

LIVRE BLANC AUTONOMIE



Sommaire

Edito.....	5
Introduction.....	6
Principaux points d'attention.....	8
Partout en France, des CCAS et CIAS investis auprès des habitants âgés de leur territoire.....	9
Des CCAS et CIAS particulièrement actifs durant la crise sanitaire de la covid-19.....	12
Améliorer la vie quotidienne des seniors en tant que citoyens.....	21
Diversifier l'offre intermédiaire préventive entre le domicile et l'établissement d'hébergement pour personnes âgées.....	26
Pour une dynamique gérontologique locale renouvelée et modernisée en EHPAD.....	29
Synthèse des recommandations.....	33

Édito

Jeunes ou vieux, la question de l'âge nous concerne tous.

Si les politiques gérontologiques menées ces dernières décennies ont globalement permis de nombreuses avancées, il n'en reste pas moins un pas décisif à franchir pour qu'au vu des perspectives démographiques, nous sachions collectivement être à la hauteur de ce défi tant politique que sociétal et économique.

A leur niveau, les maires et leurs équipes municipales, soucieux de répondre aux besoins de l'ensemble de leurs habitants et parmi eux les personnes âgées et leurs proches, se sont largement emparés du sujet. Ils le font à la fois au travers des équipements et services publics de proximité qu'ils gèrent au quotidien mais aussi dans le cadre de leurs échanges avec leurs partenaires associatifs, publics ou privés qu'ils ont toute légitimité à fédérer et à coordonner sur leur territoire.

Via leur Centre communal d'action sociale (CCAS), ils s'engagent ainsi de façon très concrète et pragmatique mais aussi au nom d'une démarche plus prospective dont ils ont également la charge afin d'anticiper les besoins de demain, que ce soit en matière de logement, de mobilités, de santé, de lien social ou de lutte contre l'isolement. Partout en France, les initiatives ne manquent pas qui allient prévention, accès aux droits, accompagnement social, innovation. Et ce, en dépit des nombreux

obstacles et autres freins administratifs, juridiques ou financiers dont certains ont été exacerbés par la crise sanitaire.

Maintenir ou créer les conditions d'une citoyenneté pleine et entière de nos aînés sur nos territoires au moment où les politiques nationales trouvent malheureusement leurs limites, tel est donc le défi quotidien auquel nous sommes exposés, nous élus locaux et CCAS que nous représentons au sein de l'UNCCAS.

Ce livre blanc est non seulement l'occasion de le redire haut et fort mais aussi et plus encore d'être force de propositions pour que cette question de société qu'est l'accompagnement de nos aînés soit enfin abordée non plus comme une charge ou un problème mais comme une source de progrès social auquel nous avons tous intérêt à contribuer.



Veronique Besse,
Vice-Présidente
de l'UNCCAS



Luc Carvounas,
Président de
l'UNCCAS

© DIAMILA CALIN

Introduction

Issu d'une intense concertation entre octobre 2018 et janvier 2019, à laquelle l'UNCCAS avait pris pleinement part, le rapport de Dominique Libault, remis fin mars 2019, présentait des orientations et pistes d'action pour une réforme ambitieuse de la prise en charge des personnes fragilisées par l'avancée en âge.

En son temps, l'UNCCAS avait salué l'ambition de ce texte proposant des réformes structurantes pour une nouvelle politique du grand âge aux niveaux national et local, qui devait faire l'objet d'une traduction efficace et concrète dans une loi à venir.

Parmi les propositions saillantes de ce rapport figuraient notamment une réforme du financement des services d'aide et de soins à domicile (SAAD) couplée avec des mesures de revalorisation salariale ou encore la simplification de la gouvernance des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), l'augmentation de 25% des effectifs d'encadrement en EHPAD d'ici 2024, le lancement d'un plan de rénovation des EHPAD et des résidences autonomie...

A cette première pierre à l'édifice de la concertation grand âge et autonomie, en novembre 2019, est venu s'ajouter le rapport de Myriam El Khomri, fruit de 150 auditions dont celle de l'UNCCAS, et de 80 heures de visites de terrain, qui tentait d'apporter des réponses pour une réforme structurelle et organique, en formulant 59 propositions, pour relever le défi du vieillissement et remobiliser les professionnels.

Partant de constats bien connus de tous, de forts besoins en recrutement, des métiers du grand âge peu attractifs et à revaloriser, ce rapport proposait d'assurer de meilleures conditions d'emploi et de rémunération, de donner une priorité forte à la réduction

de la sinistralité et à l'amélioration de la qualité de vie au travail, de moderniser les formations et de changer l'image des métiers, d'innover pour transformer les organisations, de garantir la mobilisation et la coordination des acteurs et des financements au niveau national et dans les territoires.

Puis, est arrivée la loi du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie, donnant corps à la création d'une 5^{ème} branche au sein du régime général de la sécurité sociale dédiée au soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, ainsi que de leurs proches aidants.

En septembre 2020, Laurent Vachey remettait lui son rapport sur la création de la 5^{ème} branche sur le financement de l'autonomie visant à formuler des recommandations sur les principes et l'architecture générale de la branche autonomie et sa gouvernance, ainsi que l'identification des sources de financement à mobiliser prioritairement pour couvrir la réforme du grand âge à compter de 2021.

On notera aussi la parution fin mars 2021, du rapport des sénateurs Bernard Bonne et Michelle Meunier et ses grandes orientations pour une politique de prévention de la perte d'autonomie plus efficace et plus ambitieuse, via l'amélioration des outils de diagnostic ou la fluidification des prises en charge.

De tous ces travaux et bien d'autres avant eux, il ressort la nécessité d'une politique publique de soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, ambitieuse et source de progrès en termes d'équité dans l'accès aux services et aux prestations, de réduction de la complexité des prestations et des organisations, de cohérence entre parcours

de santé et accompagnement social et médico-social, de diversification des réponses et de décloisonnement de l'offre. Si l'accompagnement de nos aînés se joue dans la proximité, sur les territoires, il repose sur un cadre clair et une impulsion forte donnée au plan national. A ce titre, on peut se féliciter de la création de cette 5^{ème} branche atypique, du rôle confié à la Caisse nationale de solidarité autonomie (CNSA) mais aussi de la volonté affichée des pouvoirs publics de lutter contre les déséquilibres territoriaux, tout comme cet appel à un travail en binôme entre ARS et départements censé faciliter la coordination au plan local.

Nonobstant toute cette matière, la loi grand âge dont on pouvait espérer qu'elle en ferait la synthèse, a finalement été abandonnée en septembre 2021 au profit notamment de diverses mesures intégrées au projet de loi de financement de la sécurité sociale de 2022. A l'heure où nous écrivons ces lignes, le débat parlementaire venait tout juste de commencer. En dépit des nombreuses mesures qu'il contient, il n'est cependant pas certain que ce texte soit pleinement à la hauteur de l'enjeu de cette question de société.

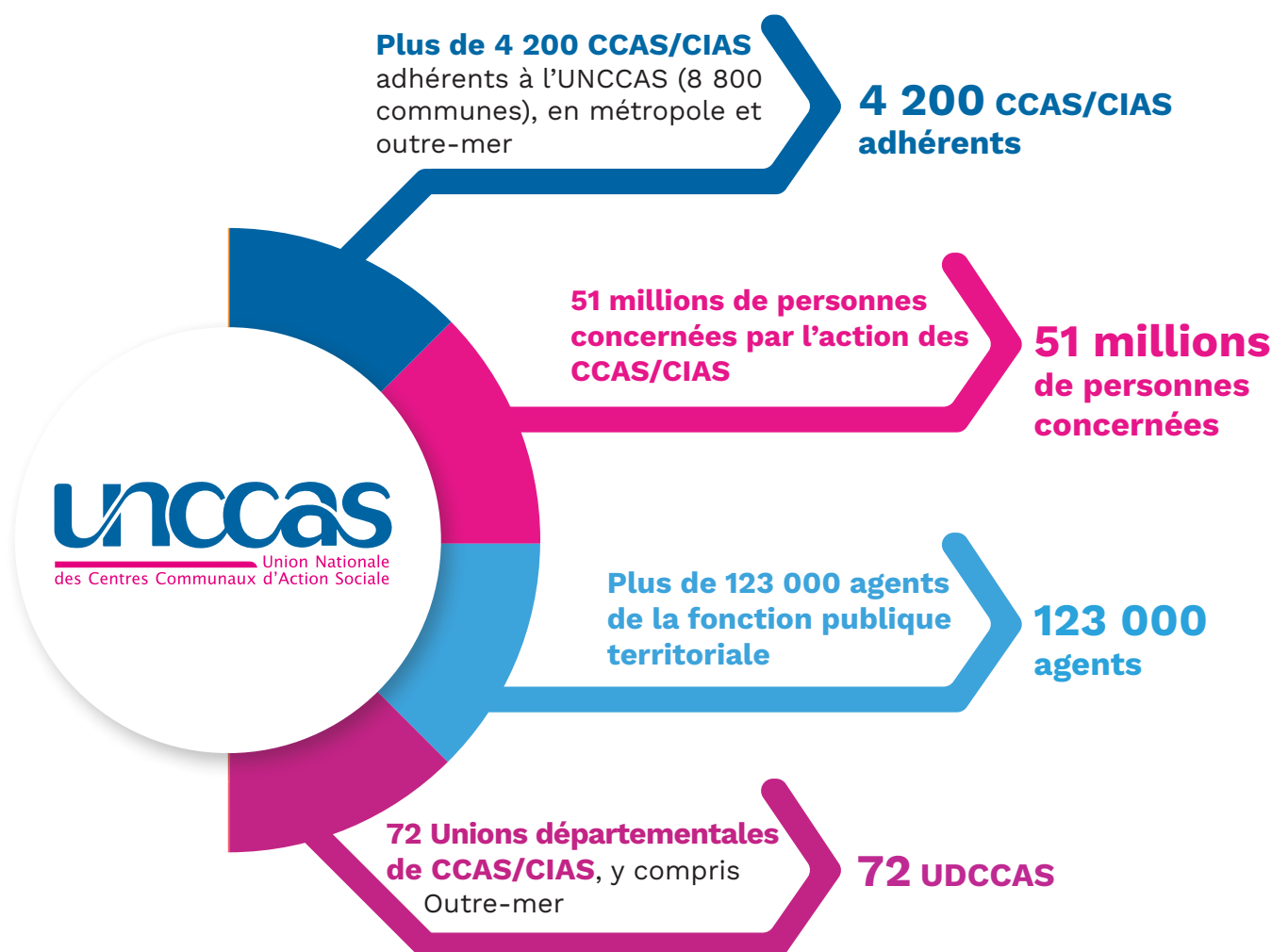


Principaux points d'attention

- »»»» Le service public de proximité a répondu présent pendant la crise sanitaire, quelles que soient les configurations territoriales. Il s'agit aujourd'hui d'en tirer tous les enseignements en matière de veille, d'analyse des besoins, d'aller vers, de coordination, de mobilisation et donc de besoin légitime de reconnaissance des agents pleinement investis dans leur mission.
- »»»» Faire enfin de la lutte contre l'isolement et des démarches préventives une priorité.
- »»»» Sortir des logiques cloisonnées et binaires entre le domicile et l'établissement et soutenir le développement d'offres d'hébergement alternatives et parmi elles, les résidences autonomie, dont il s'agit de soutenir et d'accompagner la modernisation.
- »»»» Promouvoir une politique d'accompagnement du grand âge qui inclut les questions d'adaptation du logement, de mobilités, d'inclusion numérique, de lien social, d'aménagements urbains.
- »»»» Envisager le secteur de l'accompagnement des personnes âgées non pas sous le seul angle réducteur des coûts et de la charge financière qu'il représente, mais aussi comme une opportunité d'expérimentations, d'innovation et de progrès social.
- »»»» Prendre en compte l'augmentation de la précarité des publics âgés accompagnés par les CCAS, mais aussi des personnes handicapées vieillissantes et de leurs aidants.

