



## Contribution de la CNSA à la stratégie nationale de santé (SNS)

La ministre des Solidarités et de la Santé a décidé d'adopter d'ici la fin de l'automne une stratégie nationale de santé, de façon à fixer rapidement les orientations de la politique de santé.

Pour élaborer cette stratégie nationale, différents travaux ont été engagés, par le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) notamment, et de nombreuses contributions ont été déposées. La concertation sur le projet impliquera toutes les parties prenantes avant que la Conférence nationale de santé ne soit sollicitée pour rendre un avis.

C'est dans ce cadre que la CNSA a été invitée à contribuer. Une première note rédigée par les équipes de la Caisse a été débattue dans le cadre du conseil du 23 octobre 2017. La présente contribution est constituée d'un avis du Conseil et d'une version de la note enrichie par les échanges de cette séance du 23 octobre.

## Recommandations du Conseil réuni le 23 octobre

Outre les éléments présentés dans la contribution écrite ci-après, le Conseil de la CNSA souligne l'importance :

- d'organiser la santé et les services médico-sociaux autour de la personne et à partir de son domicile ;
- de consacrer l'importance de la prévention en créant par exemple un sous objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) prévention et de veiller avec une vigilance renforcée à l'accessibilité financière et géographique aux droits, à la prévention et aux soins des personnes âgées et des personnes en situation de handicap ;
- d'inscrire l'enjeu du renforcement de l'accompagnement et du financement des politiques de l'autonomie en tant que levier de la réduction des dépenses d'assurance maladie à moyen et long terme ;
- de se donner les moyens de connaître la globalité des parcours des personnes en décroissant le recueil des données relatives aux soins et celles relatives aux prises en charge médico-sociales recueillies par la CNSA, pour avoir une meilleure appréhension des problèmes d'accès et des interactions entre soins et handicap ;
- de promouvoir l'écoute des besoins, mais aussi l'évaluation de la satisfaction des personnes âgées ou handicapées ;
- de diminuer le reste à charge pour les personnes et leur famille en matière d'acquisition d'aides techniques, quel que soit leur âge, quel que soit le type de handicap ;
- d'engager une réflexion plus approfondie et pragmatique sur l'habitat à destination des personnes âgées et des personnes handicapées : domicile, habitats inclusifs, établissements sociaux et médico-sociaux plus inclusifs ;
- de rapprocher le droit français du droit international en matière de politiques de l'autonomie et de la citoyenneté.

Le Conseil, qui a réitéré son attachement à une convergence des politiques de l'autonomie sans confusion, demande à ce que soit renforcée la transversalité des réflexions et des politiques à destination des personnes âgées et des personnes en situation de handicap (actions de lutte contre l'isolement, à titre d'exemple).

Enfin, les membres du Conseil de la CNSA demandent à être associés aux futures étapes de concertation en vue de l'élaboration de la SNS.



## La contribution écrite de la Caisse

Chargée par la loi de contribuer par ses financements et son expertise aux politiques de l'autonomie et de veiller au respect de l'égalité de traitement pour toutes les personnes âgées ou handicapées sur l'ensemble du territoire, la CNSA est particulièrement attentive aux enjeux de réduction des inégalités territoriales de santé et aux défis de l'accompagnement de la perte d'autonomie et du handicap dans une logique inclusive.

Les progrès nécessaires pour prolonger les démarches d'ores et déjà engagées dans le programme de réponse accompagnée pour tous, dans la déclinaison des différents volets de la loi d'adaptation de la société au vieillissement ou dans la stratégie quinquennale de transformation de l'offre découlant de la précédente SNS reposeront sur :

