives, plus ou moins fructueuses, ont cherché à instiguer une mise en cohérence entre la programmation de l'État, des ARS et celle des conseils départementaux.

Pour mémoire, le CASF prévoit des logiques de prise en compte croisées entre les différents outils programmatiques :

- Les présidents des conseils départementaux doivent établir leurs schémas en cohérence avec le Schéma Régional de Santé et après concertation avec la commission prévue au 2° de l'article [L. 1432-1](#) du Code de la santé publique (commission de coordination des politiques publiques L.312-5 du CASF).
- Du côté de l'ARS, le schéma régional de santé est « *établi et actualisé en cohérence avec les schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie arrêtés par les présidents de conseil départemental de la région et mentionnés à l'article [L. 312-5](#) du même code.* » (Article L.1434-3 du Code de la santé publique)

Dans les faits, ces tentatives de coordination s'avèrent peu effectives.

PROPOSITIONS

- Mettre en place un document unique d'orientation de politique publique et de planification de l'offre dans le champ de l'autonomie, commun aux agences régionales de santé et aux conseils départementaux, qui pourrait se décliner sur les territoires
- Transformer la commission de coordination des politiques publiques (CCPP)
- Associer les CRSA et CTS à l'élaboration du document unique d'orientation de politique publique et de planification

Assurer la lisibilité et l'articulation des coopérations au service du parcours

EXPOSÉ DES MOTIFS

Le vieillissement de la population, la multitude et la complexité des pathologies et des prises en charge dans une logique de virage ambulatoire, ainsi que la diversité des structures spécialisées, complexifient le paysage sanitaire, social et médico-social et diminuent sa lisibilité.

La problématique du parcours et du partage d'informations est cruciale lors de situations complexes faisant intervenir plusieurs champs de compétences. Tel est souvent le cas des parcours de personnes âgées⁵ et de personnes en situation de handicap.

L'objectif convergent de nombreux dispositifs et méthodes dédiés à la coopération, la coordination et l'intégration des acteurs, est de permettre à la personne accompagnée d'avoir un parcours personnalisé, graduable, coordonné, évitant les ruptures, et d'être actrice dans chacune des étapes de ce parcours.

L'attachement au principe de relations partenariales respectueuses des rôles de chacun et la recherche des meilleures articulations possibles sont souvent partagés. Cela se heurte régulièrement aux effets des cloisonnements sectoriels et institutionnels, des superpositions ou des carences dans le déploiement, le maillage, l'organisation, la gouvernance et le financement des structures et des espaces dédiés à la coordination et la coopération des acteurs.

Différents principes pourraient guider le législateur dans la recherche de gains d'efficacité, de meilleure lisibilité et de complémentarité des dispositifs et méthodes dédiés à la coopération et la coordination des acteurs : une structuration des partenariats et coopérations, appuyée par une méthode partagée, inscrite dans la durée et dans la proximité pour être cohérente avec les besoins d'un territoire ; une coresponsabilité et une co-construction avec les personnes concernées, un suivi et une évaluation permettant de réajuster les actions et de garantir l'équité territoriale.

PROPOSITIONS

- Impulser la cartographie et l'élaboration d'un plan global et opérationnel
- Donner une lisibilité aux dispositifs de coopération et de coordination transversaux ou spécifiques aux trois secteurs interdépendants (social, médico-social et sanitaire) qui accompagnent des personnes âgées et/ou en situation de handicap
- Garantir l'équité de traitement et l'équité territoriale par une méthode partagée - formaliser les modalités opérationnelles du partenariat ; vérifier que les actions développées répondent aux besoins des personnes
- Adapter les organisations institutionnelles au regard des ressources disponibles sur chaque territoire, pour que chacun prenne sa place - organiser la coordination, la communication, la transmission entre les intervenants par le prisme de l'intérêt supérieur pour la personne accompagnée ; organiser les échanges transversaux dans l'intérêt des personnes
- Respecter les référentiels de compétences des métiers pour déterminer les missions de chacun et chacune et ne pas organiser des glissements de tâches sur les uns pour soulager les autres

⁵ Livre blanc « Le parcours de la personne âgée fragilisée »

https://www.uriopss-pdl.fr/sites/default/files/article/fichiers/livreblanc_je_partenariale_12092019.pdf

- Considérer la charge inhérente au développement de l'offre sociale pour partager, mutualiser, déployer les moyens, les ressources, pour inciter à la créativité
- Concevoir un répertoire opérationnel des ressources intégrant, notamment, les coordonnées des dispositifs de coordination ; répertoire qui devra être accessible à l'ensemble des professionnels et acteurs mobilisés tout au long du parcours des personnes âgées et des personnes en situation de handicap

Articuler les dispositifs pour les personnes âgées et les personnes handicapées en situation de grande marginalité

EXPOSÉ DES MOTIFS

Si l'augmentation des personnes vieillissantes précaires et les difficultés rencontrées par les professionnels pour répondre à la singularité des besoins et modes de vie dans l'accompagnement sont constatés, des freins à l'accès à un accompagnement digne des personnes précaires en structures sociales et médico-sociales subsistent, de la perte d'autonomie jusqu'à la fin de vie : poids des représentations et des cultures professionnelles, barrières financières et/ou institutionnelles.

Pour améliorer la prise en charge des publics vieillissants en grande précarité, il est nécessaire de promouvoir un accueil et un accompagnement adapté au vieillissement prématuré et aux maladies chroniques chez les personnes en situation de précarité et de le décliner à travers différentes dimensions.

En termes de mixité sociale, il convient de trouver un équilibre entre des dispositifs adaptés et le retour vers le droit commun, sans créer de filière spécifique « précarité », tout en s'adaptant au parcours de la personne. Il est indispensable de communiquer auprès des acteurs, des familles et des usagers.

Pour une offre graduée d'accueil, la démarche de l'« Aller vers » permet de s'adapter à la personne, à sa réalité de vie et à son environnement (rural ou urbain, collectif ou non) et de l'accompagner dans l'élaboration d'un projet de vie et du retour vers le droit commun. Dans cette perspective, l'accueil doit être maintenu en cas de « fugues » et d'interruptions de séjours.

L'entrée en structure médico-sociale doit être précédée d'un travail sur un projet de vie adapté et élaboré avec la personne en fonction de sa situation et des problématiques de santé qu'elle peut rencontrer.

Une politique commune des acteurs de la santé, sanitaire et médico-social, et du social tant au niveau régional qu'au niveau territorial (organisation d'un accompagnement concerté de la personne, gestion d'une situation complexe) repose sur un enjeu de coordination des acteurs et est liée, au niveau des institutions, aux enjeux de pilotage et de gouvernance, ainsi que de financements partagés.

PROPOSITIONS

- Accompagner le déploiement de dispositifs « Interface » sur l'ensemble du territoire national
- Associer les partenaires institutionnels et les acteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires à la mise en œuvre du PRAPS, composant du PRS, et à la nouvelle gouvernance stratégique en région de lutte contre les inégalités de santé (mesure 27 du Ségur)

FINANCEMENTS ET RÉGULATION DE L'OFFRE

Reporter la date limite de signature des CPOM dits obligatoires

EXPOSÉ DES MOTIFS

Les établissements et services du secteur Personnes âgées (PA) et du secteur Personnes en situation de handicap (PH) doivent signer un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) sur la base d'une programmation arrêtée par la direction générale de l'ARS (DGARS) et le/la président.e du Conseil départemental (PCD), le cas échéant.

Ainsi, les structures PA/PH concernées devront-elles toutes avoir obligatoirement contractualisé avant le 31 décembre 2021 et ce, conformément aux articles L.313-12 (IV ter) et L.313-12-2 du CASF.