Partout en France, des CCAS et CIAS investis auprès des habitants âgés de leur territoire

LE RÉSEAU NATIONAL DES CCAS AUJOURD'HUI



Outre sa mission d'accès aux droits et d'Analyse des Besoins Sociaux, le Centre communal d'action sociale (CCAS) anime **une action générale de prévention et de développement social dans la commune** en liaison avec les institutions publiques et privées. Il est de ce fait **l'institution locale de l'action sociale** par excellence. A ce titre, il développe **de nombreuses activités** au nom des missions légales qui lui ont été confiées et de la politique locale

d'action sociale facultative menée au profit de l'ensemble des habitants et parmi eux les plus vulnérables ou en difficulté.

Au plan intercommunal, le CIAS - centre intercommunal d'action sociale **agit en complémentarité** avec les petites communes de l'intercommunalité et/ou leur CCAS. Le CIAS peut également gérer des équipements, proposer du portage de repas, etc.

L'ACTION GÉRONTOLOGIQUE DES CCAS/CIAS, 2^{ÈME} CHAMP D'INTERVENTION DES CCAS

Les CCAS/CIAS jouent un rôle essentiel à de nombreux niveaux :

- » » » » **Accès aux droits** : rôle d'information, d'orientation des personnes, aide à la constitution de dossiers APA notamment.
- » » » » **Aide sociale** : délivrance des aides facultatives, distribution de bons alimentaires, épiceries sociales, collectes alimentaires en partenariat avec des associations...
- » » » » **Aide au maintien à domicile** : permanences téléphoniques pour l'aide à domicile à destination des personnes âgées et vulnérables, interventions à domicile, téléassistance...
- » » » » **Aide aux courses** (alimentaires, médicales...) **et portage de repas**
- » » » » **Gestion d'établissements** : 25% des CCAS/CIAS gèrent un établissement d'accueil pour personnes âgées (EHPAD, résidences autonomie, accueils de jour, unités Alzheimer, etc.)
- » » » » **Accès aux soins et à la santé** : pré-instruction des demandes légales de santé, actions de lutte contre le non-recours aux droits de santé et le renoncement aux soins, aides financières, actions de prévention, gestion de structures de santé, gestion de services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), gestion de services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD)...
- » » » » **Veille sociale** : activation du registre personnes vulnérables et mise en place d'appels réguliers des personnes fragiles et des personnes en situation de vulnérabilité.
- » » » » **Maintien du lien social et lutte contre l'isolement** : hors gestion d'établissement, plus de 80% de CCAS proposent des services d'animation auprès des personnes âgées (activités intergénérationnelles, clubs d'ânés, sorties culturelles, activités de création et d'expression, ateliers de prévention de la dépendance (ateliers mémoire menés par des psychologues), ateliers sportifs de type « gymnastique douce », ateliers équilibre et prévention des chutes menés par des psychomotriciennes, etc.), participation à la coordination du parcours des usagers, centres locaux d'information et de coordination gérontologique (CLIC), coordinations territoriales d'appui de parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA), dispositif de coordination des MAIA (méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie)...

LES SERVICES À DOMICILE, L'UN DES PRINCIPAUX SECTEURS D'INTERVENTION DES CCAS

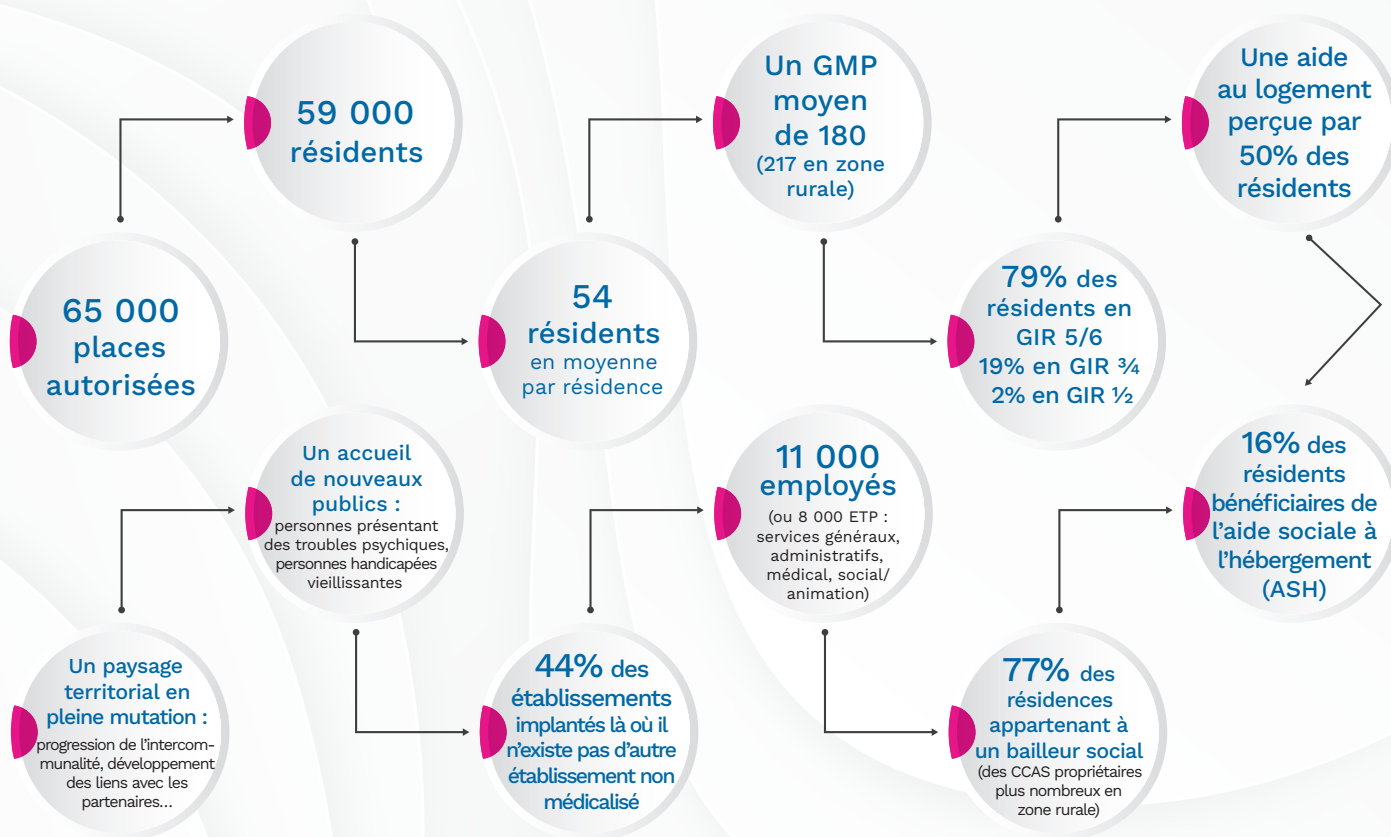
Le champ de l'aide à domicile, activité historique du maintien à domicile, constitue l'un des principaux secteurs d'intervention des CCAS/CIAS : près des trois-quarts (73%) disposent d'un service de portage de repas et plus de la moitié (54%) d'un service d'aide à domicile assurant l'aide aux actes de la vie quotidienne.

De nombreuses autres activités occupent une part résiduelle dans l'activité des CCAS/CIAS (4%) : assistance administrative, livraison de courses, travaux de petit jardinage, promenade d'animaux de compagnie, soins esthétiques, etc.

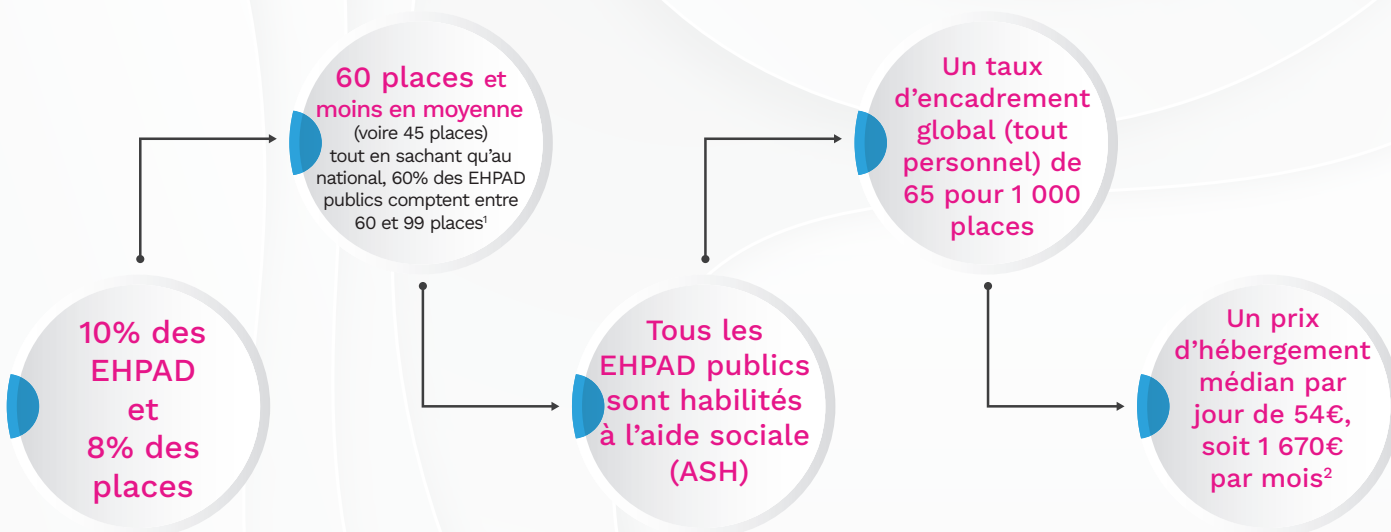
En moyenne, **37 200 heures d'aide à domicile par an** sont effectuées par **26 000 agents de SAAD employés par les CCAS/CIAS** (28,2 millions d'heures d'aide à domicile en 2014) auprès de **204 000 bénéficiaires** (268 bénéficiaires en moyenne par service).

Les interventions des SAAD gérés par des CCAS/CIAS sont réalisées majoritairement dans le cadre des **plans d'aide APA**.