- **la prévention des ruptures de parcours** susceptibles d'accélérer la dégradation du niveau d'autonomie des personnes grâce au repérage des points de fragilité et à la mobilisation des établissements et services. Il s'agit de faire évoluer globalement l'offre pour répondre à une logique de parcours alliant prévention, précocité des interventions et recherche d'inclusion sociale ;
- **le renforcement des réponses coordonnées sur un territoire**, au plus près des lieux de vie et en particulier du domicile, alliant l'ensemble des acteurs de la prévention, du social, du médico-social, de la ville et des établissements de santé ;
- **la recherche de l'équilibre adéquat entre vie en établissement et à domicile/dans le milieu ordinaire**, ce qui suppose l'accès aux dispositifs de droit commun tout en préservant l'accès aux dispositifs spécialisés dès lors que le milieu ordinaire n'est plus adapté ; la réflexion sur l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) de demain, en prise avec son territoire, tenant compte de l'évolution du profil des résidents et portant des actions de soutien à domicile, comme la démarche de transformation de l'offre de prise en charge du handicap contribuent à cette recherche ;
- **le passage à une logique d'accompagnement personnalisé autour d'un projet de vie plus en prise avec la complexité des besoins** : cela requiert la construction de réponses graduées, inclusives, pluridimensionnelles et modulables qui supposent une évaluation globale précise et évolutive des besoins des personnes et une formation des acteurs la plus adaptée à l'objectif de préservation de l'autonomie ;
- **la mobilisation de technologies adaptées** permettant le maintien à domicile et l'amélioration des prises en charge (santé connectée, télémédecine, domotique, assistance à domicile...) ;
- **l'implication des personnes concernées** dans la conception des politiques de santé et d'autonomie, dans l'objectif de ne plus « faire pour », mais « faire avec » et de renforcer ou faciliter l'usage des services et prestations ;
- **un appui renforcé et moins dispersé aux aidants**, acteurs fondamentaux dans l'accompagnement des personnes, notamment à domicile ; leur rôle et leur expertise doivent être mieux reconnus ; la préservation de leurs capacités à aider est fondamentale et suppose l'information, le conseil, la formation, le soutien face aux moments les plus difficiles, avec notamment la structuration de l'offre de répit. Pour le champ de l'enfance handicapée, la prise en compte des besoins des parents (et notamment de l'équilibre entre leur vie personnelle autour de l'accompagnement de leur enfant et leur vie professionnelle) doit faire l'objet d'une attention spécifique en lien avec la transformation de l'offre et la construction de réponses graduées entre milieu ordinaire et services spécialisés.

Les pistes de réflexion suivantes peuvent être proposées pour répondre à ces enjeux dans le cadre des quatre thèmes prioritaires identifiés par la ministre des Solidarités et de la Santé.

## 1. Axe Prévention et promotion de la santé

### 1.1 Amplifier les actions de prévention de la perte d'autonomie

#### Renforcer le rôle d'ingénierie de prévention des conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie (CFPPA)

La montée en puissance des politiques de prévention pour les personnes âgées est amorcée par les conférences des financeurs, qui offrent un cadre pour des stratégies de prévention partenariales et départementales dans le champ de la prévention, des aidants et de l'accès aux aides techniques.

Pour l'avenir, plusieurs pistes d'amélioration peuvent être envisagées :

- ouvrir les conditions d'accès des personnes au financement des aides techniques et au droit au répit ;
- sécuriser et pérenniser la dynamique partenariale sous l'égide des conseils départementaux en garantissant ressources et compétences en pilotage de projet ;
- simplifier les règles relatives au financement des actions et aux modalités d'éligibilité des dépenses ;
- créer un centre de preuve national dédié à la prévention de la perte d'autonomie en appui des CFPPA qui pourrait avoir comme objectifs :
  - de faire l'état des lieux des savoirs et d'identifier les stratégies d'intervention probantes sur la base de la littérature scientifique,
  - de traduire ces connaissances en outils d'aide à la décision des conférences, notamment en classant les stratégies d'action par niveau de coût/bénéfice,
  - de mettre en œuvre des expérimentations probantes pour établir l'impact préventif d'actions innovantes.

Un tel centre devra s'appuyer sur les ressources existantes pouvant concourir à ces trois objectifs (outils de l'interrégime, futur registre national des interventions...).