Notre réseau a déjà eu l'occasion d'alerter et de constater, à de nombreuses reprises, les éléments suivants - non exhaustifs :

- Difficultés à faire valoir les singularités des associations au sein des CPOM, dont le contenu est souvent uniformisé. Les autorités de tarification et de contrôle précisent, pour la plupart, qu'il n'a pas été possible de mener une concertation avec l'ensemble des structures concernées par cette réforme - au vu du nombre de contrat à signer et du délai contraint imposé ;
- Négociations partielles et dialogue de gestion souvent inexistant ou limité à une « discussion » autour d'indicateurs standardisés ;
- **Retards sur le calendrier de signature, laissant indubitablement penser que la date limite de contractualisation ne sera pas respectée.** En effet, en février 2020, soit juste avant la crise sanitaire, la DGCS relevait un « retard global important » dans la signature des CPOM, dans toutes les régions, à la fois sur les champs PA et PH. Malgré une amélioration du taux de signature annuel entre 2017 et 2018 (passé de 38 % à 51 %), à fin juin 2019, à mi-temps du calendrier prévu, environ 20 % des CPOM dans le secteur personnes âgées et 17,4 % dans le champ du handicap étaient signés. Il est à noter que ce retard affecte particulièrement les SSIAD et les SPASAD et notamment les SPASAD expérimentaux de la loi ASV, dont l'expérimentation est toujours en cours. La crise sanitaire que nous traversons actuellement a également profondément bouleversé le calendrier initialement prévu, de sorte que la signature des contrats en cours de négociation ou non-initiés ne semble plus prioritaire.

Ainsi, faute de disposer du temps nécessaire à faire des CPOM des outils en faveur d'une transformation de l'offre inclusive ambitieuse, concertée et éclairée, il apparaît préjudiciable de forcer les signatures à venir dans le seul objectif de respecter un calendrier initial qui ne correspond plus aux réalités de terrain.

Un délai supplémentaire nous semble devoir être accordé, afin de permettre aux associations gestionnaires, aux ARS et aux CD de bénéficier de tous les moyens nécessaires à la préparation, la négociation et la signature de CPOM à la hauteur des enjeux sectoriels - qui plus est dans une période aussi particulière.

PROPOSITION

- Reporter le calendrier initial de contractualisation et la date limite de signature des CPOM, jusqu'alors fixée au 31 décembre 2021

Revoir le financement des EHPAD

EXPOSÉ DES MOTIFS

La réforme du financement des EHPAD, entérinée par les décrets n°2016-1814 et n°2016-1815 du 21 décembre 2016, n'a pas encore produit tous ses effets et semble parfois seulement reconnaître des situations de sous-financement passées, plutôt qu'octroyer de nouveaux moyens.

Au sujet du GMP et du PMP, plusieurs défauts majeurs sont soulignés par les adhérents de notre réseau :

- **Ce sont des outils non dynamiques.** Il est prévu que le GMP et le PMP fassent l'objet d'une « coupe », une fois en début et une fois au milieu de chaque CPOM. Dans les faits, les coupes subissent énormément de retard et ne sont pas toujours réalisées. De plus, figer des financements pendant deux ans et demi s'avère aujourd'hui inadapté, dans la mesure où dorénavant, la durée moyenne de séjour oscille entre 5 mois et 3,3 ans (Source DREES Social) avec des évolutions (troubles cognitifs, typologie multi-pathologiques) qui peuvent être rapides, tout au long de la présence du résident. Dans la mesure où le dialogue de gestion est peu présent et n'aboutit pas sur des modifications de financements, cette photo figée au moment de la coupe semble préjudiciable au financement des établissements.
- **Ce sont des outils inégaux d'un point de vue territorial.** Ces équations tarifaires prennent en compte le point GIR Départemental. Pour rappel, en 2020, le point GIR Départemental se situait entre 6,10 € (Vienne) et 11,80 € (Guyane), pour une moyenne à 7,28 € (contre 7,05 € en 2017).
- **Des outils ne prenant pas en compte la préservation de l'autonomie.** En effet, les financements ne récompensent pas les établissements préservant l'autonomie du résident ou même l'améliorant ; bien au contraire, puisque ces financements diminuent si le GMP ou le PMP baissent.

PROPOSITIONS

- Calibrer les financements en fonction des ratios d'encadrement objectivés par le rapport de Myriam El Khomri
- En cas de dépassement du calendrier prévu (CPOM, coupes PATHOS et GMP notamment), obliger l'autorité de tarification à financer le tarif proposé par l'ESMS

Réformer les grilles AGGIR et PATHOS et en atténuer les effets tarifaires

EXPOSÉ DES MOTIFS

Les deux outils que sont la grille AGGIR et le PATHOS souffrent de multiples limites et effets pervers qui les rendent inadéquats (voire parfois contreproductifs), tant pour les moyens financiers générés que pour l'accompagnement prodigué aux personnes accompagnées.

La grille AGGIR est perfectible. En effet :

- L'évaluation de la cohérence et des problèmes d'orientation des personnes malades est insuffisante
- Elle ne permet pas d'apprécier l'environnement de la personne ni la dimension « vie sociale »
- Les missions de prévention ne sont pas valorisées
- L'identification des personnes atteintes par des difficultés intellectuelles psychiques et des démences s'avère problématique
- On note une absence de prise en compte de l'ensemble des variables. En effet, les « sept variables illustratives » n'entrent pas dans le calcul du GIR.

La grille Pathos est également perfectible. En effet :

- La non prise en compte des résidents hospitalisés le jour de la coupe (car « sortis » de l'établissement) est problématique alors qu'à leur retour, ceux-ci nécessitent un accompagnement parfois plus soutenu.
- Certains profils de soins chez un résident en « annulent » d'autres car ils sont prédominants, alors que son accompagnement est plus important.

La problématique principale est que ces grilles soient rattachées à la tarification et entraînent de fait des effets pervers voire contre-productifs. Cela peut avoir des conséquences sur la politique d'admission : refus d'admission si la prise en soins est trop importante et le PMP faible ou, a contrario, admission si la coupe PATHOS approche et que la charge en soins du résident est importante. La même remarque s'applique pour le GMP. Ainsi, ces grilles développent une part de subjectivité dans l'évaluation des personnes accompagnées et leur utilisation peut être détournée pour obtenir un meilleur financement.

Autre élément non négligeable : la situation de la personne âgée est très variable, si bien qu'une évaluation à un jour J peut ne pas être représentative de son autonomie habituelle ou de son besoin en soins (ex : sortie d'hospitalisation, entrée en EHPAD...).

Enfin, il est à noter un potentiel plafond préjudiciable aux marges de manœuvre à venir des EHPAD. En effet, une fois qu'un établissement a atteint un PMP et un GMP très élevé, il y a une probabilité importante pour qu'il devienne impossible à dépasser et finisse par baisser à l'occasion de la prochaine coupe. Cette situation risque mécaniquement de toucher tous les établissements et de mettre ces derniers en difficulté. Concrètement, l'amointrissement de ces moyens va générer une réduction de personnel, un recul de sa capacité d'innovation et une baisse de la qualité de l'accompagnement prodigué. Cette absence de perspective consécutive à un PATHOS/GMP qui ne peut plus augmenter risque fortement de grever la dynamique de l'établissement.

PROPOSITIONS

- Reprendre la proposition N°6 du « rapport Bonne » de 2018 : dans le calcul de la dotation globale de soins, substituer au PATHOS moyen pondéré un indicateur statistique susceptible de mieux traduire en équivalents temps plein les besoins thérapeutiques des résidents
- Réviser la grille AGGIR et la grille PATHOS selon les éléments développés ci-dessus
- Corréler en partie le financement des établissements aux besoins - besoins de soins, en y intégrant une dimension préventive, besoins d'autonomie, besoins de vie sociale - des personnes âgées
- Revoir les modalités de contestation de son PMP et de son GMP : actuellement, le code prévoit qu'en cas de désaccord entre le médecin de l'établissement et le médecin contrôleur, l'établissement a la possibilité de contester la décision devant la Commission régionale de coordination médicale (CRCM). La difficulté est que cette commission est composée de pairs (médecins) et est présidée par le médecin désigné par l'agence régionale de santé et vice-présidée par le médecin des services sociaux et médico-sociaux du département du ressort de l'établissement faisant l'objet du recours. (Art. R. 314-171-1 du CASF). Cette composition n'est pas de nature à permettre une analyse impartiale, la commission n'étant pas neutre vis-à-vis du médecin contrôleur. Le risque d'être « juge et partie » est manifeste.

