



Positionnement de l'Uniopss

Pour une réduction du morcellement du secteur
médico-social, sanitaire et social

Mars 2019

Alors que les conclusions du rapporteur de la concertation grand âge et autonomie, Dominique Libault, sont attendues pour le 28 mars, le réseau Uniopss-Uniopss souhaite attirer l'attention des pouvoirs publics sur la nécessité de repenser en profondeur l'organisation des secteurs médico-social, sanitaire et social, en privilégiant une logique d'intégration. Cette dernière peut être définie comme un ensemble de modèles organisationnels qui visent à créer du lien et de la collaboration à l'intérieur et entre les différents secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

Si les travaux de la concertation semblent avoir été guidés par des enjeux de **simplification, de cohérence, de lisibilité, et de coordination**, évidemment fondamentaux, l'Uniopss insiste sur la nécessité de dépasser une logique « d'animation » d'un secteur morcelé, pour tendre vers une réduction de **cette fragmentation à travers une nouvelle organisation** que permet la logique d'intégration. De l'accompagnement immédiat des personnes aux politiques publiques en passant par le financement et l'organisation administrative des établissements et services, l'ensemble du dispositif d'accompagnement des personnes doit ainsi être repensé en ce sens.

Les développements qui suivent n'ont pas vocation à être exhaustifs mais à démontrer à travers certains exemples la pertinence de cette logique d'intégration.

DANS LE MODE D'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES

Ce morcellement tant décrié du médico-social se traduit en premier lieu très concrètement dans le quotidien des personnes accompagnées : succession d'interventions, de professionnels différents, de services... Cette multitude est souvent vécue douloureusement par les personnes. A cet égard il semble essentiel, d'une part de mettre en cohérence les interventions des professionnels à domicile et d'autre part de réintégrer dans le temps de travail des intervenants des services d'aide et d'accompagnement à domicile, un vrai **temps de présence à l'autre**.

Ces deux intentions nécessitent d'abord de revoir l'ensemble du dispositif d'aide et de soin avec un point d'attention particulier sur la question des délégations de soin, en s'interrogeant à la fois sur le glissement de tâches du sanitaire vers le médico-social mais également du glissement de tâche du médico-social vers le sanitaire, sujet rarement évoqué. Ces délégations doivent en effet être réciproques si on souhaite pouvoir éviter un trop grand nombre d'intervenants auprès d'une même personne et avoir une meilleure lisibilité du système.

S'agissant de la présence à l'autre, il est fondamental de permettre aux professionnels de « **passer du temps** » avec les personnes auprès de qui elles interviennent. **Ces métiers de l'aide et du soin sont avant tout des métiers de présence à l'autre qui doivent être valorisés à tous égards, particulièrement au plan financier**. Il s'agit donc de penser l'organisation des interventions à domicile de manière radicalement différente, quitte à réinventer les métiers de l'accompagnement.

Suivant cette logique – et dans un objectif de simplification et de réduction des fragmentations dans les modes d'accompagnement – **il pourrait être intéressant d'arrêter de segmenter, dans les pratiques, l'aide et le soin, au regard notamment de la reconnaissance des approches non médicamenteuses** et plus généralement du bien être en tant que facteur de « soin ». Ces différences conceptuelles (et financières), doivent être réinterrogées et questionnées. Il ne s'agit évidemment pas

de supprimer le médicament ou le soin mais de reconnaître que le prendre soin est autant si ce n'est plus un vecteur de bonne santé physique et mentale de la personne. Une animatrice en générant un climat de confort, d'écoute et donc de bien-être de la personne permet d'améliorer son état de santé. La France, particulièrement en retard concernant les approches non médicamenteuses a beaucoup à faire sur le sujet.