Les politiques de prévention mises en place sous l'égide des conférences des financeurs devront être évaluées afin de vérifier si l'impact attendu est bien atteint (niveau des financements ; diversité des financeurs ; pertinence des actions).

En matière d'aides techniques, un chantier plus large sur la régulation (prix, service rendu, solvabilisation) répondrait également à de forts besoins tant pour les personnes âgées que pour les personnes en situation de handicap.

### 1.2 Veiller à l'intégration de la prévention et de la promotion de la santé tout au long de la vie, dans tous les environnements et lieux de vie

Il s'agit, ce faisant, en conformité avec les objectifs de la loi de modernisation de notre système de santé, de garantir l'accès à la prévention de publics souvent insuffisamment pris en compte dans les démarches générales de prévention primaire ou de dépistage, en rendant les messages et les mesures (ex. : dépistage du cancer du sein) accessibles et en mobilisant l'ensemble des établissements et services médico-sociaux (ESMS) et des professionnels. Il importe également de mobiliser et d'engager l'Éducation nationale dans le cadre du repérage et du dépistage des enfants en situation de handicap comme de conforter le rôle de la protection maternelle et infantile (PMI) en la matière.

#### Approfondir la réflexion et l'action sur le champ de l'accessibilité de l'information, en tant que véritable levier de l'accès aux droits, à la prévention et aux soins

Deux dimensions doivent être prises en compte dans ce cadre : la facilité d'accès à l'information ; la lisibilité des messages de prévention. Dans son avis préalable à la SNS, le HCSP relève ainsi que « 40 à 50 % des personnes ont un niveau insuffisant de littératie en santé pour comprendre et utiliser les informations en santé ».



La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement a confié à la CNSA une nouvelle mission d'information des personnes âgées, des personnes handicapées et de leurs proches. Avec le portail d'information [www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr](http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr), la CNSA met à la disposition du grand public une information de qualité, facile à comprendre et à utiliser, visant ainsi à lutter contre les inégalités d'accès à l'information. L'exigence de pédagogie est d'autant plus essentielle que les dispositifs et les démarches à réaliser par les personnes sont en règle générale très complexes. Ce portail d'information et d'orientation vers les acteurs locaux (les départements notamment) constitue l'une des premières briques du Service public d'information en santé (SPIS) créé par la loi de modernisation du système de santé, qui a vocation à devenir l'un des outils majeurs de l'information en santé et de la démocratie sanitaire. Aujourd'hui dédié à la transparence en matière tarifaire, il pourrait à terme s'enrichir d'informations sur la qualité.

Les actions visant la diffusion d'informations aisément compréhensibles en matière de prévention et de promotion de la santé doivent être renforcées. La collaboration entre Santé publique France et la CNSA doit être prolongée en accompagnant la diffusion du référentiel de bonnes pratiques en matière d'accessibilité universelle de l'information (projet en cours ; publication au premier trimestre 2018) et en veillant à renforcer la complémentarité éditoriale des sites d'information [www.pourbienvieillir.fr/](http://www.pourbienvieillir.fr/), porté par les caisses de retraite, et [www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr](http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr). De même, la réflexion sur la production de textes répondant aux critères du Facile à lire et à comprendre (FALC) doit être approfondie, en lien avec les associations comme l'UNAPEI.

### Prévoir une déclinaison du volet prévention de la SNS adaptée aux besoins de la population en situation de handicap

Il importe également de prévoir (techniquement – adaptation des méthodes et des contenus – et financièrement) un volet accessibilité aux personnes en situation de handicap (moteur, sensoriel et intellectuel/cognitif) de toutes les actions de la stratégie nationale de santé qui seront finalement retenues en matière de prévention, d'identifier des situations de handicap prioritaires pour les actions de prévention (ex. : troubles métaboliques et schizophrénie – voir Samsah Prepsy, T21...), de développer des programmes de recherche collaborative pour adapter les actions de prévention aux personnes handicapées.