Financer le secteur de l'aide à domicile

EXPOSÉ DES MOTIFS

Les premiers jalons du changement, posés par le **décret du 17 mai 2019**⁶ concernant la préfiguration du nouveau modèle de tarification des SAAD, dont le calendrier de mise en œuvre a été décalé suite à la crise Covid, **ne constituent en rien une réponse permettant de sécuriser ce secteur-clé**. Les premiers retours concernant les expérimentations sur les territoires en témoignent : difficultés liées à la signature des CPOM, budgets éloignés des besoins, baisse des tarifs de référence dans certains départements, manque de stratégie structurée pour établir les critères de sélection.

Ce modèle de préfiguration ne règle donc :

- Ni les problèmes de fond que sont la programmation et le pilotage de l'offre des services d'aide à domicile par les départements ;
- Ni les questions de reste à charge, de libertés tarifaires ou de problématiques de contractualisation rencontrées par les acteurs.

La crise sanitaire aura prouvé - si c'était encore nécessaire - le rôle fondamental des aides à domicile dans l'accompagnement des personnes fragiles. Ces professionnels ont été présents à la fois comme appui sanitaire, comme relai des sorties d'hospitalisation et sans doute, le plus important, comme rempart contre l'isolement.

Alors que la priorité affichée par le gouvernement est de permettre aux personnes en perte d'autonomie de pouvoir rester chez elles, les pouvoirs publics vont devoir apporter un soutien structurel à ce secteur clé qu'est l'aide à domicile.

Si le rapport Vachey explore les pistes de financement de la nouvelle branche « autonomie », il n'aborde que les financements nationaux. Or, concernant les prises en charge à domicile comme l'APA et la PCH, la part des financements départementaux est non seulement majoritaire (60 % pour l'APA et 70 % pour la PCH) mais déjà insuffisante car aboutissant à un sous-financement structurel des SAAD.

L'un des grands défis de la loi Grand âge et autonomie sera donc de prendre des mesures qui enfin permettront de sécuriser et de relancer ce secteur économique capital.

PROPOSITIONS

- Avoir un plan global, partagé et durable de soutien aux SAAD, en cohérence avec la création de la 5^e branche pour l'autonomie, l'approche inclusive en cours et la transformation de l'offre sociale et médico-sociale
- Prévoir un tarif de référence national plancher pour l'APA et la PCH
- Financer la mise en œuvre de l'avenant 43 de la BAD

⁶ Pour plus d'informations concernant la préfiguration du modèle tarifaire des SAAD, lire le chapitre « Régulation et tarification des ESSMS » du Document de rentrée sociale 2020 – 2021 de l'Uniopss

Associer les instances démocratiques territoriales aux autorisations de créations et de transformations hors procédure d'appels à projet

EXPOSÉ DES MOTIFS

La loi Hôpital Patients Santé Territoires (HPST) de 2009 a instauré la procédure d'appels à projet pour la création ou la transformation des établissements sociaux et médico-sociaux relevant du Code de l'action sociale. Ce changement de logique d'autorisation, présenté comme mieux-disant par le législateur, devait permettre :

- De mettre en concurrence les acteurs de façon loyale, sincère et équitable *via* une publication d'un cahier des charges ou la mise en place d'une commission de sélection représentative de l'ensemble des acteurs du secteur ;
- D'assurer une meilleure qualité de l'accueil et de l'accompagnement avec l'instauration d'indicateurs qualitatifs ;
- De répondre plus rapidement aux besoins et aux attentes des usagers, sans attendre une potentielle initiative d'un acteur de terrain ;
- De rendre publique les priorités des décideurs par l'élaboration de schémas et la publication d'un calendrier prévisionnel des appels à projet ;
- De permettre l'innovation et l'expérimentation avec des appels à projet spécifiques.
- De mettre le financement public du secteur médico-social en conformité avec la réglementation européenne sur les aides d'état

Déjà en 2009, le réseau Uriopss/Uniopss, sans être contre cette procédure lorsque des besoins étaient non couverts, dénonçait cette démarche très dirigiste et descendante, qui alourdissait le processus d'autorisation et allait à l'encontre de ce qui a fait la force du secteur social et médico-social. Dix ans après, cette réponse, présentée comme moderne et innovante, a été très largement amendée par des textes de droit successifs.

Parallèlement, les autorités utilisent de plus en plus d'autres outils, jugés plus souples ou plus rapides, mais beaucoup moins transparents et démocratiques tels que les appels à candidatures et les appels à manifestation d'intérêt. Ainsi, aujourd'hui, la procédure d'appels à projet qui devait être la règle pour la création ou l'extension d'établissements et services sociaux et médico-sociaux, dévient, en pratique, l'exception. Les nouvelles autorisations et les transformations se font régulièrement sans lisibilité, transparence ou débat et ne semblent n'être qu'à la seule discrétion des autorités. A noter que les commissions de sélection ne sont globalement jamais informées des réorganisations de l'offre en cours via CPOM, contrairement à ce que prévoyait le législateur.

PROPOSITIONS

Le réseau Uniopss-Uriopss affirme de nouveau que la procédure d'appel à projet n'est pas adaptée à notre secteur, sauf lorsqu'un besoin n'est pas satisfait. En revanche, il souhaite que les principes d'équité, de loyauté et de transparence soient respectés, dans le cadre d'un débat démocratique, représentant l'ensemble des parties prenantes du secteur (autorités, représentants d'utilisateurs et de gestionnaires, personnes qualifiées).

L'information des commissions de sélection et d'information des appels à projet ne semble pas être opérante car trop lourde administrativement à organiser. Les instances démocratiques sectorielles (CRSA, CDCA, observatoires de la protection de l'enfance) pourraient être associées au processus de création et de transformation (a minima être informées des créations et transformations, ainsi que des indicateurs définis par les autorités).

De plus le réseau Uniopss-Uriopss souhaite rappeler que cette procédure n'est pas un outil de planification et ne doit pas être utilisée pour réorganiser l'offre existante mais pour répondre en premier lieu à des besoins identifiés.

Élargir et sécuriser les financements CNSA des conférences des financeurs pour la mise en place d'actions de prévention individuelle

EXPOSÉ DES MOTIFS

La loi Adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015 a affirmé la nécessité de renforcer les actions de prévention et de repérage des fragilités des personnes âgées. Deux mesures illustrent particulièrement cet engagement : l'expérimentation des SPASAD (services polyvalents et de soins à domicile) et la création des conférences des financeurs.

Avec l'adoption de cette loi, le législateur a souhaité innover en finançant, *via* la conférence des financeurs, aux SPASAD expérimentateurs, la mise en place d'actions individuelles de prévention et de repérage des fragilités auprès de leurs usagers. Cette possibilité offerte est intéressante à plusieurs niveaux :

- Elle permet de rendre effectif le repérage des fragilités et le déploiement d'actions en s'appuyant sur les acteurs traditionnels du domicile, en contact au quotidien avec les personnes vulnérables ;
- Elle valorise les efforts des services en termes de prévention, notamment *via* la formation de leurs intervenants à domicile et des actions spécifiques pouvant être mises en place, en particulier auprès des personnes en GIR 4 à 6 ;
- Elle contribue à l'attractivité des métiers du domicile en diversifiant leurs champs d'action, leurs activités et leurs compétences.

Cinq ans après le lancement des programmes de prévention des conférences des financeurs, le déploiement des actions individuelles de prévention portées par des SPASAD semble au point mort (en 2017, dernières données disponibles, elles ne représentaient que 0,93 % des financements – source CNSA). Ce constat peut s'expliquer par deux facteurs principaux :

- Le déploiement de l'expérimentation SPASAD est inégal sur les territoires, certains conseils départementaux ne souhaitant pas cofinancer les dépenses d'ingénierie nécessaires ;
- Les financements sont annuels et freinent les services dans le montage de leur projet (impossibilité de recrutement, frilosité pour investir dans de la formation, peur du « stop and go », etc.).