Du côté des établissements d'hébergement et particulièrement des EHPAD, cet enjeu de présence est évidemment essentiel. L'accompagnement doit être pensé dans un juste équilibre entre l'aspect médical et la dimension sociale. Il s'agit donc de promouvoir, orienter et offrir des outils permettant aux EHPAD d'assurer pleinement une fonction de vie sociale. Le rapport Fiat/Iborra exprimait parfaitement le difficile équilibre actuel des EHPAD entre lieu de vie et lieu de soin : l'EHPAD doit-il être un « lieu de vie dans lequel on soigne » ou un « lieu de soins dans lequel on vit ». Le constat d'une prééminence quasi mécanique de la dimension lieu de soin – que nous ne remettons aucunement en cause au regard du constat avéré d'une augmentation du niveau de dépendance et de l'importance croissante des pathologies – ferait presque oublier la mission première d'un établissement ou service médico-social : promouvoir l'autonomie des personnes. Cette autonomie passe par une dimension de vie sociale incarnée notamment par la création d'une relation à l'autre, d'une citoyenneté réaffirmée, d'une capacité de choix qui n'existe qu'avec l'écoute et l'empathie (et donc du temps) et qui doit faire **le pari du dépassement de la technicité de l'acte.** Cette dimension de vie sociale, qui nous paraît pourtant fondamentale, semble malheureusement mise de côté par les politiques publiques. Les EHPAD tentent d'assurer cette fonction mais se heurtent à des logiques publiques parfois contradictoires et souvent contreproductives et la fonction présente est largement mise en péril du fait du manque de personnels et des difficultés de recrutement.

- Les logiques tarifaires des EHPAD font fi de la dimension sociétale : le médical est financé en lien avec le PATHOS, la dépendance est basée sur la grille AGGIR mais l'aspect « vie sociale » de la personne n'est finalement pas scoré et donc pas réellement reconnu et tarifé en conséquence.
- L'animation est laissée pour compte alors qu'elle permet justement de créer les conditions d'épanouissement des personnes dans cet environnement collectif particulier qu'est l'EHPAD. La double dimension de l'animation – temps d'animation / animation de la vie sociale en continue (qui est l'affaire de tous les professionnels) – devient mécaniquement la dernière des préoccupations des établissements.

Toujours s'agissant des EHPAD **les questions de prévention et de respect des droits doivent également être réintégrées comme des composantes normales de l'accompagnement.** L'accompagnement c'est en effet fournir les conditions d'une liberté des personnes et d'une prise de risque accompagnée. Nombreux sont les rapports qui témoignent d'une logique d'enfermement des personnes âgées. Celles-ci se voient bien souvent privées de leurs droits d'aller et venir librement pour des motifs de sécurité notamment. Cet enfermement revêt de multiples dimensions :

- Il est physique (le digicode en établissement constitue l'exemple le plus connu) ou psychique (la règle intégrée, acceptée et implicitement reconnue mais qui n'existe que dans la représentation de chacun).
- Il peut se manifester en établissement mais également à domicile. A domicile cet enfermement est souvent le corollaire d'une logique d'isolement. La personne se coupe du monde et limite progressivement sa liberté.

Cette rupture avec un droit fondamental doit être profondément questionnée, la personne qui n'est pas libre d'user de ses droits est-elle encore un citoyen ? De même en ne décidant plus réellement pour elle-même, en étant limitée dans sa capacité à prendre des risques, la personne ne devient-elle pas progressivement plus dépendante ?

Le modèle des EHPAD et de l'accompagnement à domicile doit ainsi évoluer pour faire le pari de la liberté, de l'autonomie et de la prise de risque accompagnée.

DANS LE MODE D'ORGANISATION DES ETABLISSEMENTS ET SERVICES MEDICO-SOCIAUX

Ce sujet vient interroger directement la question de la lisibilité du secteur et celui de sa cohérence. Nombreux sont les freins administratifs et juridiques qui pourraient être ainsi levés pour plus de souplesse de gestion et de fluidité du parcours des personnes accompagnées. Deux leviers semblent essentiels : organisationnel et financiers.

Un exemple assez illustratif et symptomatique d'une réglementation inadaptée et d'un cloisonnement des financements trop fort **concerne les SSIAD** : certains gestionnaires disposent d'une autorisation pour accompagner des personnes âgées et d'une autorisation pour accompagner des personnes en situation de handicap. Lorsqu'une personne en situation de handicap atteint l'âge de 60 ans elle bascule de fait sur le service destiné aux personnes âgées. Or il arrive fréquemment qu'il n'y ait pas de place au sein du SSIAD pour personnes âgées, ce qui contraint la personne à changer de service... Cet exemple traduit une complexité particulièrement préjudiciable aux personnes accompagnées. Il pourrait ainsi être proposé de **fondre les autorisations PA/PH**, notamment pour les SSIAD et les SAAD **pour un meilleur accompagnement des personnes handicapées vieillissantes et éviter les ruptures de parcours.**

En termes de financement, **l'intégration des différentes sections tarifaires des EHPAD** est particulièrement réclamée, la multiplicité des sources de financement et la division entre trois sections tarifaires ne sont pas de nature à simplifier le fonctionnement des établissements ni la bonne compréhension pour les usagers. Une clarification quant aux financeurs serait à cet égard bienvenue. L'Uniopss espère ainsi que l'hypothèse travaillée dans le cadre des ateliers de la concertation relative à une fusion des sections soins et dépendance pourra se concrétiser. Toujours dans l'idée d'une intégration des financements, aller vers une **tarification intégrée des SPASAD** pourrait contribuer à leur essor et faciliter leur fonctionnement.