LES CCAS, PRINCIPAUX GESTIONNAIRES DE RÉSIDENCES AUTONOMIE



LES EHPAD GÉRÉS PAR LES CCAS/CIAS



Si les CCAS des villes en gèrent généralement plusieurs (ex. Nantes et Clermont-Ferrand en gèrent chacun 6, Tours en gère 4, etc.), près de 40% de ces établissements sont, néanmoins, sur des territoires de moins de 10 000 habitants (sachant que les EHPAD ruraux affichent des GMP et PMP moins élevés que les autres ; ils sont aussi plus confrontés aux difficultés de démographie médicale par exemple).

¹ La situation des EHPAD en 2016, Analyse budgétaire de la prise en charge des résidents en EHPAD, CNSA, Novembre 2017.

² Les prix des EHPAD en 2017, Analyse statistique n°05 CNSA, mai 2018.

Des CCAS et CIAS particulièrement actifs durant la crise sanitaire de la Covid-19

De l'activité des CCAS/CIAS durant la crise sanitaire, activité saluée et reconnue par le Premier Ministre, Jean Castex, ainsi que par le ministre des Solidarités et de la Santé, Olivier Véran, quelques enseignements sont à retenir sur de nombreux plans.

LA LUTTE CONTRE L'ISOLEMENT

La veille sociale

Dès mars 2020, **le registre utilisé par les CCAS dans le cadre du plan canicule ou d'une crise sanitaire**, ainsi que **la veille sociale** afférente ont été activés par une large majorité de CCAS. En fonction du niveau de risque, la fréquence des appels téléphoniques est déterminée par la cellule de crise du CCAS. Elle peut également être adaptée à l'état de fragilité des personnes inscrites sur le registre et aux capacités téléphoniques de chaque CCAS.

NB : seules les personnes énoncées ci-dessous et qui résident à leur domicile peuvent être inscrites sur le registre nominatif (cf. l'article R. 121-3 du Code de l'Action sociale et des familles) :

- Les personnes âgées de 65 ans et plus ;
- Les personnes âgées de plus de 60 ans reconnues inaptes au travail ;
- Les personnes adultes handicapées bénéficiant le cas échéant de : l'Allocation Adulte Handicapé (AAH), l'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ATCP), la Prestation de Compensation du Handicap (PCH), la carte d'invalidité, la carte de priorité et la carte de stationnement pour personne handicapée, de la qualité de travailleur handicapé (conformément au titre IV du livre II du code de l'action sociale et des familles) ; ou d'une pension d'invalidité servie au titre d'un régime de base de la sécurité sociale ou du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre.

“ Sur le territoire de Calais (Pas-de-Calais), près de 907 personnes ont été contactées très rapidement grâce aux recensements opérés lors du Plan canicule sur ce registre (personnes en situation de handicap et seniors) ; à Amiens (Somme), près de 2 200 personnes en situation de handicap sont répertoriées et suivies par le CCAS grâce à ce registre ; ce registre est réactualisé en permanence par les CCAS/CIAS via des actions de repérages des personnes à risques et des appels aux inscriptions (ex. le CCAS d'Epinal (Vosges) invite les habitants à faire signaler leurs proches vulnérables en situation de handicap). ”

Les mesures prises par les CCAS/CIAS pour limiter les effets de l'isolement sont similaires à celles déclenchées dans le cadre du plan canicule l'été.

“ Les appels aux personnes isolées pérennisés : durant le confinement, le CCAS de Vierzon (Charente-Maritime) s'est appuyé sur un réseau social de quartier pour mobiliser une communauté de bénévoles afin de garder le lien avec les aînés isolés. 120 personnes se sont inscrites, ce qui a permis de passer plus de 2 000 appels, souvent quotidiens, pour connaître les besoins des bénéficiaires (courses, soins...) ou simplement bavarder avec eux. À la suite de ce succès, le CCAS a décidé de pérenniser l'action en suivant un rythme régulier toute l'année. ”

Des mesures utiles pour maintenir l'aide apportée aux personnes isolées à leur domicile ont été prises par les CCAS/CIAS tout au long de la crise sanitaire.

Dès mi-mars 2020, des CCAS ont mis en place **un service de livraison de courses/portage de repas** (ou élargi ces services s'ils préexistaient) au domicile des personnes âgées isolées,

référéncées ou non jusqu'à présent par le service. Ils ont ainsi pu intégrer des retours d'hospitalisation ou des personnes atteintes de maladies chroniques.

La prise en charge de nouvelles demandes de **téléassistance** a également été assurée par de nombreux CCAS.

PRÉCONISATIONS

»»»» La lutte contre l'isolement des personnes prises en charge à domicile passe par un **meilleur repérage et accompagnement des personnes isolées**.

L'analyse des besoins sociaux, obligation légale des CCAS, y contribue. L'ensemble des CCAS/CIAS doivent procéder à une analyse des besoins sociaux de l'ensemble de la population du territoire de leur ressort dans l'année civile qui suit le renouvellement général des conseils municipaux (article R. 123-1 du code de l'action sociale et des familles). L'ABS consiste en **un diagnostic sociodémographique à partir des données d'observation sociale du territoire**. Ce diagnostic est établi **avec l'ensemble des partenaires, publics ou privés**, qui participent à la mise en œuvre des actions de prévention et de développement social. Elle fait l'objet d'un rapport présenté au conseil d'administration. **Des analyses complémentaires**, notamment thématiques (dont celle afférente aux personnes âgées), peuvent être présentées au conseil d'administration lors du débat d'orientation budgétaire ou, à défaut, lors du vote du budget.

L'analyse des besoins sociaux s'inscrit ainsi comme :

- **Un outil d'anticipation** permettant de connaître les besoins de demain et d'adapter ainsi l'action du CCAS ;
- **Un outil d'aide à la décision** pour faire des choix et définir des priorités d'actions ;
- **Un outil d'évaluation dans la mise en œuvre des politiques publiques**.

Elle permet d'avoir une bonne connaissance de son territoire et d'agir efficacement pour répondre au plus près des besoins de la population, dont ceux, plus spécifiquement, des personnes isolées.

»»»» **Mieux identifier les personnes vulnérables isolées en créant et animant un réseau d'acteurs (professionnels et citoyens)**

»»»» **Le registre des personnes vulnérables devrait être plus exhaustif** en couvrant un plus grand nombre de personnes en situation de handicap et de personnes âgées.

Concrètement, une mesure simple pourrait consister à prévoir une case afférente à cocher ou non, selon son choix, par la personne en situation de handicap ou âgée, lorsqu'elle complète son dossier de demande d'APA, d'AAH ou d'autres dossiers administratifs spécifiques.

Le nom, l'adresse et les coordonnées de la personne seraient ensuite transmis aux services de la commune, dans le strict respect des dispositions prévues par la loi Informatique et libertés et le Règlement général sur la protection des données.

Une autre possibilité serait de prévoir la transmission des registres APA de la ville en les croisant avec les listes électorales afin d'**élargir l'aller vers**.

Cela permettrait aux CCAS/CIAS, lors de la veille sociale, de toucher un plus grand nombre de personnes en situation de vulnérabilité.

A noter : L'UNCCAS et plusieurs CCAS ont apporté leur contribution à la mission de Jérôme Guedj en vue de proposer et de coordonner un dispositif opérationnel de mobilisation pour combattre l'isolement des personnes âgées (« Covid-19 : premières mesures du plan de mobilisation nationale de lutte contre l'isolement des personnes âgées et fragiles proposé par Jérôme Guedj » : <https://www.unccas.org/covid-19-premieres-mesures-du-plan-de-mobilisation-nationale-de-lutte-contre-l-isolement>)

Le maintien du lien social

De nombreuses personnes âgées ont finalement bien plus souffert de l'isolement que du virus de la Covid-19. Le renforcement de l'isolement et des syndromes de glissement, qui ont pu être observés chez les personnes âgées a d'ailleurs, également touché des jeunes, ou encore des familles monoparentales.

L'isolement préexistait au confinement, qui a accru et rendu plus visibles de nombreux problèmes sociaux existants avant la crise sanitaire. Preuve, s'il en est encore besoin, de la dimension sociale fondamentale, du « prendre soin » ou du « care », aux côtés du soin.

Fort de ce constat, de nombreux CCAS/CIAS ont mis en place **des actions de maintien du lien social** en vue de renforcer ce besoin légitime des personnes âgées isolées, tout en respectant les choix de vie des personnes, quitte à prendre les devants face à des situations d'auto-renoncement. Ces initiatives mettent en exergue la question clé et encore prégnante aujourd'hui de « **l'aller vers** » les personnes vulnérables isolées.

Afin de maintenir le lien social avec les familles, les proches et partenaires des personnes isolées à leur domicile, **de nouveaux outils et usages numériques** ont été mis en place : Skype, WhatsApp, FaceTime, compte Facebook, dotations en tablettes...

En vue de faciliter la mise en relation des résidents et de leur famille, des CCAS, tels que le CCAS de Roubaix et celui de Tourcoing, ont mis **des robots Cutii** à disposition des résidents. En

outre, ces robots permettent également aux résidents de bénéficier d'activités sur un créneau de 20 minutes par résident.

Pour favoriser et **maintenir une activité physique à domicile** malgré le confinement et limiter le risque accru de perte d'autonomie, des CCAS ont publié régulièrement des vidéos d'exercices physiques.

De manière similaire, en établissements, **des ateliers d'activités physiques douces avec un coach sportif dans le jardin** des résidences autonomie ou des EHPAD ont été régulièrement mis en place.

En complément **des appels de convivialité** par les agents et les bénévoles, des CCAS ont créé **des ateliers par téléphone** (sophrologie, pensée positive, relaxation, mémoire, esthétique, entretiens pour préparer une exposition sur l'immigration...), à l'image du CCAS de Garges-lès-Gonesse. Ce CCAS a également relayé **les visioconférences de ses partenaires** auprès des seniors.

Afin de lutter contre la souffrance psychologique et la majoration des troubles psychiatriques liées au contexte sanitaire et social actuels, **des entretiens avec la psychologue de l'établissement** ont également été organisés par téléphone.

“ **Les CCAS/CIAS face au Covid-19 :**
<https://www.unccas.org/les-ccas-cias-face-au-covid-19> ”

PRÉCONISATIONS

- »»»» **Renforcer le maintien du lien social en partant du lieu de vie de la personne, son domicile ou l'établissement, et prioriser les politiques de prévention dans une approche globale : habitat, mobilité, accès aux outils numériques, etc.**
- »»»» **Pérenniser l'important travail sur les modalités de maintien du lien social et familial réalisé durant la crise sanitaire de la Covid-19**
- »»»» **Exploiter davantage les nouvelles complémentarités** promues dans le cadre de la silver économie, par exemple
- »»»» **Poursuivre et généraliser le soutien psychologique des personnes âgées accompagnées et hébergées**

L'accompagnement et le soutien aux aidants isolés

Rompre l'isolement des aidants est une préoccupation importante des CCAS/CIAS.

Personnes rarement mises en avant et bénéficiant d'une faible reconnaissance sociale, les aidants sont souvent âgés. Ils témoignent de l'implication sociale des seniors³.