PROPOSITIONS

- Ouvrir les financements de la conférence des financeurs aux SAAD pour le déploiement des actions de prévention individuelle, afin de garantir une égalité territoriale ;
- Rendre les financements de la conférence des financeurs pour le déploiement d'actions de prévention individuelle pluriannuels afin de sécuriser les porteurs de projets.

Gérer les absences et la liberté d'aller et venir

EXPOSÉ DES MOTIFS

Près de 15 ans après les lois du 2 janvier 2002, du 4 mars 2002 et du 11 février 2005, notre réseau continue de revendiquer avec force l'effectivité de la mise en œuvre des droits individuels consacrés par ces textes. Parmi ces droits et libertés, la liberté d'aller et venir est une composante essentielle de la vie des personnes, et constitue un levier incontournable au service d'une politique destinée à renforcer l'inclusion des personnes accueillies.

Aujourd'hui, **l'un des premiers vecteurs de restriction de cette liberté réside dans les carences et la confusion de la réglementation relative à la prise en compte des jours d'absence en établissement** sous compétence départementale.

Les personnes hébergées en établissement - foyers d'hébergement pour travailleurs d'ESAT, foyers de vie, foyers d'accueil médicalisés (FAM), etc. - sont naturellement amenées à s'absenter de ces derniers lors de week-ends, retours en famille, vacances, hospitalisation... Autant de situations quotidiennes et de motifs légitimes qui soulèvent pourtant de grandes difficultés pour les personnes accompagnées. En effet, cette question de la prise en compte des absences est laissée à l'entière discrétion des conseils départementaux. Ces derniers, au travers de leur règlement départemental d'aide sociale (RDAS), arrêtent les dispositions qu'ils souhaitent, tant sur le nombre de jours d'absence autorisés que sur l'exonération ou non des personnes du paiement de leur contribution aux frais d'entretien et d'hébergement en établissement durant ces jours d'absence.

De manière très concrète, nous sommes confrontés à une très forte hétérogénéité des pratiques sur le territoire : certains départements fixent une limite annuelle de 35 jours d'absence qui s'ajoutent aux week-ends et jours fériés ; d'autres établissent un nombre de jours d'absence plus élevé mais excluent les week-ends et jours fériés ; d'autres, au contraire, limitent la possibilité de s'absenter à 35 jours maximum, et font obstacle aux absences les fins de semaines ; d'autres encore n'abordent même pas la question des absences en établissement.

De plus, dans les cas de dépassements du nombre de jours d'absence autorisés : certains RDAS prévoient le paiement par l'usager de l'intégralité du prix de journée pour les absences « non autorisées », d'autres vont jusqu'à suspendre les personnes du bénéfice de l'aide sociale et à leur faire payer l'intégralité du prix de journée pour le reste de la durée de leur accueil dans l'établissement...

Pour des personnes dont les ressources dépassent rarement le seuil de pauvreté, de telles pratiques et modes de pressions sont graves et ne peuvent plus perdurer. L'hétérogénéité de ce système comme l'obsolescence de la législation sont sources d'inacceptables discriminations et disparités pour les personnes en situation de handicap et leurs familles. Ces pratiques constituent aujourd'hui un frein important à la liberté d'aller et venir des personnes accueillies.

Se pose également, de manière connexe, la question du financement des établissements pendant les absences des personnes accueillies. Question à laquelle les lacunes législatives ou réglementaires et l'absence de lien entre les différents textes du Code de l'action sociale et des familles ne permet en aucun cas de répondre.

On observe en effet, dans les textes, une déconnexion totale entre :

1. La facturation du prix de journée par l'établissement
2. Les conditions dans lesquelles les bénéficiaires de l'aide sociale doivent contribuer aux frais de leur accueil pendant leurs absences
3. Le financement de l'établissement par le conseil départemental

PROPOSITION

- Etablir des dispositions communes, justes et lisibles au nom de l'équité de traitement, du respect des projets de vie des personnes et pour une société inclusive

Harmoniser les règlements départementaux d'aide sociale (RDAS)

EXPOSÉ DES MOTIFS

La loi prévoit que le Département adopte un règlement départemental d'aide sociale qui définit les règles selon lesquelles sont accordées les prestations légales à la charge du Département. Ce texte précise les conditions d'octroi des prestations, les modalités de versement et de récupérations. On y trouve les dispositions relatives à la protection maternelle et infantile, au soutien à la parentalité et la protection de l'enfance, à l'inclusion sociale, aux personnes défavorisées, aux personnes en situation de handicap et aux personnes âgées. Le règlement d'aide sociale est un acte réglementaire qui sert de base juridique aux décisions individuelles.

Il s'agit donc d'un document de référence pour les conditions d'attribution de toutes les prestations sociales du Département. Il doit s'imposer à tous, à la fois comme référence du cadre légal de l'aide départementale et comme un guide pratique, en soutien de l'exercice des professionnels ou pour éclairer les personnes bénéficiant d'une aide sociale départementale. Néanmoins, l'hétérogénéité des règlements, voire leur absence, ne favorise pas l'équité territoriale en matière d'accès aux droits des personnes. Un meilleur encadrement des pratiques est nécessaire.

PROPOSITIONS

- Proposer une mission IGAS sur les règlements départementaux d'aide sociale
- Mener une concertation avec les représentants des Départements, pilotée par la CNSA
- Saisir pour avis les CDCA sur le RDAS qui les concerne
- Créer une commission de recours amiable pour les ESMS

INNOVATION, ÉVOLUTION ET DIVERSIFICATION DE L'OFFRE

Améliorer le statut de l'accueillant familial pour une meilleure reconnaissance

EXPOSE DES MOTIFS

L'accueil familial consiste à accueillir à son domicile, à titre onéreux, des personnes âgées ou des personnes handicapées adultes. Ce dispositif existe depuis 1989 et représente environ 10 000 accueillants familiaux qui accueillent environ 15 000 personnes, dont 54 % de personnes en situation de handicap⁷. **L'Uniopss constate que le dispositif d'accueillant familial reste confidentiel. Pour le rendre attractif et apporter de meilleures garanties pour les personnes en situation de handicap, les personnes âgées et leur famille mais aussi pour les départements, l'Uniopss propose plusieurs leviers.**

PROPOSITIONS

- Mieux organiser la formation professionnelle des accueillants, qui reste relativement sommaire, non qualifiante, sans validation officielle des acquis, par une meilleure prise en charge
- Amender le dispositif juridique par une amélioration du statut des accueillants et pour une meilleure reconnaissance de leur place
- Préciser les critères menant à l'obtention de l'agrément par la mise en place d'une grille objectivée des compétences nécessaires
- Prévoir des temps d'échanges entre pairs, accueillants familiaux
- Prévoir la coordination des remplaçants
- Recueillir la parole et le niveau de satisfaction des personnes accueillies à chaque départ
- Prévoir une réforme du rôle de tiers régulateur, pourtant prévu par le CASF mais dans les faits, sous-utilisé

⁷ <https://www.ifrep.fr/>

Penser l'architecture comme un moyen indispensable d'assurer l'existence et l'épanouissement de la vie sociale en établissement

EXPOSÉ DES MOTIFS

« Dis-moi où tu habites, je te dirais qui tu es », cette expression populaire, pleine de sens souligne bien le corolaire entre son habitat et son mode de vie, ses souhaits, ses besoins...