Sur le plan de l'organisation, le secteur souffre également d'un grand retard concernant les systèmes d'information. **L'Uniopss plaide ainsi depuis plusieurs années pour la création d'un plan "médico-social numérique" à l'image du secteur sanitaire.** Proposition qui a d'ailleurs été reprise dans le rapport du chantier n°5 de la stratégie de transformation du système de santé dédié au virage numérique. Le déploiement des systèmes d'information constitue un levier majeur de la modernisation de l'ensemble de notre système de santé et de l'accompagnement médico-social. Il contribue en effet à l'amélioration de la qualité et de l'efficacité de la prise en charge des usagers, à la coordination du parcours ou encore à la conservation des données sécurisées. Principalement déployés dans le secteur sanitaire, les systèmes d'information en santé concernent aujourd'hui pleinement le secteur médico-social, sans pour autant que les financements et l'accompagnement nécessaires des acteurs médico-sociaux soient prévus. Il faut également souligner l'importance, pour répondre à cette logique d'intégration et permettre la fluidité du parcours des personnes

accompagnées, de l'interopérabilité entre les systèmes d'information du secteur sanitaire et ceux des acteurs associatifs et médico-sociaux.

DANS LES MODES DE FONCTIONNEMENT ET REPARTITION DES COMPETENCES DES COLLECTIVITES TERRITORIALES

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 de 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 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 et ce manque d'intégration des orientations et des outils de la planification de l'offre n'est pas sans conséquence pour les acteurs de terrain et 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 territoriaux de santé, et les projets des hôpitaux de proximité, dont on annonce – pour ces derniers – des missions gériatriques.

L'Uniopss plaide ainsi pour 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.**

De manière plus spécifique mais tout aussi illustrative, **le constat d'un millefeuille des dispositifs de coordination sur les territoires a été posé à de nombreuses reprises** dans les travaux de la concertation grand âge et autonomie, et plus particulièrement dans l'atelier « parcours » auquel participait l'Uniopss. Actuellement, CLICS, MAIA, PAERPA, PTA, Maison de l'Autonomie, et divers services sociaux des communes, agissent à différents niveaux pour assurer une forme de coordination du parcours des personnes âgées. Dans un objectif de simplification et de lisibilité, les personnes concernées devraient pouvoir se reposer sur un **dispositif unique de proximité** qui aurait vocation à accompagner les personnes selon leurs besoins. **Les plateformes territoriales d'appui pourraient intégrer l'ensemble des missions : information, évaluation, orientation, coordination, suivi.**

DANS LE MODE DE CONCEPTION DES POLITIQUES PUBLIQUES ET DE L'ATTRIBUTION DES FINANCEMENTS

Au regard de tout ce qui précède et pour que le médico-social puisse faire face au défi de la transformation de l'offre, **les réponses apportées par le secteur ne doivent plus être complémentaires les unes des autres, mais consubstantielles de l'ensemble des politiques concernées.** A titre d'exemple, le virage ambulatoire tel qu'il est souhaité ne peut se concevoir que si les questions de l'accompagnement à domicile et du logement sont posées et interrogées ensemble. **Handicap, vieillesse, logement, emploi, lutte contre les exclusions, environnement, santé, éducation, prévention, retraite... tous les aspects de la réponse sont solidaires.**

Plus encore, l'enjeu de l'égalité de traitement de toute personne en perte d'autonomie quel que soit son âge et son projet de vie implique une **intégration des politiques de l'autonomie qui doit passer – entre autre – par la suppression de la barrière d'âge**. Il s'agit donc de supprimer toutes les dispositions qui peuvent conduire à des ruptures ou à des différences de prise en charge, comme l'avait mis en perspective le législateur par la disposition de l'article 13 de la loi du 11 février 2005 fixant à 5 ans l'échéance de l'abrogation des barrières d'âge dans les prestations de compensation du handicap.

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 en perte d'autonomie ou en situation de handicap quel que soit son âge afin de mettre un terme aux seuils discriminants et ainsi se focaliser uniquement sur les besoins des personnes.