Des groupes de paroles auprès des aidants ont permis à des CCAS de mettre en exergue des besoins spécifiques des aidants :

- Le besoin d'une écoute attentive et active sans jugement de la part des professionnels ;
- Le besoin de prendre soin de soi et de sa santé ;
- Le besoin d'avoir des échanges avec d'autres aidants dans un lieu neutre afin de se sentir compris et de pouvoir exprimer toutes ses émotions, ses aspects négatifs mais aussi positifs de la relation d'aide ;
- Le besoin de pouvoir prendre du temps pour soi en réalisant des activités, des sorties tout en ayant une solution de « garde » adaptée pour l'aidé ;
- Le besoin d'avoir des réponses sur les aides et les services existants sur le territoire ;
- Le besoin d'être informé et d'être formé.

Afin d'éviter l'isolement et permettre le maintien de la vie sociale et relationnelle, les CCAS/CIAS menant des actions à destination des aidants proposent une palette de services souples et diversifiés visant à favoriser le « bien vieillir » et le bien-être des aidants et des aidés :

- >>>> **Créer un lieu ressources pour les aidants,**
- >>>> **Offrir un espace d'écoute, d'échanges, de rencontres et de soutien entre aidants et avec des professionnels,**
- >>>> **Valoriser l'implication des familles et leur permettre d'accéder à des solutions d'aide et de répit des aidants,**

>>>> **Préserver la santé physique et morale des aidants,**
Valoriser l'implication des aidants bénévoles au sein du service.

La crise sanitaire de la Covid-19 a accentué la nécessité de mieux repérer et accompagner les aidants isolés.

Des CCAS ont mis en place des dispositifs destinés à aider les proches aidants éloignés des personnes à domicile.

“ *L'aide aux personnes isolées et la charte du volontaire du CCAS de Ballan-Miré (Indre-et-Loire) : pendant le confinement, en parallèle de l'activation du registre canicule, le CCAS a créé un système d'aide aux personnes isolées ne relevant pas du registre de base, en les invitant, elles ou leurs proches, à prendre contact avec la mairie via un numéro d'appel dédié, service s'appuyant sur l'implication de bénévoles (ravitaillement en denrées alimentaires ou en produits de pharmacie). Une charte du volontaire a été créée à cette occasion afin de garantir la protection des bénévoles : <https://www.unccas.org/aide-aux-personnes-isolees-et-charte-du-volontaire>* ”

“ *La mise en place d'un relayage des aidants à domicile avec son équipe d'accueil de jour par le CCAS de Lomme (Nord) apportant à la fois une stimulation auprès des personnes de l'accueil de jour mais aussi et surtout un soutien devenu indispensable aux aidants, à domicile.* ”

³ S. Guérin, *La nouvelle société des seniors*, Michalon éditions, janvier 2011.

PRÉCONISATIONS

>>>> Mieux identifier et accompagner les aidants isolés

De l'importance du maillage territorial à travers des initiatives de CCAS pour le repérage des aidants isolés, qui passent, pour l'identification des aidants, par les structures d'aide à domicile, des services de portage de repas, des travailleurs sociaux, des médecins traitants, des cabinets infirmiers et des pharmacies de la commune, des résidences autonomie, des associations solidaires, des associations ludiques (club de l'amitié, la gymnastique volontaire...), le centre social, la maison de quartier accueillant un groupe de seniors, les bénévoles et l'accueil de jour du secteur, les commerçants...

>>>> Mieux évaluer les besoins des aidants face à l'accompagnement au quotidien de leur proche atteint d'une pathologie ou d'une perte d'autonomie

Exemple : Le CCAS de Guéret (Creuse) qui a créé un questionnaire à destination des proches aidants et des seniors du département dans le but de mieux cerner leurs besoins et attentes en termes de soutien moral, de soutien physique et d'information.

>>>> Rompre l'isolement des aidants en s'appuyant sur une meilleure coordination des acteurs locaux : associatifs, services municipaux, etc.

LA RECONNAISSANCE DES PROFESSIONNELS DE PROXIMITÉ

L'implication sincère des agents

En préambule, il convient de témoigner de l'implication sincère des agents des CCAS et des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) gérés par des CCAS, véritables acteurs de la solidarité. Il y a eu **très peu de droit de retrait**. L'absentéisme était lié à des cas contacts, des agents contaminés par le virus de la Covid-19, des agents en situation de fragilité et à risques de forme sévère de Covid-19, des gardes d'enfants, des arrêts maladie « classiques » (arrêts maladie, accidents de travail, maladies professionnelles).

Avant la crise, les services et établissements sociaux et médico-sociaux gérés par des

CCAS/CIAS connaissaient, déjà, **des tensions en termes de ressources humaines et des difficultés de recrutement**. La crise sanitaire n'est venue que les accroître. Pour y remédier autant que faire se peut, les services et établissements ont eu notamment **des renforts volontaires d'autres services des collectivités ou du CCAS**, ainsi que **des bénévoles**. Les agents ont été impactés en termes de fatigue physique et psychique. Les conditions de travail pourtant éprouvantes de ces agents ont d'autant plus souligné leur attachement à **leur mission de service public**. Ces missions méritent d'être valorisées davantage.

La protection des agents

Les CCAS ont toujours eu conscience de leur devoir de protection de leurs agents. De nombreux services et établissements gérés par des CCAS/CIAS étaient **tirillés entre la continuité du service public et l'obligation de protection des agents**.

En début de crise sanitaire, la prise en charge de bénéficiaires atteints du Covid-19 a engendré

de **vives inquiétudes** en l'absence de kits de protection en nombres suffisants faisant suite à la pénurie nationale. Les surcoûts engendrés par ces matériels indispensables ont également été une problématique majeure pour nos adhérents.

Ils ont d'ailleurs pris un certain nombre de mesures pour **protéger au maximum leurs agents et bénéficiaires** (ex. la limitation des déplacements).

ments des agents et des contacts afin de ne pas faire circuler activement le virus et de limiter le risque de contamination des agents).

Bien souvent, les services à domicile faisaient en sorte que les aides à domicile interviennent auprès des mêmes bénéficiaires à cette fin.

“Le CCAS de la Ville de Tournan-en-Brie (Seine-et-Marne) a mis en place **une procédure de gestion de crise** comprenant :

- Une cellule de crise
- Une gestion par priorité des interventions en réduisant ou supprimant pour certains bénéficiaires ou en groupant pour d'autres (exemple : courses groupées)
- Une réduction du nombre d'agents sur le terrain : la mise en place d'un roulement afin que les intervenants aient des temps de repos plus importants accompagnés d'une réduction des déplacements
- Une communication accrue avec les intervenants à domicile
- Un appel quotidien des bénéficiaires

”

“Le CCAS de Vannes (Morbihan) a mis en place une équipe dédiée Covid-19 et des protocoles nécessaires à une intervention chez un malade Covid-19 : un appel à volontariat en interne a été réalisé au sein du service, 5 agents se sont portés volontaires. Ces agents peuvent échanger avec un médecin et une infirmière hygiéniste délivrant une information claire sur les modes de transmission du virus, sur la compréhension des protocoles, ainsi que poser toutes leurs interrogations. Les agents ont été formés à l'utilisation des EPI au sein du centre de consultations avancé de Vannes. Lors de la mise en place de cette équipe dédiée Covid-19, le département a été associé à leurs réflexions (le département souhaitant le développer sur tout le territoire via les Espaces Autonomie).”

Les services et établissements ont également dû **accompagner psychologiquement les agents**, qui s'interrogeaient beaucoup sur **les risques** qu'ils encouraient et sur **leur responsabilité** s'ils venaient à être vecteurs de transmission du virus de la Covid-19.

LA COORDINATION TERRITORIALE

La répartition géographique des personnes de 65 ans et plus est très variable sur le territoire. Elle est très importante dans les espaces ruraux (26% en 2013) et sur les littoraux. Au cours des dernières années, elle a le plus augmenté dans les pôles urbains de taille petite et moyenne : de 16,5% en 1990 à 23,7% en 2013 dans les pôles moyens. Le vieillissement différencié des territoires appelle **des réponses différentes pour réduire les disparités territoriales**.

La coordination des acteurs autour de la personne

Sur le plan territorial, **des logiques de coordination entre acteurs** ont été développées durant la crise sanitaire de la Covid-19.

De nombreux services intervenant à domicile (SAAD, SSIAD, SPASAD), des établissements accueillant et hébergeant des personnes âgées (résidences autonomie, EHPAD...) gérés par des CCAS/CIAS ont renforcé **leurs liens et leur travail** partenarial avec les centres hospitaliers (CH), les centres hospitaliers universitaires (CHU), l'hospitalisation à domicile (HAD), les équipes mobiles (hygiène, gériatrie, soins palliatifs) les médecins et professionnels

libéraux... ou encore avec le secteur associatif pour coordonner l'aide et l'accompagnement auprès des personnes vulnérables isolées comme les personnes présentant des maladies invalidantes, les personnes en situation de handicap et les personnes âgées.

La mise en place d'un partenariat entre le CH/CHU et le CCAS/CIAS a pu se traduire par la nomination **d'un référent unique** en charge de l'organisation et de l'information, de conseils logistiques et de participer aux réunions régulières avec le CH/CHU et l'ensemble des établissements du secteur.

Pendant la crise, certains CCAS/CIAS ont mis en place **des prises en charge mutualisées de bénéficiaires** par leurs SAAD avec des ESMS partenaires.

“ Le CCAS d'Yvetot (Seine-Maritime) a créé une équipe relai disponible pour intervenir au domicile en cas de signalement d'un besoin.

Le CCAS de Loos avait pour consigne de la plupart des médecins traitants et soignants de maintenir les personnes à domicile le plus longtemps possible, avec potentiellement la mise en place d'une collaboration avec l'HAD de leur secteur en fonction des besoins en soins, matériels et prescriptions.

Le CIAS de Thonon Agglomération (Haute-Savoie) travaillait en partenariat avec les SSIAD et infirmiers libéraux pour la prise en charge et le retour de l'hôpital de certains bénéficiaires Covid-19.

”

Le recours à la téléconsultation a permis de limiter les déplacements et risques de contamination des bénéficiaires tout en limitant les effets délétères d'une rupture ou d'un renoncement aux soins.

“ La création d'un espace de téléconsultation à Nice a permis de mettre en place la téléconsultation pour tous. Un accès est prévu pour les personnes en situation de précarité, les personnes âgées isolées, les communes sans médecin.

”

La téléconsultation a également apporté son concours à **la lutte contre les effets néfastes de la crise sanitaire en termes de santé mentale**.

“ Le CCAS de Nantes (Loire-Atlantique) a organisé des téléconsultations, au sein de sa résidence autonomie, pour des résidents atteints de troubles psychiques, ce qui a pu aider à la mise en place des aménagements et activités destinés à limiter les effets du confinement pour l'ensemble des résidents.

”

PRÉCONISATIONS

- »»»» Poursuivre les logiques de coordination territoriales entre acteurs développées durant la crise sanitaire de la Covid-19
- »»»» Renforcer les liens et le travail partenarial entre les secteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires
- »»»» Généraliser le recours à la téléconsultation
- »»»» Lutter contre les effets néfastes de la crise sanitaire en termes de santé mentale

La coordination stratégique et opérationnelle

Entre février et mars 2020, les CCAS ont mis en place **des cellules de crise** accompagnées de mesures spécifiques pour assurer les prises en charge à domicile.