Plus particulièrement, l'optimisation de l'espace dans les établissements sociaux et médicosociaux au motif d'une meilleure organisation, d'impératifs sécuritaires et de contraintes financières conduit à une standardisation des modèles architecturaux, laissant peu de place à l'innovation et à l'expression identitaire des personnes. A cet égard, les EHPAD cristallisent les reproches. Malgré la bonne volonté des parties prenantes, la décoration, la musique dans les couloirs, l'accueil de qualité, le constat est que les personnes vivant dans ces établissements ne se sentent pas réellement chez elles, tout simplement parce que leur espace ressemble peu à un domicile privé et n'assure pas le sentiment de sécurité, d'intimité et de valorisation, de soutien à l'identité propre à chacun.

Pourtant, au-delà du simple hébergement, ces lieux constituent bien le lieu de vie des résidents, auxquels il convient de donner la possibilité de bien s'y trouver.

PROPOSITIONS

- Repenser le modèle :
 - pour questionner aux plans éthique, réglementaire et sécuritaire, au regard de différents travaux et d'études comparatives à l'international, le sens de la concentration de personnes fragiles dans un établissement (expérimentation de villages avec deux tiers de résidents par maisons et un espace extérieur individuel avec un bloc de services « à disposition » (dispositifs innovants au soutien à la vie au domicile, MARPA, PUV...);
 - pour concevoir en synergie (résidents, professionnels du secteur, architectes, etc.), et dans une perspective « développement durable » et en lien avec le CPOM, des projets d'établissements et de services et des projets architecturaux, décoratifs et paysagistes pour une ambiance « comme à la maison » pour les résidents, des locaux accueillants et reposants pour les professionnels ;
 - pour s'approcher du domicile, en proposant des chambres plus grandes permettant aux résidents d'apporter davantage d'effets personnels, un grand lit pour avoir plus de confort et pouvoir accueillir des couples, éviter les grands couloirs aseptisés, rappelant le monde hospitalier ; un décret pourrait prévoir la superficie minimale des surfaces domiciliaires et le nombre de chambres par couloir / étage à respecter, tant dans les nouvelles constructions que dans les bâtiments à rénover ou à réhabiliter ;
 - pour ouvrir l'établissement sur l'extérieur, en lien avec les communes, évitant ainsi la « ghettoïsation », grâce à des locaux - par exemple en créant un tiers lieu tels une crèche ou un centre aéré - et à des activités partagées tels le repas des aînés, des animations avec les personnes âgées du domicile.

- Revoir la responsabilité liée à la sécurité dans les établissements et arbitrer les questions des normes applicables (ERP) et de la prise de risque au regard de la liberté des personnes
- Réfléchir l'espace et associer les résidents ou leurs représentants, ainsi que les professionnels à cette réflexion :
 - pour que les professionnels aient la place d'agir sans que cela n'empiète sur le confort des résidents ;
 - pour offrir des lieux de cuisine, de restauration, de réception et de repos, des espaces verts et des jardins au résident, avec ou sans ses proches (petites unités de vie), en permettant leur accessibilité (au sens de l'accessibilité universelle) effective des personnes aux activités du quotidien en toute autonomie ;
 - pour créer des chambres « invités » à tarif réduit et un forfait de jours gratuit pour les admissions et les situations de fin de vie (à intégrer dans le CPOM) ;
 - pour penser des lieux accueillants et reposant pour les professionnels.
- Repenser les pratiques professionnelles à partir des pratiques du domicile (tenue civile, pas de chariot de soins, pas de chariot de médicaments, rangement du matériel des professionnels dans des espaces dédiés rapprochés les uns des autres pour une utilisation optimisée - à inclure dans les formations)
- Réfléchir l'espace pour que les professionnels aient la place d'agir sans que cela n'empiète pas sur leur confort et leur sécurité, ni sur le confort et la sécurité des résidents
- Sensibiliser la DGCS, les agences régionales de santé, les conseils départementaux et les structures sur ce thème, avec un accompagnement *via* le CPOM et la création de RBPP en la matière, par exemple sur la qualité de vie dans les EHPAD et faire financer les campagnes de sensibilisation par la CNSA
- Soutenir la télémédecine et lever les freins nombreux existants dans ce domaine : fracture numérique, formation du personnel, temps de personnel dédié
- Faire évoluer l'offre vers la future offre d'accompagnement à l'autonomie, en recherchant un service à mi-chemin entre le « tout domicile » et le « tout institution » (EHPAD hors les murs), une offre globale et un droit au parcours assuré

Développer les aides techniques via l'économie sociale et solidaire

EXPOSÉ DES MOTIFS

Les aides techniques sont des produits spécifiquement conçus et commercialisés pour l'autonomie des personnes en situation de handicap et des personnes âgées et pour des équipements grand public.

Pour Philippe Denormandie et Cécile Chevallier, auteurs d'un rapport publié en octobre 2020, il est nécessaire aujourd'hui de passer d'une logique d'accès à un produit à une logique d'accompagnement et d'usage, afin de répondre aux souhaits et aux besoins de la personne pour préserver au mieux son autonomie, mais également d'aller vers un usage émancipateur des aides techniques et non uniquement compensateur : l'aide technique doit être pensée comme la base de l'autonomie.

Le réseau Uniopss soutient pleinement cette vision et souhaite ainsi que la loi Grand âge et autonomie soit une véritable occasion pour porter cette réforme de fond sur ce sujet essentiel dans l'accompagnement de l'aide à l'autonomie des personnes. En effet, nous constatons que la question de la pluralité des financeurs et des distorsions de traitement en fonction de critères (âge, public, localisation géographique...) est une fois de plus mise en exergue par ce rapport. La question de la barrière d'âge également et de ces incidences sur les aides effectivement mobilisables demeure une iniquité que le réseau Uniopss-Uriopss dénonce et continuera de dénoncer tant que celle-ci demeurera (*cf. fiche sur l'abrogation de la barrière d'âge des 60 ans*)

Alors que l'ensemble des financements des aides techniques a vocation à être transféré à la branche autonomie, le réseau sera attentif à ce que les nouveaux circuits de financement des aides techniques respectent des critères exigeants en matière de sécurité, d'égalité de traitement sur le territoire et de limitation des restes à charge.

Une meilleure organisation permettra aussi de développer un marché des aides techniques d'occasion accessible pour tous, tout en s'inscrivant dans les principes de l'économie circulaire et de l'économie sociale et solidaire.

En effet, l'ESS est un véritable secteur créateur de richesses et d'emplois, dont les associations sont un des principaux acteurs. Les entreprises de l'ESS, dont le projet consiste à offrir des produits ou des services répondant soit à des besoins sociaux non ou mal satisfaits, que ce soit dans les conditions actuelles du marché ou dans le cadre des politiques publiques, soit à des besoins sociaux pour une forme innovante d'entreprise, pour un processus innovant d'organisation du travail, sont considérées comme réalisant de l'innovation sociale. Et en ce sens, il est nécessaire que des financements publics soient prévus pour accompagner l'innovation sociale concernant les aides techniques, permettant de développer des partenariats entre acteurs de l'ESS.

PROPOSITION

- Développer une filière de réemploi des aides techniques pour permettre la mise à disposition d'aides techniques à moindre coûts, en garantissant la qualité et en personnalisant ces aides techniques pour qu'elles s'adaptent parfaitement à leur nouvel usager. Cette filière permettra de contribuer à la diminution de l'émission de CO2 liée à la production et au traitement de fin de vie des aides techniques. Elle pourrait être créatrice d'emplois, notamment pour les personnes en situation de handicap ou en insertion par l'activité économique.

ATTRACTIVITÉ DES MÉTIERS ET FORMATION

Rendre attractives et revaloriser les carrières des secteurs social, médico-social et de la santé

EXPOSÉ DES MOTIFS

Les différences de traitement entre les secteurs sur la prime Covid et les mesures de revalorisations salariales du Ségur de la Santé sont venues conforter et même amplifier des distorsions au sein du secteur médico-social lui-même (entre le secteur personnes âgées, celui des personnes en situation de handicap et le secteur de l'aide et des soins à domicile), mais aussi avec le secteur de la santé et celui du social ; sans compter entre les établissements et services publics et ceux du secteur privé non lucratif. Pourtant, ces professionnels exercent les mêmes métiers et disposent des mêmes formations. Il y a donc une incompréhension grandissante sur les inégalités salariales de la part des professionnels, alors que seuls les lieux d'exercices diffèrent : à titre d'exemple, un infirmier peut exercer à l'hôpital, en EHPAD, dans un centre de soins infirmiers ou dans un SSIAD ; un travailleur social peut exercer à l'hôpital, dans un centre d'hébergement et de réinsertion sociale ou un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie, ou encore dans une structure de la protection de l'enfance.