### Utiliser les leviers tarifaires pour créer des incitations à la prévention en ESMS

Les actions de prévention doivent être pleinement intégrées dans les prises en charge en ESMS comme dans les modèles de tarification des ESMS. Dans le champ des personnes âgées, les financements par l'assurance maladie (forfait soins des EHPAD) doivent intégrer l'ensemble des postes de professionnels concourant au développement des démarches préventives et identifiés dans les ordonnances PATHOS révisées. Ces financements doivent également prendre en compte la mise en œuvre d'actions de prévention tant individuelles que collectives. Pour le secteur du handicap, la réforme de la tarification SERAFIN devra également intégrer cette dimension préventive.

## 2. Axe Lutte contre les inégalités sociales et territoriales d'accès aux soins

Il s'agit notamment de garantir une répartition optimale de l'offre de prise en charge et de prévenir les situations de cumul de facteurs de risque aggravant l'inégalité face à la santé.

### 2.1 Rééquilibrer la répartition de l'offre

Le rééquilibrage de la répartition de l'offre en cohérence avec la répartition des besoins est un enjeu majeur. Si des progrès ont été faits récemment en matière d'allocation des ressources (objectif global des dépenses – OGD) entre les territoires en fonction des besoins grâce à la définition d'une nouvelle méthode (indice de dotation), cette dernière ne s'applique qu'aux mesures nouvelles. L'application de cette méthode à l'offre déjà existante et donc à l'ensemble des dotations est techniquement possible. Toutefois, elle doit nécessairement s'inscrire sur la longue durée compte tenu des implications concrètes (fermeture d'ESMS, réductions de capacités...) difficiles à assumer pour les régions relativement surdotées.

Cette perspective est conditionnée à la robustesse de l'évaluation des besoins collectifs (cf. le projet Suivi des orientations) pour renforcer l'acceptabilité d'un processus qui, par définition, fera des « perdants ». *A minima*, il conviendra de renforcer l'accompagnement des ARS dans la recomposition de l'offre en vue du rééquilibrage de sa répartition territoriale.

### 2.2 Éviter le cumul de facteurs de risques accroissant les inégalités

#### Réduire le handicap ou les difficultés de dépistage précoce induits par les inégalités sociales notamment dans l'enfance

Pour éviter l'errance diagnostique et la perte de chance pour des familles défavorisées, il convient d'envisager une prise en charge renforcée :

- renforcer le suivi de grossesse dans les territoires socialement défavorisés ;
- développer les ressources diagnostiques dédiées au handicap dans les territoires prioritaires ;
- soutenir les centres de protection maternelle infantile (PMI).

#### Réduire les inégalités d'accès à la santé liées au handicap

Le handicap est un facteur d'inégalité de santé en soi et surajouté pour l'accès au diagnostic, à la prévention et au soin :

- définir et mettre en œuvre un plan d'action pour l'accès aux soins pour des publics difficiles à soigner :
  - en raison de troubles cognitifs ou mentaux,
  - en raison de troubles comportementaux (à tous les âges) ;
- développer des méthodes et ressources diagnostiques pour ces publics : notamment identification des pathologies somatiques pour des publics qui ne peuvent formuler les symptômes ; redéfinition du bénéfice/risque pour des actes exploratoires nécessitant des anesthésies générales en raison des troubles du comportement... ;
- installation ou identification sur chaque territoire (maille à définir) des ressources de diagnostic et de soins spécialisés (possibilité de faire de certains ESMS des lieux ressources experts, mais besoin aussi de ressources en établissements de santé , notamment pour les actes de diagnostic et de soins invasifs) ;
- affirmer un objectif d'amélioration de l'accessibilité des soins de ville pour le handicap moteur ;
- créer une commission Handicap au sein du HCSP : importance de disposer d'un lieu d'expertise dédié qui étudie les enjeux, méthodes d'action et questions de recherche en santé publique pour la population spécifique des personnes handicapées.



## Agir sur le risque d'isolement des personnes en perte d'autonomie

L'isolement des personnes âgées est un facteur de risque identifié d'entrée dans la fragilité.