NB : dans chaque département, un plan d'alerte et d'urgence au profit des personnes âgées et des personnes en situation de handicap en cas de risques exceptionnels est institué (article L. 116-3 du CASF). Il est mis en œuvre sous l'autorité du représentant de l'Etat dans le département. Il prend en compte, le cas échéant, la situation des personnes les plus vulnérables du fait de leur isolement. Ce plan a été déclenché dans le cadre de la crise sanitaire de la Covid-19.

Les CCAS ont également garanti **une permanence téléphonique** en semaine pour l'aide à domicile des personnes vulnérables, l'urgence alimentaire, ainsi que la domiciliation.

Les CCAS/CIAS gérant les prises en charge à domicile (SAAD, SSIAD, SPASAD) se sont dotés **d'un plan de continuité d'activité** (PCA) ou l'ont activé. Les résidences autonomie gérées

et les EHPAD gérés par des CCAS/CIAS ont mis en place **le plan bleu** en l'adaptant à leurs spécificités.

Des agents de la collectivité ont été redéployés sur la base du **volontariat** : agents de la culture (musées fermés...) ou des sports affectés en renfort dans les résidences autonomie (à l'image du CCAS de Cherbourg-en-Cotentin).

Certaines missions ont été déléguées à des services municipaux pour faciliter les besoins des bénéficiaires non prioritaires les plus autonomes (accompagnements véhiculés pour les courses, pharmacies, retrait d'espèces, ...).

Un lien spécifique avec les commerçants a souvent été mis en place afin d'approvisionner les personnes âgées et les personnes en situation de handicap ou malades.

Afin de faciliter les signalements en période de crise, **des astreintes** accompagnées de la **communication de numéros aux bailleurs** ont été mises en œuvre.



PRÉCONISATIONS

Afin d'optimiser la réponse à une crise sanitaire, les communes ou CCAS peuvent élaborer un « **guide de procédures de gestion de crise** » pour leurs propres services et pour les structures dont elles ont la charge. L'élaboration d'un tel guide peut permettre de mieux organiser la gestion d'une crise sanitaire et de mieux préparer les outils opérationnels relevant du niveau de la commune.

Rédigé après **identification des moyens**, ce guide peut comprendre les éléments suivants :

- Le rappel des objectifs et du contenu du plan ;
- La présentation de la cellule de veille et/ou de crise ;
- La procédure de constitution et de mise à jour du registre nominatif ;
- Des fiches – réflexe selon les niveaux d'alerte explicitant « Qui fait quoi ? Comment ? » ;
- Une liste de contacts...

La préparation à de telles situations nécessite en effet de passer à la fois par **des exercices en amont** mais aussi par **des procédures de gestion de crise** à déclencher en cas de survenance d'une crise.

La réponse à la crise sanitaire passe par **la formation, l'information, la communication, l'anticipation, la réactivité, le recensement des besoins, l'alerte des habitants de la**

commune, l'organisation de la continuité du service (avec l'activation du PCA ; la mise en place d'un travail en mode dégradé dans le cas présent), **l'appel aux agents volontaires** (dont les agents d'autres services de la commune), aux partenaires et associations, aux bénévoles, l'appel aux dons, la mise en place de **référénts**, la mise en place de **protocoles** (dont des protocoles d'intervention à domicile), la **logistique** avec notamment la remise de kits à chaque intervenant à domicile accompagnés de vidéos d'information et de formation aux risques et à la réponse associée, la création de différents **listings** (besoins des personnes vulnérables, distribution des aides alimentaires, distribution des aides financières...), la mise en place d'une **ligne téléphonique dédiée** à la crise sanitaire, la **veille sanitaire et sociale**, la mise en place d'un accompagnement et d'un **soutien psychologique** tant des agents que des bénéficiaires du CCAS, la mise en place de **retours d'expériences** pour déterminer là où cela n'a pas fonctionné.

Opportuns, les exercices de préparation à de tels scénarios nécessiteraient **d'être inclus dans le projet d'établissement ou de service. La formation des agents à ces risques pourrait être valorisée dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM).**

Améliorer la vie quotidienne des seniors en tant que citoyens

Selon les projections de l'INSEE, en 2030, près de 16,5 millions de personnes seront âgées de 65 ans et plus, soit 23,5% de la population française, et 18,9 millions en 2040 (26,1%).

L'ACCÉLÉRATION DU VIEILLISSEMENT ET LES IMPACTS POUR LES VILLES

A l'horizon 2030, le nombre de personnes âgées de 85 ans et plus augmentera de près de 412 000, grâce au **gain de longévité**.

Ensuite, le vieillissement ira en s'accroissant. Les personnes âgées d'au moins 85 ans augmenteront de près de 1 387 000 entre 2030 et 2040, ce qui représente une hausse de 54%.

Les collectivités locales vont se retrouver concernées à des degrés divers par le vieillissement de la population. Elles seront confrontées à des **enjeux d'aménagements**, tant en termes

de parc de logements, d'aménagements urbains et de besoins de services à la personne⁴.

L'entrée en situation de perte d'autonomie sera en moyenne plus tardive, mais pour des durées en moyenne plus longues. L'augmentation de l'espérance de vie fera qu'une part croissante de la population atteindra des âges où la prévalence de la perte d'autonomie est élevée.

De fait, les territoires sont marqués inégalement par la perte d'autonomie à domicile⁵.

L'ENJEU DU MAINTIEN CHEZ SOI

Au cours du vieillissement, le maintien à domicile, chez soi, symbole d'inclusion sociale et d'intégration, devient un enjeu du « **bien vieillir** ». Plusieurs rapports⁶ sont venus souligner l'importance de **l'adaptation de l'habitat au vieillissement**.

La priorité du maintien à domicile a été affirmée dans tous les plans destinés aux personnes âgées dépendantes : « vieillissement et solidarité » en 2003, « solidarité grand âge » en 2006, plan « Alzheimer » en 2008-2012, plan maladies neuro-dégénératives 2014-2019...

Un senior à domicile sur cinq est régulièrement aidé dans les tâches du quotidien. En 2015, 3 millions de personnes âgées de 60 ans ou

plus vivant à domicile déclarent être aidées régulièrement pour les activités de la vie quotidienne, en raison de leur âge ou d'un problème de santé⁷.

Réformé début 2016 dans le cadre de la loi d'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015, dite loi ASV, le dispositif d'**allocation personnalisée d'autonomie** (APA) est perçu par plus de 758 000 bénéficiaires à domicile en France, pour une dépense qui s'élève à plus de 3,3 milliards d'euros⁸.

En décembre 2017, les bénéficiaires de l'APA à domicile, tous GIR confondus, ont en moyenne un plan d'aide notifié d'un montant de 547 euros mensuels. La participation du conseil départe-

⁴ HCFEA, « Mobilités résidentielles des seniors et aménagements des Territoires, tome I, Etat des lieux », « Politiques de l'autonomie et aménagements du territoire, Tome II : Pistes », rapports adoptés par le Conseil de l'âge le 8 juillet 2021.

⁵ BRUNEL M. et CARRERE A. (2019), « La perte d'autonomie des personnes âgées à domicile. Quelles disparités entre départements ? », Dossiers de la Drees, n°34.

⁶ BOULMIER M. (2009), L'adaptation de l'habitat au défi de l'évolution démographique : Un chantier d'avenir, Rapport remis à monsieur Benoît Apparu, Secrétaire d'Etat au logement et à l'urbanisme ; BOULMIER M. (2012), Bien vieillir à domicile : enjeux d'habitats, enjeux de territoires, Paris, La Documentation Française.

⁷ Drees (2019), « Un senior à domicile sur cinq aidé régulièrement pour les tâches du quotidien », Etudes et résultats, n°1103.

⁸ Drees, Résultats de l'enquête trimestrielle sur l'APA à domicile en 2016-2017, Latourelle J. (2019), « Deux ans d'application de la loi d'adaptation de la société au vieillissement », Etudes et résultats, n°1109.

mental s'élève en moyenne à 434 euros, soit plus de quatre fois celle du bénéficiaire (113 euros). Les montants notifiés des plans d'aide s'élèvent en moyenne à 1 250 euros mensuels pour les GIR 1, 940 euros pour les GIR 2, 650 euros pour les GIR 3, 360 euros pour les GIR 4 et leur financement est majoritairement à

la charge du conseil départemental (80% en moyenne tous GIR confondus). Les bénéficiaires en GIR 1 participent à hauteur de 16% au plan, contre 19% pour les GIR 2, 20% pour les GIR 3, tandis que ceux en GIR 4 s'acquittent en moyenne, de 22% du montant.

LES IMPACTS DE L'AIDE À DOMICILE

L'aide à domicile fournie aux personnes âgées dépendantes a différents impacts. Il existe, en effet, **un lien de causalité entre l'aide à domicile et l'état général des personnes âgées dépendantes**. Une heure d'aide à domicile par semaine pendant un an diminue la probabilité de recourir aux urgences de 11% pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Elle amoindrit la probabilité d'être contraint d'aller en EHPAD de 6% tout en augmentant la probabilité d'être en meilleure santé men-

tale et physique. Elle a également **des effets sur les finances publiques**. La diminution des hospitalisations d'urgence réduit les coûts en matière de protection sociale. L'embauche des intervenants de l'aide à domicile génère également **des recettes fiscales** (impôts, cotisations sociales, TVA). Chaque euro public consacré à l'aide à domicile en direction des personnes âgées dépendantes générerait 1,62 euros de gains socioéconomiques⁹.

LA SITUATION CRITIQUE DES SERVICES D'AIDE À DOMICILE

Les services d'aide à domicile doivent faire face à une situation souvent difficile, voire alarmante dans certains cas, quant au niveau de trésorerie, de fonds propres des services, qui, une fois comblés les résultats négatifs sur plusieurs années, se retrouvent dans l'incapacité d'assurer **la survie de la structure**. De nombreux rapports ont été publiés sur la question¹⁰. Les raisons conjoncturelles de ces difficultés financières sont essentiellement dues à **la contraction des financements publics**, notamment de la part des conseils départementaux, mais également des difficultés de trésorerie dues à des paiements différés des financeurs.

D'autres difficultés existent. **Une baisse du volume d'activité** a pu être constatée ainsi qu'**une sous-utilisation des plans d'aide APA** par les bénéficiaires.

De plus, le coût de revient des services n'est pas couvert par le niveau de tarification. **Seule une minorité de services ne note pas de déficit horaire** : le déficit horaire moyen est de 4,1

euros par heure¹¹. Les règles de tarification sont appliquées de façon extrêmement variable d'un département à l'autre. Cette hétérogénéité accélère bien souvent les difficultés financières du secteur en ne prenant pas suffisamment en compte **les spécificités des services rendus et la prise en charge de bénéficiaires en situation sociale complexe et précaire** par les services gérés par des CCAS/CIAS.

En outre, les charges des services d'aide à domicile ont essentiellement trait aux frais de personnel, entraînant **la rigidité de la structure des coûts**. La question de **la prise en charge des heures dites « improductives »** est d'une importance capitale. Les SAAD gérés par des CCAS estiment majoritairement que leur déficit s'est creusé au cours des dernières années. La sinistralité entraîne également des répercussions en raison du coût du remplacement des agents en arrêt maladie ou de leur reclassement. Le taux de sinistralité dans les SAAD est supérieur à celui dans le BTP¹². Les marges de manœuvre des services pour optimiser les coûts sont limitées.