Les problématiques de vulnérabilité liées à l'âge et à l'autonomie étant susceptibles de donner lieu au déploiement d'accompagnements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, les mesures concernant l'attractivité et la revalorisation des carrières devront donc s'inscrire dans une approche globale et concerner l'ensemble des professionnels, qu'ils agissent dans le secteur sanitaire, social ou médico-social.

Alors qu'il y a un besoin urgent de recrutements de professionnels de terrain dans l'éducatif, l'assistance sociale, la santé, l'accompagnement et le soin au domicile et en établissements, les associations gestionnaires observent des phénomènes de fuite de professionnels d'un secteur à un autre et à un inquiétant risque de pénurie. Ces secteurs sous-valorisés sont sinistrés et font face à un *turn-over* important. À cela, s'ajoute un fort épuisement des professionnels, renforcé par la crise sanitaire, qui perdure, et un manque d'attractivité généralisé. Ces difficultés en matière de ressources humaines impactent la continuité et la qualité des accompagnements et les prises en charge des personnes particulièrement fragiles et vulnérables.

Par ailleurs, lors du premier confinement, une partie des personnels des hôpitaux a été valorisée, applaudie par les pouvoirs publics et l'opinion publique. Les professionnels hors hôpitaux, eux aussi, ont continué à travailler, à renforcer la qualité de leur accompagnement à domicile, pour aider à désengorger les hôpitaux. La reconnaissance de l'État n'est pas à la hauteur de l'action engagée de tous ces professionnels et ce manque de considération de la part des institutions, ainsi que l'absence de visibilité de leur action, cumulés aux inégalités de traitement et de revalorisation salariaux, sont venus mettre à mal un peu plus leur identité professionnelle et leur place dans la société. Or, ces professionnels ont choisi ce métier pour le relationnel, le sens, la solidarité et l'utilité sociale envers les personnes les plus vulnérables. Aujourd'hui, alors que l'on a tant besoin de leurs compétences, dans un contexte de pénurie de main d'œuvre mais également d'étudiants, certains professionnels font le choix de quitter leur métier ou d'aller l'exercer dans un autre secteur, mieux valorisé.

Les difficultés de recrutement, actuellement constatées, mettent en danger les associations et cet échec à rendre plus attractives certaines catégories de métiers nécessite donc de se poser des

questions de fond. Il n'est pas possible de dissocier l'attractivité de la revalorisation salariale, c'est un des aspects centraux du sujet (dans l'aide à domicile : les salaires sont plus bas que la moyenne nationale, avec une majorité de temps partiel et 90 % de femmes). Mais d'autres critères sont à faire évoluer. Les défis à relever, non seulement pour accroître l'attractivité des métiers de ce secteur mais aussi pour assurer des réponses de qualité dans tout le champ du « care » et celui du « cure » concernent également le soutien des démarches de qualité de vie au travail, l'adaptation du domicile des personnes pour éviter les accidents du travail, l'élargissement des opportunités de progression de carrières, la reconnaissance des formations et des technicités... Il convient de soutenir une image plus positive afin d'éviter les orientations par défaut et permettre plus de mixité, affirmer l'idéal de société inclusive pour donner du sens à l'engagement et faciliter les initiatives innovantes...

PROPOSITIONS

- Prendre en compte la transversalité des métiers du secteur sanitaire, social et médico-social et proposer un plan opérationnel global et territorialisé de revalorisation et d'attractivité des métiers de ces trois secteurs interdépendants par une approche globale, concertée et complémentaire entre les acteurs et institutions ressources au sein des territoires
- Accompagner le développement de nos secteurs par une politique globale visant à rendre attractifs les acteurs de l'action sociale et de la santé, mais aussi les territoires dans lesquels ils se situent (dont les territoires ruraux), ce qui constitue un réel enjeu pour l'avenir des associations ainsi que pour les personnes qu'elles accompagnent
- Favoriser la coopération sur les territoires ruraux entre départements limitrophes afin d'améliorer l'attractivité territoriale des emplois du secteur (pour assurer une meilleure couverture territoriale des besoins d'accompagnement) ; Ex : création d'emplois partagés de qualité attractifs (CDI temps plein - sur les métiers en tension notamment)
- Promouvoir la valeur, l'utilité sociale et le sens de l'engagement auprès des personnes vulnérables en perte d'autonomie, notamment par la sensibilisation des citoyens, et rendre ces métiers plus attractifs, d'une part en valorisant les publics accompagnés par ces professionnels pour combattre l'image négative du vieillissement et du handicap dans la société, et d'autre part en intégrant pleinement les ESMS dans leurs territoires d'implantation, en les ouvrant véritablement et en y appliquant des règles de droit commun
- Reconnaître et valoriser les métiers et les formations
- Améliorer la qualité de vie des professionnels : horaires de travail, équilibre vie privée/vie professionnelle, mobilité géographique, lieu d'exercice adapté, prévention des risques, déploiement d'un accueil, intégration et facilitation d'hébergement des professionnels, ou d'emploi pour le conjoint
- Agir sur la mixité des métiers - secteurs en grande majorité féminisés (sauf au niveau des gouvernances) : besoin de plus de sensibilisation et d'éducation scolaire et populaire sur l'intérêt de ces métiers, les valoriser (*voir argumentaires plus haut*), mieux les rémunérer, moins de temps partiels, etc.
- Renforcer et structurer des perspectives d'évolutions professionnelles par des passerelles facilitées entre les formations, les métiers et les secteurs
- Reconnaître les vocations et les compétences par une approche managériale adaptée, et développer un processus pour permettre aux encadrants de reconnaître et valoriser toutes les tâches opérées à l'occasion de la réalisation du travail, et de les valider pour booster la promotion et la qualification
- Valoriser, dans la communication, l'intérêt des missions ainsi que, plus généralement, l'utilité du secteur pour la société et sa contribution à l'économie sociale et solidaire locale et nationale, ainsi que le désir d'engagement des professionnels

Promouvoir la qualité de vie au travail en faveur de l'attractivité

EXPOSÉ DES MOTIFS

Défaut d'attractivité des emplois, difficultés à fidéliser les professionnels, médiatisation des situations de travail pénibles et de leurs conséquences sur la qualité des accompagnements, nécessité d'adapter les compétences aux exigences de la transformation de l'offre d'accompagnement... Face aux mutations et défis auxquels sont confrontés les associations SMSS, il est devenu indispensable de mobiliser tous les leviers disponibles pour les accompagner dans leurs évolutions. L'environnement de travail des professionnels de ces structures constitue en effet un élément pour favoriser la qualité de l'accompagnement des personnes accueillies et accompagnées et contribuer à la promotion de la bientraitance. Promouvoir et travailler sur la QVT dans les ESSMS est ainsi devenu un enjeu social et sociétal de première importance pour apporter des améliorations, à la fois dans l'intérêt des salariés, des organisations et des personnes concernées. La QVT est déterminée par l'utilité du travail, les relations avec les usagers, le soutien managérial, les possibilités d'échanges sur le travail et plus largement la capacité à agir sur son travail.

Pour les salariés, travailler au sein d'une structure pour laquelle la QVT est prioritaire permet, entre autres, de développer un sentiment d'appartenance plus fort des professionnels, de donner du sens au projet associatif, de mettre en place une organisation quotidienne prenant en compte la conciliation entre vie professionnelle et vie personnelle, de réduire le stress et les troubles musculo-squelettiques, d'influer sur la qualité d'accompagnement, de diminuer le *turn over* et l'absentéisme de salariés, ainsi que les problèmes de recrutement.