En filigrane de ces sujets se pose évidemment la question du financement général de la perte d'autonomie et du handicap. On se souvient que dans un contexte fortement contraint, interrogeant l'avenir du financement du secteur, le président de la République a multiplié les annonces concernant la création d'un « nouveau risque »¹. À l'occasion du 42^e Congrès de la Mutualité à Montpellier d'abord, le 13 juin dernier, il a annoncé pour l'année 2019 une loi sur la dépendance. Puis, à peine un mois plus tard, devant les parlementaires réunis en congrès à Versailles, le chef de l'État a de nouveau fait part de sa volonté de « construire pleinement le financement et l'organisation de ce nouveau risque social »².

Sur ce dernier point, notre union milite depuis de nombreuses années (1992) pour la reconnaissance d'un nouveau risque de protection sociale couvrant à la fois les personnes âgées et les personnes handicapées pour de nombreuses raisons :

- L'augmentation du nombre de personnes âgées en perte d'autonomie et l'allongement de la durée de vie des personnes handicapées vont accroître les besoins d'accompagnement ainsi que les moyens financiers qui devront être dégagés par la collectivité pour y faire face ;
- Les inégalités dans l'octroi des prestations notamment de l'APA, qui posent la question de l'égal accès de nos concitoyens aux prestations sociales ;
- Les failles de l'APA et de la PCH qui ne permettent pas de couvrir tous les besoins de compensation ;

Depuis 2010, l'Uniopss soutient le fait que le pilotage de ce nouveau risque soit porté par la CNSA qui se verrait allouer de nouvelles ressources afin de financer majoritairement la nouvelle prestation. Assurant un financement majoritaire, la CNSA serait tout à fait légitime pour conduire plus fortement le dispositif afin d'assurer une égalité de traitement des personnes sur l'ensemble du territoire.

1 Elysée, « Transcription du discours du président de la République Emmanuel Macron lors du congrès de la Mutualité française à Montpellier », <http://www.elysee.fr/declarations/article/transcription-du-discours-du-president-de-la-republique-emmanuel-macron-lors-du-congres-de-la-mutualite-francaise-a-montpellier/>

2 Elysée, « Discours du président de la République devant le parlement réuni en congrès à Versailles », <http://www.elysee.fr/declarations/article/discours-du-president-de-la-republique-devant-le-parlement-reuni-en-congres-a-versailles/>

En conclusion, les politiques publiques en direction des personnes dépendantes, en perte d'autonomie, ou en situation de handicap ne peuvent plus être conçues uniquement comme des guichets de distribution de droits. Les dispositifs segmentés, cloisonnés ont montré leurs limites.

Le cœur de mission des politiques de l'autonomie est d'accompagner les personnes qui en ont besoin vers leur autonomie. Les dispositifs, les services, les établissements, ne sont pas des fins en soi. Ils doivent être des leviers, à un moment donné, dans des parcours vers l'autonomie.

Tel est donc le défi d'aujourd'hui : construire avec chaque personne un parcours de vie accompagné, impliquant de fait un réel changement de méthode, de culture, de posture, et de mode de financement, ainsi qu'un changement technique dans la manière de faire :

- **Changement pour les personnes accompagnées** elles-mêmes dont on ne peut plus considérer qu'elles sont seulement des consommateurs de décisions ou de services mais **des actrices de leur projet de vie.**
- **Changement pour les établissements et les services** qui mettent en œuvre concrètement les réponses sur le terrain. Eux-mêmes doivent pouvoir **sortir de leurs propres segmentations et cloisonnements au profit de parcours plus souples, plus fluides pour les personnes accompagnées.**
- **Changement pour les financeurs qui doivent pouvoir suivre ce mouvement par une tarification elle-même moins segmentée, plus globale, et plus souple.**
- **Changement pour la société sur la manière dont elle accueille la différence, la fragilité ou la vieillesse et donne sa place à chacun.**

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 d'unions régionales et d'une centaine de fédérations, unions et associations adhérentes nationales, l'Uniopss regroupe 25 000 établissements, 750 000 salariés et 1 million de bénévoles.



Les valeurs qui nous rassemblent

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

Contact : Laurène DERVIEU, *Conseillère technique autonomie et citoyenneté des personnes en situation de handicap et personnes âgées à l'Uniopss*

☎ : 01 53 36 35 12 ✉ : ldervieu@uniopss.asso.fr

Uniopss : 15, rue Albert – CS 21306 – 75214 Paris Cedex 13
Tél : 01 53 36 35 00 – www.uniopss.asso.fr