⁹ Rapport Citizing (2018), *L'aide et les soins à domicile, des dispositifs souhaitables ?*

¹⁰ POLETTI B. (2012), Mission relative aux difficultés financières de l'aide à domicile et aux modalités de tarification et d'allocation de ressources des services d'aide à domicile pour publics fragiles ; VANLERENBERGHE J.-M. et WATRIN D. (2014), Rapport d'information fait au nom de la Commission des Affaires Sociales du Sénat sur l'aide à domicile ; BRANCHU C. et JAOUEN V., NAVES P. (2015), Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) sur l'évaluation des expérimentations relatives à la tarification des services d'aide et d'accompagnement (SAAD) ; LABAZEE G. (2017), Mission relative à la tarification et aux perspectives d'évolution des services d'aide et d'accompagnement à domicile.

¹¹ Enquête UNCCAS, décembre 2015.

Enfin, la pénibilité des métiers « invisibles » du domicile et leur non-reconnaissance financière ne sont pas sans conséquence. Le secteur

souffre de **difficultés de recrutement** et d'un **manque d'attractivité criant**.

L'ACCÈS HÉTÉROGÈNE AUX SOINS À DOMICILE

Alors même que le vieillissement est bien souvent synonyme d'une prévalence plus élevée de maladies chroniques, de limitations fonctionnelles et de la mise en évidence de la fragilité¹³, les **difficultés d'accessibilité aux soins** viennent amplifier l'effet de la précarité des personnes accompagnées par les CCAS/CIAS et accroître le risque de renoncement aux soins avec toutes ses conséquences sur la dégradation de l'autonomie et l'isolement social.

Les inégalités s'accroissent entre les communes les moins bien dotées et celles qui le sont le plus¹⁴. Dans une zone où l'accessibilité aux

soins est très faible, leur risque de **renoncer à des soins** est près de huit fois supérieur à celui du restant de la population¹⁵. Ce non-recours aux soins vient générer un coût supplémentaire, en sus d'une dégradation de l'état de santé.

A mesure que le niveau de dépendance augmente, le recours à des médecins spécialistes décroît. Les dépenses en spécialistes, dentaires et optique des personnes âgées à domicile s'amenuisent avec l'aggravation de la perte d'autonomie¹⁶. Le manque de mobilité est le premier frein au recours aux soins dentaires, suivi par les troubles cognitifs¹⁷.

LES FREINS AU DÉVELOPPEMENT DES SERVICES DE SOINS À DOMICILE (SSIAD)

Bien que moins nombreux que les CCAS gestionnaires de SAAD, les CCAS gérant des SSIAD font état de multiples freins à leur développement.

Ces dernières années, les SSIAD font face à **l'augmentation du niveau de dépendance** accompagnée d'une **prise en charge de bénéficiaires en situation sociale complexe et précaire** induisant une présence plus longue auprès des bénéficiaires (temps de soin augmenté), une présence plus fréquente (hausse des demandes 7 jours sur 7), une prise en charge croissante de personnes présentant souvent des polyopathologies, une augmentation des temps d'échange en équipe pluridisciplinaire et une majoration du temps de la coordination des infirmiers du service. L'environnement de **l'inadaptation des logements** et des difficultés financières pour réaliser des aménagements rend les interventions encore plus complexes. A cela, viennent s'ajouter **les retours d'hospitalisation** parfois chaotiques avec un état fortement dégradé du patient.

Le modèle de tarification actuel des SSIAD s'avère **peu adapté à l'accompagnement de ces situations lourdes**. Le coût des soins infirmiers est supérieur aux marges de manœuvre laissées par les dotations. **La lourdeur administrative** mobilise beaucoup de temps infirmier (direction et coordination) au détriment de l'accompagnement des personnes. **La dualité budgétaire** rend complexe la gestion des services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) pour les CCAS qui en gèrent un.

A ces freins, s'ajoutent **les difficultés de recrutement** propre au secteur du domicile précitées, avec, similairement, **l'usure des professionnels, le turn-over des équipes... La disponibilité des praticiens de ville débordés**, en raison de leur nombre de plus en plus restreint compte-tenu de l'âge moyen des professionnels du secteur libéral, ne vient pas simplifier les prises en soins à domicile.

¹² Rapports statistiques de la CNRACL <https://www.cnracl.retraites.fr/employeur/prevention-risques-professionnels/actualites/sinistralite-mp-mise-en-ligne-des-rapports-statistiques-2017>

¹³ IRDES, Dépenses de santé, vieillissement et fragilité : le cas français, DT n°71, juin 2016.

¹⁴ Drees, En 2018, les territoires sous-dotés en médecins généralistes concernent près de 6% de la population, Etudes et résultats, n°1144, février 2020.

¹⁵ Drees, Renoncement aux soins : la faible densité médicale est un facteur aggravant pour les personnes pauvres, Etudes et résultats, n°1200, juillet 2021.

¹⁶ Drees, Dépenses de soins de ville des personnes âgées dépendantes, Dossiers Solidarité et Santé, n°42, août 2013.

¹⁷ Inserm, Abu-Zaineh, Clerc-Urmes I, Davin B, Lupi-Pégurier L, Paraponaris A, Thiébaud S, Ventelou B (2012), « Recours aux soins et état de santé buccodentaire des seniors dépendants », Rapport final Appel à projet « Handicap et perte d'autonomie ».

PRÉCONISATIONS

LE MAINTIEN CHEZ SOI

- »»»» Lutter contre le risque de renoncement aux soins à domicile
- »»»» Tendre vers une refonte de l'allocation des ressources des SAAD avec une tarification tenant compte de l'ensemble des coûts, y compris indirects
- »»»» Mettre l'accent sur la prévention de la perte d'autonomie appuyée par le soutien d'alternatives innovantes entre maintien à domicile et établissements
- »»»» Prévoir des effectifs doublés de temps d'intervention suffisants permettant de se consacrer à l'accompagnement personnalisé et d'avoir des temps dédiés à la prise de recul nécessaire lors de prises en charge plus complexes à domicile
- »»»» Intégrer les temps de coordination dans les rémunérations et le financement des services à domicile
- »»»» Avoir une tarification plus adaptée des SSIAD à l'accompagnement de situations lourdes, de publics en situation de perte d'autonomie et de polypathologies
- »»»» Revaloriser la prise en charge des soins en accordant une partie de l'enveloppe soins sur la prise en charge de pathologies lourdes ou chroniques avec un pourcentage de places ouvertes dédiées à ces prises en charge
- »»»» Prévoir des dotations financières des SSIAD garantissant une augmentation des effectifs de personnels qualifiés (aides-soignants, ergothérapeutes, AMP...)
- »»»» Se doter d'une politique ressources humaines attractive (plus grande professionnalisation, diversification des compétences, revalorisations salariales, qualité de vie au travail...) des métiers du domicile¹⁸
- »»»» Favoriser l'évolution de carrière entre les services à domicile et les établissements



¹⁸ La politique « Ressources Humaines » au cœur des organisations, 2017.

PRÉCONISATIONS (SUITE)

L'INCLUSION SOCIALE

- Généraliser les logements évolutifs facilitant la prise en charge à domicile par des services d'aide et de soins à domicile ou l'hospitalisation à domicile, logements facilement aménageables en cas de difficultés dans la mobilité

Une chambre et une salle de bain agrandies pour permettre l'aide au lever ou à la toilette et l'éventuelle installation d'un lit médicalisé, une cloison entre la salle de bain et les toilettes facile à supprimer, des WC suspendus, une douche facilitant le transfert à partir d'un fauteuil et l'aide à la toilette, un lavabo permettant l'accès au fauteuil, des volets roulants électriques, une cuisine modulable en cas d'handicap, des couleurs des parties communes et des appartements compatibles avec la survenue de problème de vision

- Favoriser tout ce qui permet de contribuer au maintien de l'autonomie des seniors : proximité des commerces, des lieux d'animation, des services publics, accessibilité des logements, aménagements de l'intérieur des logements

- Renforcer l'inclusion et la participation sociale des seniors

Renforcer la place des usagers dans le fonctionnement et la vie sociale des services et établissements : coconstruire le projet d'accueil et d'accompagnement et favoriser la prise de décision participation avec les usagers

- Valoriser l'engagement social des seniors dans la vie locale

- Valoriser et consolider les liens entre générations



Diversifier l'offre intermédiaire préventive entre le domicile et l'établissement d'hébergement pour personnes âgées

Comme le rappelle Dominique Libault, dans son Rapport remis en mars 2019, le maintien au domicile « historique » rencontre **des limites bien connues** : « risque d'isolement, intensification de la sollicitation des proches aidants, inadaptation du logement aux limitations de la mobilité, difficulté de coordination des intervenants ». Le respect du libre choix et du souhait majoritaire des personnes âgées de « **rester chez soi le plus longtemps possible** » appelle un développement et la diversification de l'offre intermédiaire entre le domicile et l'EHPAD, comme les résidences autonomie.

Selon des scénarios d'évolution du nombre de places en EHPAD à la suite du **report d'une partie des personnes âgées vers des formes d'habitat intermédiaire** entre les logements ordinaires et les EHPAD, le nombre de personnes en résidence autonomie s'élevant actuellement à environ 100 000, devrait alors être multiplié par 1,5 à 2,5 en 2030. Les EHPAD se concentreraient sur l'accueil des personnes âgées les plus dépendantes.

LE PAYSAGE TERRITORIAL EN PLEINE MUTATION

En 2017, les résidences autonomie représentaient **2 312 structures en France**¹⁹. 59% d'entre elles percevaient le forfait soins. 67% des résidences autonomie ont un statut public et 31% sont privées à but associatif.

La capacité d'accueil des résidences autonomie est généralement **comprise entre 30 et 60 résidents**. En moyenne, tous secteurs confondus, elles accueillent 48 personnes âgées. Ce sont principalement des personnes âgées de plus de 60 ans dont la plupart vivent seules²⁰.

Dans la majorité des cas, ce sont les résidents qui ont pris la décision personnelle d'intégrer une résidence autonomie avec **un ancrage local**

fort²¹. La plupart des résidents habitaient déjà la commune où se situe la résidence.

Les principaux motifs d'entrée en résidence autonomie sont :

- L'anticipation et la prévention de la santé pour vieillir entouré et en sécurité
- L'inadaptation du logement
- La difficulté à entretenir son logement
- Le rapprochement familial

Selon l'enquête de l'UNCCAS de 2012²², plus de 1 000 logements-foyers/résidences autonomie sont gérés par des CCAS, ce qui en fait **l'ESMS le plus fréquemment géré par les CCAS/CIAS**.

L'APPARITION DE NOUVEAUX PUBLICS

Les CCAS/CIAS gestionnaires d'établissements et services médico-sociaux (ESMS) relèvent **une évolution du public accueilli en résidences autonomie** avec de nouveaux publics :

- Les personnes handicapées vieillissantes,
- Les personnes atteintes de troubles psychiques,
- Les personnes souffrant d'addictions,
- Les personnes sans domicile fixe.

¹⁹ Direction générale de la cohésion sociale. Extraction FINESS décembre 2016.