La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement et le plan national de prévention de la perte d'autonomie ont fait de la lutte contre l'isolement de ces personnes un des thèmes importants de mobilisation des acteurs. Ce sujet est complexe parce qu'au-delà de la difficulté du repérage des personnes, il implique une mobilisation articulée des professionnels et des solidarités de proximité. Des initiatives commencent à se développer (par exemple, le programme MONALISA), qui peuvent se faire en lien avec les conférences des financeurs, mais elles restent d'ampleur modeste. Leur consolidation et leur amplification sont nécessaires.

Les personnes en situation de handicap sont également concernées par l'isolement et particulièrement impactées. Une politique transversale de lutte contre l'isolement des personnes âgées et des personnes handicapées doit être envisagée.

### 3. Axe Qualité et pertinence des soins et des actes

En parallèle au développement de nouveaux dispositifs tarifaires, il importe d'organiser simultanément des démarches renforcées de suivi de la qualité et de transparence. La qualité des prises en charge dépend aussi de la capacité des acteurs à surmonter leur cloisonnement et à offrir des réponses individualisées et diversifiées aux besoins des personnes.

#### 3.1 Encourager la démarche d'amélioration continue de la qualité et développer des outils pour évaluer la qualité, la pertinence et l'efficacité de l'action médico-sociale

- travailler sur un dispositif d'évaluation de la qualité réelle et perçue des prestations des ESMS permettant la publicité des données recueillies/concevoir un baromètre de la satisfaction des personnes handicapées et des personnes âgées ;
- rendre publics les évaluations externes et les actes de contrôle ou d'enquêtes des autorités de régulation. La transparence doit être promue comme levier d'amélioration de la qualité ;
- encourager les départements à prévoir dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) avec les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) des objectifs de qualité des interventions ;
- renforcer la production de référentiels (type évaluation multidimensionnelle) et la diffusion/partage de bonnes pratiques ;
- développer en lien avec la Haute Autorité de santé (HAS) l'évaluation et les recommandations dans le champ des thérapies non médicamenteuses ;
- développer les données pour l'évaluation médico-économique de l'action médico-sociale (cf. l'axe *Big data* du rapport HCSP) ;
- permettre, à terme, l'évaluation de la satisfaction des personnes et de leurs aidants dans tous les établissements et services sociaux et médico-sociaux.

#### 3.2 Impulser et soutenir une transformation de l'offre d'accompagnement dans une logique de parcours

L'offre d'accompagnement et d'hébergement doit évoluer dans les prochaines années pour répondre de façon plus individualisée aux attentes et besoins des personnes. Il s'agit d'offrir aux personnes âgées et aux personnes en situation de handicap des parcours choisis plus que subis, évitant les ruptures brutales et prévoyant des possibilités d'aller-retour au sein d'une offre graduée de proximité. Construire des réponses sur-mesure favorisant l'inclusion et l'autonomie des personnes suppose d'organiser l'intervention conjointe, c'est-à-dire potentiellement simultanée et non uniquement séquentielle, d'acteurs relevant du droit commun (école, milieu ordinaire de travail, acteurs du champ des loisirs...), de l'accompagnement médico-social généraliste ou plus spécialisé, du soin, de la protection juridique...

Dans cet enjeu réside donc un défi pour l'offre médico-sociale qui doit se concevoir comme étant au service de l'inclusion et donc repenser ses modes d'intervention (temps partiels, prestations modulables selon les besoins individuels, intervention en milieu ordinaire, fonctionnement en plateforme ressource pour les acteurs du droit commun). La question de l'organisation des coopérations est également essentielle, une logique de coresponsabilité et de complémentarité des interventions et compétences de chacun devant remplacer les comportements encore fréquents de renvois de responsabilités entre acteurs.