- Une gouvernance participative permet d'améliorer la mobilisation et la participation des acteurs, tout en engageant une nouvelle dynamique, mais en ne visant pas une modélisation rigide ou une normalisation systématique. Il est ainsi nécessaire, pour chaque institution, de travailler sa singularité et de réfléchir aux modalités de participation adaptée, en permettant aux professionnels, mais aussi aux personnes accompagnées, à leurs proches-aidants et aux bénévoles de construire le projet des ESSMS dans lesquels ils vivent, travaillent... et en les associant à l'organisation, entre autres des accompagnements.
- Une démarche de QVT, de RSE : le développement des temps d'analyse de pratique, de réflexion éthique est à encourager pour l'ensemble des ESSMS en tant que pourvoyeur de sens, d'appui au développement d'une dynamique de groupe...
- Un projet associatif directeur et connu : définir et poser le projet de l'association, est un acte directeur et structurant. Les valeurs socle sont un fondement pour poser des conceptions de sens du travail. Mais il est indispensable d'appliquer ces valeurs en interne. Beaucoup d'évolutions peuvent, en effet, être constatées : évolution de la conception du travail (faire toujours plus et donc plus vite, et justifier constamment), massification de la pauvreté, fragilités psychologiques aux causes multiples, évolution des publics et de leurs attentes, déstabilisation des valeurs (ex : radicalisation...). D'où un questionnement, pour les professionnels, sur le sens de leur engagement... Il est nécessaire de renforcer le sentiment d'appartenance à un collectif construit autour d'un projet structurant basé sur des valeurs. Projet à construire collectivement avec les parties prenantes à partir des valeurs exposées et connues.
- La place des personnes accompagnées : la personne n'est plus un usager mais une partie prenante. Et cela suppose de travailler autrement, avec des aidants, des bénévoles, et avec les personnes elles-mêmes. La logique d'inclusion et d'*empowerment* suppose aussi de tabler sur une relation différente avec la personne accompagnée : mais il faut laisser du temps aux professionnels.

- Il est nécessaire de reconnaître : que la « performance » de l'action associative sanitaire sociale et médico-sociale repose essentiellement sur le niveau de qualité de vie au travail et donc d'engagement des professionnels qui en sont les acteurs ; que, quel que soit leur niveau de qualification, il est essentiel de reconnaître tous ces professionnels comme des experts de leur métier, nécessaires au bien être sociétal.

PROPOSITIONS

- Soutenir financièrement des démarches de QVT dans les associations
- Alléger les modes de contrôle, à faire évoluer, à assouplir (y compris le contrôle des salariés par le reporting) : le premier confinement a montré que les accompagnements s'étaient faits avec moins de contraintes administratives (moins de reporting signifie plus de temps pour chaque accompagnement et donc plus de qualité relationnelle, plus d'humain, plus d'allers vers amenant à plus de sens du travail et plus d'engagement)
- Compléter les démarches de QVT par une réelle politique de soutien aux conditions d'emploi dans le secteur social, médico-social et santé pour tous les professionnels et de soutien aux managers (directeurs et cadres) dans leur mission de management, d'accompagnement et de conduite du changement
- Financer des temps d'expression des équipes (espaces de discussion entre décideurs, concepteurs et acteurs du travail / incluant l'aide à domicile) sur leur travail, afin de reconnaître leur capacité à agir et à ajuster les conditions de réalisations concrètes de leur travail.

Lutter contre la sinistralité et l'absentéisme

EXPOSÉ DES MOTIFS

Le secteur médico-social, social et sanitaire a connu de profondes mutations ces 15 dernières années. Celles-ci ont aujourd'hui un impact direct sur la qualité de vie au travail ressentie par les professionnels et, par conséquent, sur la qualité de l'accompagnement proposé aux personnes accueillies.

Les professionnels de ces établissements doivent faire face à plusieurs phénomènes qui entraînent une complexité accrue de l'exercice de leurs métiers : alourdissement de la charge en soins des personnes accueillies, participation et attentes plus importantes des personnes accompagnées et de leurs familles, recomposition du paysage sanitaire et médico-social et développement des prises en charge.

Dans ce contexte, on observe une évolution très défavorable de plusieurs indicateurs : augmentation de l'absentéisme et du taux de sinistralité (accidents du travail et maladies professionnelles), ainsi que des troubles musculo-squelettiques (TMS), l'une des principales causes d'arrêt de travail et d'inaptitude médicale de salariés.

Pour rappel, les facteurs de risques des TMS regroupent les facteurs biomécaniques (répétition, effort excessif, travail statique, posture contraignante) mais également les facteurs psychosociaux (stress, charge mentale de la tâche, manque d'autonomie, impression de ne pas être apprécié à sa juste valeur).

En France, le secteur médico-social occupe la première place en termes d'affections psychiques, troubles musculo-squelettiques, accidents du travail. En cause : les conditions et la surcharge de travail, les évolutions réglementaires permanentes. Une situation qui dure et perdure.

De plus, l'inaptitude professionnelle (l'incapacité de certains salariés à occuper leur poste pour des raisons médicales) s'est nettement développée dans la branche sanitaire, sociale et médico-sociale et les pathologies sont très variées

Enfin, les nombreuses mutations vécues dans le secteur social et médico-social s'expriment par une augmentation du mal-être au travail : ainsi, selon une étude publiée en janvier 2018 par la branche accidents du travail-maladies professionnelles (AT-MP) de l'Assurance maladie, la part des affections psychiques dans l'ensemble des accidents du travail est passée de 1 % à 1,6 % en cinq ans (2011/2016).

Ces constats concernent tout le secteur SMSS mais ils sont encore plus frappants **dans le champ de l'aide à domicile où**, en 2019, les métiers d'aide et de soins à domicile sont arrivés, une nouvelle fois, en tête du classement de l'Assurance maladie en matière d'accidents du travail et invalidité, avec un indice de fréquence à 105,9 pour les salariés de l'aide à domicile. Déjà en 2018, avec 33,4 accidents du travail pour 1 000 salariés, le secteur de l'aide et des soins à la personne présente un indice de fréquence à 97,2 (contre 56,8 dans le BTP). (*Données 2017 publiées par la CNAMTS en 2018*).

Des aides financières existent, telles que celles proposées en 2020 par l'Assurance Maladie <https://www.ameli.fr/hauts-de-seine/entreprise/sante-travail/aides-financieres-tpe/subventions-nationales/aide-soins-personne-domicile> et viennent compléter les actions de prévention des risques professionnels mises en œuvre dans les structures. Mais ces aides ne peuvent à elles seules réduire efficacement les TMS ; et le problème est beaucoup plus vaste : à ce jour, dans bon nombre de cas, les structures ne bénéficient pas de financements suffisants, de manière structurelle, pour mettre en place des démarches de prévention des risques professionnels dignes de ce nom, avec notamment la possibilité de dédier du personnel au pilotage et à la coordination de ce type de démarche.

D'autant que les établissements et services ont remarqué que le taux d'absentéisme et de sinistralité diminuait lorsque les nouveaux salariés étaient mieux encadrés et accueillis, et lorsque les actions de prévention étaient mieux suivies.

Par ailleurs, depuis des années, les financeurs réduisent de plus en plus les temps d'intervention, sans diminuer en proportion les tâches à réaliser au cours des prestations, ce qui génère par ricochet des conditions de travail dégradées, et un temps moindre pour réaliser les bons gestes et utiliser les bonnes postures.

PROPOSITIONS

- Obtenir le soutien des pouvoirs publics, avec des financements et toutes les actions visant à accompagner les structures dans la mise en œuvre de démarches de prévention.
- Accompagner les structures dans le déploiement de démarches internes de prévention. **Il serait important, par exemple, de pouvoir intégrer cela dans les dispositifs proposés par la CNAM-TS.**
- Permettre d'avoir des salariés dédiés aux démarches de prévention afin de promouvoir et faire vivre la culture de la prévention professionnelle. Cela a un coût et il est nécessaire qu'il y ait une reconnaissance de ce type de postes par du financement dédié (par exemple : attribution de moyens financiers pour déployer les formateurs PRAP (Formateur en prévention des risques liés à l'activité physique) au sein des équipes. Inscrire ces démarches dans un dialogue social soucieux de conditions de réalisation du travail (considérer le temps du dialogue social comme un investissement pour un mieux-être général).