²⁰ Aouci S., Gallou R., Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse (CNAV), Choisir de vivre en logement-foyer, entre indépendance et collectivité. Cadr'@ge – Etudes, recherches et statistiques de la CNAV : 2016, n°32.

²¹ Ibid.

²² Enquêtes et observations sociales, « Les logements-foyers gérés par les CCAS et CIAS », octobre 2012, n°4.

L'accueil de ces nouveaux publics nécessite **un travail en amont avec les autres résidents** et **une adhésion des nouveaux publics accueillis**

à **l'accompagnement médico-social** au quotidien en résidences autonomie, ainsi qu'un renforcement des partenariats.

L'ACCOMPAGNEMENT MÉDICO-SOCIAL AU QUOTIDIEN DES RÉSIDENTS

Les CCAS gestionnaires de résidences autonomie s'alarment également de **la précarité grandissante** de personnes âgées accueillies dans leurs établissements. La gestion au quotidien de cette précarité est complexe.

Aucune loi n'est venue véritablement prendre en compte l'augmentation de la précarité des personnes âgées, créant par là-même des disparités socio-économiques, alors même que la prise en charge deviendra de plus en plus individualisée.

L'accueil de ces nouveaux publics est également susceptible d'engendrer **des difficultés** qu'il convient d'anticiper. Cela nécessite **une formation spécifique du personnel** de l'établissement. Les personnes handicapées vieillissantes peuvent être un peu déroutées face à l'encadrement bien moindre en résidences autonomie que celui connu dans le champ du handicap.

Les résidents sont également susceptibles d'avoir besoin **d'un accompagnement social** plus important.

L'HÉTÉROGÉNÉITÉ DE L'ALLOCATION DES FORAITS AUTONOMIE

L'allocation des forfaits autonomie créés par la loi d'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015 s'avère variable d'un département à l'autre alors même qu'ils sont

susceptibles de **donner une impulsion à la diversification des activités** proposées aux résidents et de **prévenir véritablement la perte d'autonomie**.

LE MANQUE D'ATTRACTIVITÉ DES RÉSIDENCES AUTONOMIE

Similairement aux autres ESSMS du secteur des personnes âgées, les résidences autonomie sont confrontées à de **fortes tensions sur les ressources humaines**, majorées durant la

crise sanitaire, et à des **difficultés de recrutement de personnels qualifiés** en gérontologie ou ayant au minima des notions d'éthique et de dignité de la personne.

LE BESOIN DE RENOUVEAU ET D'ÉVOLUTION DES RÉSIDENCES AUTONOMIE

Les résidences autonomie gérées par des CCAS/CIAS se caractérisent bien souvent par des besoins en travaux de réhabilitation en matière de :

- Confort/modernisation (79%) ;
- Mise en conformité à la réglementation relative à l'accessibilité (60%) ;
- Sécurité incendie (36%) ;
- Normes environnementales (34%).

La question de l'avenir des résidences autonomie gérées par des CCAS se pose donc dans un contexte marqué par **un paysage territorial en pleine mutation** (progression de l'intercommunalité, liens avec les partenaires...) et **une progression constante des besoins sociaux versus une contingence de moyens**.

PRÉCONISATIONS

- »»»» Créer un outil de gouvernance répondant à une meilleure définition de l'autonomie en résidence autonomie, incluant à la fois autonomie cognitive et autonomie fonctionnelle (instrument englobant la grille AGGIR et le test « Montreal Cognitive Assessment » (MOCA)), en vue d'assurer une meilleure prévention de la perte d'autonomie
- »»»» Procéder à une analyse plus fine de l'autonomie des résidents et de son évolution
- »»»» Accroître les ressources humaines et financières des résidences autonomie
- »»»» Financer et renforcer l'accompagnement social et médico-social des résidents
- »»»» Former le personnel des résidences autonomie à l'accueil de personnes en situation de handicap et de personnes handicapées vieillissantes, à l'accompagnement de la fin de vie
- »»»» Développer des modules de formation continue transversaux ouvrant des perspectives d'exercice professionnel diversifiées auprès de personnes en situation de vulnérabilité et facilitant les reconversions professionnelles
- »»»» Encourager la création de structures intermédiaires entre la rue et les résidences autonomie
un lieu d'accueil et d'hébergement pour les personnes sans abri ouvert au grand public par l'intégration de plusieurs autres activités (restaurant social, jardins partagés, commerces, bureaux, locaux associatifs...).
- »»»» Diversifier l'offre en ouvrant davantage sur l'extérieur les résidences autonomie
intergénérationnel, habitats alternatifs, redynamisation des activités, ateliers numériques...)



Pour une dynamique gérontologique locale renouvelée et modernisée en EHPAD

D'ici 2050, dans la plupart des régions, la part des 75 ans et plus dans la population va presque doubler²³. Les évolutions seront encore plus frappantes outre-mer. A l'horizon 2030, il faudrait créer 110 000 places en EHPAD et plus de 250 000 places en 2040.

L'AGGRAVATION DU NIVEAU DE DÉPENDANCE ET DU BESOIN EN SOINS DES RÉSIDENTS

La transformation est profonde avec une arrivée en EHPAD de plus en plus retardée à mesure que la politique de maintien à domicile progresse et du fait d'un niveau de dépendance et de besoins de soins aggravé. Fin 2015, moins de 11% des entrées en EHPAD concernaient des résidents en GIR 5 et 6 avec un niveau d'autonomie significatif²⁴.

La prévention devrait être pleinement intégrée au financement des EHPAD. Il est, d'ailleurs, plus facile pour les établissements offrant une mixité de l'offre d'hébergement de travailler sur la prévention en coordination avec les partenaires extérieurs, acteurs de la coordination gérontologique locale.

Le recours à des professionnels de santé libéraux se révèle être souvent un « casse-tête » pour les EHPAD gérés par des CCAS, ce qui a un impact non négligeable sur la qualité de la prise en charge des résidents. **La répartition inégale des médecins généralistes** est particulièrement marquée pour les plus jeunes d'entre eux²⁵. Une réticence des médecins à s'installer dans des zones rurales et semi-urbaines ainsi que dans les zones urbaines dites « difficiles » transparaît également. Les médecins libéraux

sont de moins en moins disponibles. Il s'avère également **difficile de recruter des kinésithérapeutes libéraux** entraînant un recours à des animateurs d'activités physiques adaptées ayant une formation en Sciences techniques des activités physiques et sportives (STAPS).

Les EHPAD sont amenés à **gérer un nombre croissant de résidents atteints de pathologies psychiatriques** sans être à même de répondre à cette demande de plus en plus forte. Ils ne sont majoritairement pas en mesure de gérer la prise en charge de la démence et des troubles du comportement, qui appellent **des compétences spécifiques et un suivi régulier**.

Un enjeu non négligeable réside dans **le soutien psychiatrique** et **une meilleure connaissance des pathologies gériatriques**.

Autour du cœur de l'accompagnement en soins des résidents en EHPAD, existe **une tension continue entre les besoins et les moyens**, qu'il conviendrait de résoudre afin de conduire à **des situations d'organisation de soins plus satisfaisantes dotées d'une équipe médicale et paramédicale renforcée** (infirmiers, aides-soignants, ergothérapeutes, psychologues...).

L'AUGMENTATION DES RÉSIDENTS ATTEINTS DE MALADIES NEURODÉGÉNÉRATIVES

Les EHPAD gérés par des CCAS sont confrontés à d'**importantes problématiques de fonctionnement** inhérentes au pourcentage de personnes atteintes de maladies neurodégénératives.

Fin 2015, environ 260 000 résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées souffrent de la Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées (MAMA). En EHPA, environ 36% des résidents sont atteints d'une MAMA²⁶. Ce

²³ INSEE, Omphale 2017, scenario central.

²⁴ Drees, L'accueil des personnes âgées en établissement entre progression et diversification de l'offre, résultats de l'enquête EHPA 2015, Dossier n 20, septembre 2017.

²⁵ DREES-IRDES, « L'accessibilité potentielle localisée (APL) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux généralistes libéraux », Questions d'économie de la santé, n 174, mars 2012.

²⁶ Drees, 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015, Etudes et Résultats n 1015, juillet 2017.

chiffre croît à 40% pour les EHPAD publics à la différence des résidences autonomie (2,5%). La maladie d'Alzheimer représenterait entre 60% et 70% des démences.

Le nombre de démences liées aux MAMA devrait **augmenter** proportionnellement au nombre de personnes âgées, le principal facteur de risque

des MAMA étant l'âge. Selon l'INSERM, les projections en 2030 atteindraient 1,75 million de cas contre 1 million de cas en 2010.

Les CCAS gestionnaires d'EHPAD en viennent à se demander si, à terme, ils ne feront plus que cela.

LA PRISE EN CHARGE DE PUBLICS EN SITUATION DE VULNÉRABILITÉ SOCIALE ET FINANCIÈRE

Du fait de la création et de l'attractivité des résidences services, **un changement du public des EHPAD** gérés par des CCAS/CIAS est notable ces dernières années.

Les CCAS ont un rôle majeur à jouer dans la prise en charge de ces publics en situation de plus grande fragilité financière, qui peuvent, parfois, **subir la double peine de résider dans des zones plus rurales ou moins bien pourvues**. L'acuité de cette question n'ira pas en s'amoin-drissant.

Dans les dix à vingt prochaines années, les personnes retraitées pourraient connaître **de plus grandes difficultés financières** à la différence d'aujourd'hui où elles sont, en moyenne, dans les classes sociales les plus aisées²⁷. L'âge de

validation du premier trimestre pour la retraite augmente au fil des générations, du fait de l'allongement de la durée des études et de la montée du chômage des jeunes²⁸. Le début de carrière est plus tardif, quel que soit le niveau de diplôme. La reconstitution des carrières et la validation des trimestres pour la retraite sont plus ardues qu'auparavant.

Les CCAS prendront en charge ce public alors même qu'ils ont, dans le même temps, **les contraintes les plus fortes**. Ils vont **subir un « effet ciseaux »** alors que leurs principaux financeurs, les départements, subissent eux-mêmes déjà cet effet du fait de ressources de plus en plus faibles et de dépenses sociales de plus en plus importantes.

LA COMPLEXITÉ DE LA GOUVERNANCE

La difficulté tient dans **la complexité de la négociation avec deux autorités de tarification**.

Les négociations doivent s'effectuer très en amont avec l'ARS, sans quoi le Conseil Départemental ne donne pas son quitus.

Si les orientations de l'ARS et du Département doivent converger, dans la pratique, les **contraintes financières** ne se ressentent pas de la même manière. Des marges de manœuvre existent en soins alors qu'elles sont impossibles en dépendance et très rares en hébergement.

Les CCAS gestionnaires d'EHPAD sont demandeurs d'une évolution du rôle des tutelles (ARS et Conseils Départementaux) vers **un véritable accompagnement et soutien**.

Ils ont le sentiment qu'au travers de **la convergence tarifaire**, l'on a voulu tirer vers le bas en s'appliquant à prendre modèle sur le secteur privé alors même que ce ne sont ni les mêmes résidents ni le même prix de journée.