Utiliser la formation comme levier d'attractivité et de sens

EXPOSÉ DES MOTIFS

La crise économique observée depuis des années et augmentée par la crise sanitaire depuis un an, si elle n'a pas eu les mêmes effets quantitatifs que dans le reste du secteur privé, a néanmoins eu un impact sur les conditions de travail des salariés et des dirigeants du monde associatif. Les pertes d'emploi ont accru la charge des salariés restants, et les publics, plus nombreux, nécessitent une prise en charge souvent plus délicate, conjuguée à une complexité administrative croissante et à des financements restreints.

Les évolutions des politiques sociales et les difficultés grandissantes d'inclusion sociale d'un nombre grandissant de personnes rendent nécessaire l'adaptation des pratiques des travailleurs sociaux chargés de la mise en œuvre de ces politiques. L'évolution de la qualification des travailleurs sociaux constitue un des leviers d'action importants pour garantir une adéquation de leurs pratiques professionnelles aux besoins des personnes, qu'il s'agisse des contenus et modalités de la formation diplômante, du renforcement de la qualité de l'appareil de formation, ou encore des partenariats avec les universités pour développer la recherche.

Les tensions et les normes de productivité augmentant, se sont développé le sentiment de perte de sens de la mission et l'intérêt de plus en plus marqué pour la question du bien-être des salariés au travail. Cette situation a été renforcée par la crise sanitaire. En effet, les travailleurs sociaux ont été au cœur de la crise et hors radar, invisibles, au niveau national et local. Or, c'est la partie la plus vulnérable de la population qui a été la plus touchée par la crise, et qui, justement, est accompagnée par les travailleurs sociaux. Le travail social est ainsi un pilier essentiel à la cohésion sociale et à la solidarité envers les plus vulnérables.

Une politique interne en faveur de formations au bénéfice des parcours professionnel des personnes, des formations de maintien à niveau, au même titre que l'adoption par l'entreprise d'une politique de responsabilité sociale et environnementale (RSE) forte ou encore un dialogue ouvert et bienveillant entre les parties prenantes, peuvent être un levier pour lutter contre le sentiment de perte de sens et d'attractivité de professionnels.

Au-delà de la pénurie de professionnels et de la formation, se pose la problématique du profil de nouveaux personnels qui apparaissent moins armés pour travailler en autonomie, au domicile.

Pour ne pas augmenter le risque de déqualifier les métiers de l'accompagnement, il convient de renforcer la formation des professionnels : accompagner une personne âgée à domicile, par exemple, même s'il s'agit d'entretien du domicile, nécessite une formation minimale, que ce soit sur la communication avec des personnes pouvant présenter une pathologie neuro-évolutive, le repérage des signes de fragilité ou de l'épuisement des aidants, l'adaptation du logement...

De plus, il est nécessaire d'être attentifs aux effets pervers de certaines mesures, comme les expérimentations type « job étudiant », associées ou non à des temps de formation « flash » et visant à compenser le manque de professionnels dans les établissements et services : ce type de mesures, prises souvent dans l'urgence, afin de répondre à une double problématique (absence de jobs étudiants et difficultés de recrutements en ESMS), induit des risques à moyen et long termes en matière de valorisation des métiers, de déqualification et de déprofessionnalisation du secteur.

Une attention toute particulière à la formation des professionnels sera le garant de la mise en place d'un véritable parcours et de possibilités de passerelles vers d'autres métiers.

Cette mise en place d'un parcours professionnel est un levier pour renforcer l'attractivité des métiers concernés mais permet également de répondre à une problématique prégnante sur le secteur : sa sinistralité.

De plus, pour que les associations puissent assurer leurs missions, maintenir et développer les emplois liés à leurs activités, rayonner dans la vie locale et citoyenne et conforter le tissu social, il est nécessaire de permettre aux étudiants d'avoir des terrains de stages. Les jeunes diplômés sont confrontés à la réalité des métiers du médico-social, lesquels sont considérés comme des métiers difficiles. L'une des pistes à explorer concerne la découverte du milieu professionnel *via* l'apprentissage ou l'alternance. Cependant, on peut observer une baisse des étudiants en formation initiale mais également parfois des difficultés à trouver des terrains de stage.

La situation est alarmante pour les associations qui ne parviennent plus à recruter pour répondre aux demandes d'accompagnement des français, demandes qui vont encore augmenter sur le moyen et le long terme (crise sanitaire). Et dans un contexte de personnel restreint et débordé et de budgets également restreints, les employeurs hésitent à faire appel à des stagiaires, au détriment de la formation des professionnels de demain.

PROPOSITIONS

- Adapter le dispositif de formation professionnelle pour permettre aux structures de mettre en œuvre une politique de formation attractive, dans un secteur où le défaut d'attractivité est avéré : avec la dernière réforme de la formation professionnelle, le budget alloué sur les fonds propres des associations est souvent insuffisant, surtout pour les structures de taille intermédiaire qui ont du mal à accompagner leurs salariés dans leurs besoins de formation.
- Reconnaître et valoriser les métiers (avec des formations reconnues également dans un parcours certifiant et diplômant et qui amènent à des revalorisations salariales, soutenues par les financeurs publics).
- Développer un partenariat avec l'Éducation nationale pour que ces métiers et les parcours de formation soient valorisés dès le collège auprès des élèves. Cela concourrait aussi à la mixité des formations et des métiers.
- Soutenir financièrement les associations pour leur permettre d'accueillir des stagiaires et des apprentis afin de soutenir l'offre de lieux d'accueil pour les étudiants concernés.
- Mettre en place une politique incitative de formation en adaptant le coût de formation pour les personnes non salariées (étudiants, DE) dans les secteurs en tension (tels que le secteur Infirmier) dans un contexte où avec la crise Covid, la précarité des étudiants s'est étendue.
- Proposer un emploi direct à la sortie du cursus de formations diplômantes, en lien avec les besoins des employeurs (sécuriser l'accès à l'emploi à partir de l'entrée en formation), ce qui participera à rendre ces formations plus attractives pour les jeunes.
- Revoir les équivalences de diplômes (en travaillant sur les transferts de compétences) pour favoriser l'accès à la formation aux personnes en cours de reconversion professionnelle.

L'Uniopss

Unir les associations pour développer les solidarités

Créée en 1947, l'Uniopss (Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux) est une association reconnue d'utilité publique. Elle a pour vocation de rassembler, défendre et valoriser les acteurs privés non lucratifs qui œuvrent en faveur des personnes vulnérables et fragilisées (personnes âgées, personnes en situation de handicap, malades, enfants, jeunes, familles, personnes en situation de pauvreté et d'exclusion...). Ancrée dans un réseau de 15 unions régionales et d'une centaine de fédérations, unions et associations adhérentes nationales, l'Uniopss représente 75 % des intervenants non lucratifs du champ sanitaire, social et médico-social



Les valeurs qui nous rassemblent

- ▶ Primauté de la personne
- ▶ Non-lucrativité
- ▶ Solidarité
- ▶ Égalité dans l'accès aux droits
- ▶ Participation de tous à la vie de la société

Contribution :

Commission Autonomie de l'Uniopss

Directrices et Directeurs Uriopss

Direction plaidoyer, politiques publiques et animation régionale

Contacts :

Etienne PETITMENGIN

Président de la Commission Autonomie de l'Uniopss

epetitmengin@uniopss.asso.fr

Jérôme VOITURIER

Directeur général Uniopss

jvoiturier@uniopss.asso.fr

[06.80.61.08.27](tel:06.80.61.08.27)