Notons ainsi que la réforme de la contractualisation a créé **un sentiment de subordination** et **une position déséquilibrée entre les parties contractantes**. Les exigences de la part des financeurs ont augmenté. Les procédures et les indicateurs sont plus prégnants. Autant de limites à noter, même si les CPOM donnent plus de souplesse dans l'utilisation des ressources et permettent de prévoir et d'accompagner des opérations de transformation et de restructuration de l'offre.

²⁷ Drees, 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015, Etudes et Résultats n°1015, juillet 2017.

²⁸ Drees, Etude sur la participation des résidents au financement des dépenses liées à la perte d'autonomie en établissement, Etude et recherches n°1095, novembre 2018.

²⁹ Drees, Les droits à la retraite acquis en début de carrière, Dossiers Solidarité et Santé n°60, janvier 2015.

LES DIFFICULTÉS DE RECRUTEMENT ET L'INSTABILITÉ DES ÉQUIPES

Près d'un EHPAD sur deux est confronté à des difficultés de recrutement²⁹. 38% des établissements du secteur public peinent à attirer des candidats. 9% en moyenne des EHPAD ont des postes non pourvus.

Les CCAS gestionnaires d'EHPAD ne font pas exception. Ils sont confrontés à des difficultés de recrutement et **des conditions de travail difficiles**, ainsi qu'à une sous dotation en soignants

en raison de **politiques tarifaires basses** et de **l'incapacité de compléter le déficit de dotation par d'autres ressources**.

Les dépenses de personnel en EHPAD représentent **le premier poste budgétaire** mobilisant 89% du budget³⁰ des établissements. Le maintien de l'autonomie des résidents exige du temps d'agents.

LA NÉCESSITÉ D'UNE ÉVOLUTION DE L'OFFRE

Les structures publiques territoriales sont plutôt présentes sur des EHPAD de soixante places et moins (voire quarante-cinq places) de par son intervention interstitielle dans des zones où bien souvent plus personne d'autre n'intervient. Les CCAS gèrent environ 8% des places. Si les CCAS des villes en gèrent généralement plusieurs, près de 40% de ces établissements sont néanmoins des territoires de moins de 10 000 habitants sachant que les EHPAD ruraux affichent des Gir Moyen Pondéré (GMP) et Pathos Moyen Pondéré (PMP) moins élevés que les autres.

Les contraintes normatives, de management, foncières et économiques ont contribué à pousser à la création d'EHPAD de grande taille, souvent implantés **en périphérie**, ce qui rend plus difficile les coopérations entre professionnels.

A l'horizon 2030, la priorité pour les EHPAD ne doit pas être un accroissement du nombre de places mais bel et bien **un renforcement de l'accompagnement**, qui leur permettra **une meilleure prise en charge de leurs résidents** et de **faire face aux situations de plus en plus lourdes**.



²⁹ Drees, L'accueil des personnes âgées en établissement entre progression et diversification de l'offre, Résultats de l'enquête EHPA 2015, Les Dossiers de la Drees, n°20, septembre 2017.

³⁰ Circulaire du 2 mai 2017 relative aux orientations de l'exercice 2017 pour la campagne budgétaire des ESSMS.

PRÉCONISATIONS

»»»» Simplifier la gouvernance avec une seule autorité de tarification (ARS)

»»»» Tendre vers un forfait socle, similairement aux résidences autonomie, avec un socle de prestations minimales, individuelles ou collectives, auquel s'ajoutent des prestations facultatives laissées au libre choix du résident, prestations pouvant également être proposées à des non-résidents

»»»» Doter les établissements de moyens supplémentaires

»»»» Mieux exploiter les potentialités du CPOM

Mettre en cohérence les objectifs des CCAS gestionnaires d'établissements avec les priorités de politique publique, prévoir et accompagner des opérations de transformation et de restructuration de l'offre d'un ou plusieurs établissements ou services dépendant d'une même personne morale gestionnaire.

»»»» Intégrer pleinement la prévention au financement des EHPAD

»»»» Renforcer les équipes médicales et paramédicales

- avoir plus de temps de médecins
- face au taux d'encadrement insuffisant actuel en moyenne de 0,63 ETP par résident, effectuer un rebasage en suivant l'évolution du degré de dépendance s'alourdissant régulièrement
- inclure plus d'infirmiers de pratiques avancées en vue d'apporter un soin plus personnalisé aux résidents et une meilleure prise en charge des maladies chroniques des résidents

»»»» Adapter les modules de formation à la question du grand âge (gérontologie, douleur, fin de vie...)

»»»» Apporter plus de souplesse aux modalités de recrutement et à l'avancement de carrière de la fonction publique territoriale

Revoir l'exigence de concours territoriaux (concours territorial de cadre de santé, concours territorial de médecin...) et uniformiser les critères de recrutement de la fonction publique territoriale réputés moins favorables que ceux de la fonction publique hospitalière

»»»» Revoir les modalités de coopération et de mutualisation afin de donner une plus grande liberté aux acteurs

Synthèse des recommandations

LUTTE CONTRE L'ISOLEMENT ET MAINTIEN DU LIEN SOCIAL

- ★ Un meilleur repérage et accompagnement des personnes isolées
- ★ Une meilleure identification des personnes vulnérables par la création et l'animation d'un réseau d'acteurs (professionnels et citoyens)
- ★ Un registre des personnes vulnérables plus exhaustif
- ★ Renforcer le maintien du lien social en partant du lieu de vie de la personne, son domicile ou l'établissement, et prioriser les politiques de prévention dans une approche globale : habitat, mobilité, accès aux outils numériques, etc.
- ★ Pérenniser l'important travail sur les modalités de maintien du lien social et familial réalisé durant la crise sanitaire de la Covid-19
- ★ Exploiter davantage les nouvelles complémentarités entre acteurs
- ★ Poursuivre et généraliser le soutien psychologique des personnes âgées accompagnées et hébergées

L'ACCOMPAGNEMENT ET LE SOUTIEN AUX AIDANTS ISOLÉS

- ★ Mieux identifier et accompagner les aidants isolés
- ★ Mieux évaluer les besoins des aidants face à l'accompagnement au quotidien de leur proche atteint d'une pathologie ou d'une perte d'autonomie
- ★ Rompre l'isolement des aidants en s'appuyant sur une meilleure coordination des acteurs locaux : associatifs, services municipaux, etc.

LA COORDINATION TERRITORIALE

- ★ Poursuivre les logiques de coordination territoriale entre acteurs développées durant la crise sanitaire de la Covid-19
- ★ Renforcer les liens et le travail partenarial entre les secteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires
- ★ Généraliser le recours à la téléconsultation
- ★ Lutter contre les effets néfastes de la crise sanitaire en termes de santé mentale
- ★ Elaborer des procédures de gestion de crise et s'y préparer en amont via la formation, l'information, la communication, la mise en place de référents, de protocoles, un dispositif de la veille sanitaire et sociale
- ★ Mettre en place des retours d'expériences



LE MAINTIEN CHEZ SOI

- ★ Lutter contre le risque de renoncement aux soins à domicile
- ★ Tendre vers une refonte de l'allocation des ressources des SAAD avec une tarification tenant compte de l'ensemble des coûts, y compris indirects
- ★ Mettre l'accent sur la prévention de la perte d'autonomie appuyée par le soutien d'alternatives innovantes entre maintien à domicile et établissements
- ★ Prévoir des effectifs doublés de temps d'intervention suffisants permettant de se consacrer à l'accompagnement personnalisé et d'avoir des temps dédiés à la prise de recul nécessaire lors de prises en charge plus complexes à domicile
- ★ Intégrer les temps de coordination dans les rémunérations et le financement des services à domicile
- ★ Avoir une tarification plus adaptée des SSIAD à l'accompagnement de situations lourdes, de publics en situation de perte d'autonomie et de polypathologies
- ★ Revaloriser la prise en charge des soins en accordant une partie de l'enveloppe soins sur la prise en charge de pathologies lourdes ou chroniques avec un pourcentage de places ouvertes dédiées à ces prises en charge
- ★ Prévoir des dotations financières des SSIAD garantissant une augmentation des effectifs de personnels qualifiés (aides-soignants, ergothérapeutes, AMP...)
- ★ Se doter d'une politique ressources humaines attractive (plus grande professionnalisation, diversification des compétences, revalorisations salariales, qualité de vie au travail...) des métiers du domicile
- ★ Favoriser l'évolution de carrière entre les services à domicile et les établissements

L'INCLUSION SOCIALE

- ★ Généraliser les logements évolutifs facilitant la prise en charge à domicile par des services d'aide et de soins à domicile ou l'hospitalisation à domicile, logements facilement aménageables en cas de difficultés dans la mobilité
- ★ Favoriser tout ce qui permet de contribuer au maintien de l'autonomie des seniors : proximité des commerces, des lieux d'animation, des services publics, accessibilité des logements, aménagements de l'intérieur des logements
- ★ Renforcer l'inclusion et la participation sociale des seniors
- ★ Valoriser l'engagement social des seniors dans la vie locale



L'OFFRE INTERMÉDIAIRE PRÉVENTIVE

- ★ Créer un outil de gouvernance répondant à une meilleure définition de l'autonomie en résidence autonomie, incluant à la fois autonomie cognitive et autonomie fonctionnelle
- ★ Accroître les ressources humaines et financières des résidences autonomie
- ★ Financer et renforcer l'accompagnement social et médico-social des résidents
- ★ Former le personnel des résidences autonomie à l'accueil de personnes en situation de handicap et de personnes handicapées vieillissantes, à l'accompagnement de la fin de vie
- ★ Développer des modules de formation continue transversaux ouvrant des perspectives d'exercice professionnel diversifiées auprès de personnes en situation de vulnérabilité et facilitant les reconversions professionnelles
- ★ Encourager la création de structures intermédiaires entre la rue et les résidences autonomie
- ★ Diversifier l'offre en ouvrant davantage sur l'extérieur les résidences autonomie



LA COORDINATION TERRITORIALE

- ★ Simplifier la gouvernance avec une seule autorité de tarification (ARS)
- ★ Tendre vers un forfait socle, similairement aux résidences autonomie, avec un socle de prestations minimales, individuelles ou collectives, auquel s'ajoutent des prestations facultatives laissées au libre choix du résident, prestations pouvant également être proposées à des non-résidents
- ★ Doter les établissements de moyens supplémentaires
- ★ Mieux exploiter les potentialités du contrat pluriannuel d'objectif et de moyen (CPOM)
- ★ Intégrer pleinement la prévention au financement des EHPAD
- ★ Renforcer les équipes médicales et paramédicales
- ★ Adapter les modules de formation à la question du grand âge (gérontologie, douleur, fin de vie...)
- ★ Apporter plus de souplesse aux modalités de recrutement et à l'avancement de carrière de la fonction publique territoriale
- ★ Revoir les modalités de coopération et de mutualisation afin de donner une plus grande liberté aux acteurs







Union Nationale
des Centres Communaux d'Action Sociale

Union Nationale des Centres Communaux d'Action Sociale

11 rue Louise Thuliez - 75019 Paris

Tél. : 01 53 19 85 50 - Fax : 01 53 19 85 51

E-mail : formation@unccas.org - www.unccas.org

Retrouvez-nous sur  unccas et

suivez-nous sur  @unccas et  Unccas

EDITION
NOVEMBRE 2021