L'émergence de formes d'habitat représentant une offre intermédiaire entre le domicile et l'établissement est également nécessaire pour qu'une palette diversifiée de réponses soit disponible. Ces formes d'habitat offrent à la personne un « chez-soi » tout en répondant à ses besoins d'aide, d'accompagnement et le cas échéant de surveillance et en permettant une insertion dans l'environnement de proximité ; voire une vie organisée à plusieurs. Plus souples, et aussi parfois plus économiques pour des personnes aux revenus modestes, elles apportent une réponse complémentaire au logement ordinaire et à l'hébergement en institution. Venant en complément de l'offre sociale et médico-sociale, elles sont d'ailleurs quelquefois portées par des gestionnaires d'établissements et services sociaux et médico-sociaux, qui trouvent par ce biais une façon plus souple d'accompagner de nouveaux publics.

Le développement de cet habitat « alternatif » doit répondre à plusieurs enjeux importants :

- un enjeu juridique : offrir un cadre contractuel ou réglementaire adapté en complément de l'offre sociale et médico-sociale ;
- un enjeu social : permettre aux personnes âgées ou en situation de handicap de vivre dans un environnement plus sécurisant, plus inclusif et moins isolé ;
- un enjeu économique et financier : répondre aux besoins des personnes âgées ou en situation de handicap de bénéficier d'une offre de logements plus accessible en termes de coûts.

Malgré les avancées récentes (loi d'adaptation de la société au vieillissement – dite loi ASV – notamment), les pratiques en la matière restent cependant très inégales. Il convient aujourd'hui de mieux étayer la palette de réponses à apporter aux besoins exprimés par les personnes âgées et de garantir leur complémentarité.

Ces nouvelles formes d'habitat doivent être inclusives. Elles ont, en ce sens, vocation à devenir de véritables domiciles.

Plus globalement, il serait souhaitable d'engager une réflexion plus approfondie et pragmatique sur l'habitat à destination des personnes âgées et des personnes handicapées : domicile, habitats inclusifs, établissements sociaux et médico-sociaux plus inclusifs.

### **3.3 Accroître la qualité de vie au travail des soignants et accompagnants comme condition de la qualité des soins et des prises en charge**

Comme le souligne l'avis du HCSP déjà cité, la qualité de vie au travail des professionnels de santé et du médico-social se dégrade (absentéisme, envie de quitter la profession, accidents et maladies professionnels). Un plan d'action qualité de vie au travail pour les ESMS et l'aide à domicile paraît indispensable, qui doit s'appuyer sur des travaux d'études et recherche (par exemple, programme de recherche sur les établissements et services dits « magnétiques » et leurs conditions organisationnelles et managériales, ainsi que sur les coûts évités directs et indirects – santé du personnel), mais aussi sur les enquêtes de référence sur les conditions de travail et les risques de la Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES) déclinées pour le secteur médico-social (enquête SUMER et enquête RPS).





### 3.4 Renforcer la formation et la qualification des professionnels

L'aide aux personnes les plus fragiles est un métier difficile dont la valorisation n'est pas toujours à la hauteur de l'engagement et du professionnalisme de ceux (majoritairement celles) qui l'exercent. En résultent des difficultés de fidélisation (*turn-over*) et de recrutement auxquelles font face les établissements.

Dans ce contexte, il apparaît essentiel de favoriser la possibilité de parcours professionnels ascendants pour les salariés des EMS et d'encourager la participation à des formations professionnalisantes qui permettent d'acquérir compétences et méthodes pour être mieux outillé au quotidien. La formation permet de prendre du recul sur ses pratiques, de partager avec d'autres le vécu de son travail et de se sentir plus « armé » face au défi que représente le « prendre soin » de personnes en grande perte d'autonomie. Au-delà de l'intérêt pour les professionnels, la formation est aussi le vecteur d'amélioration de la qualité des accompagnements et de l'adaptation des réponses aux besoins des personnes.

### 3.5 Mettre l'expertise des personnes et de leurs proches au service de la qualité de l'accompagnement et des soins

L'amélioration de la qualité de l'accompagnement des personnes âgées ou handicapées par les établissements et services médico-sociaux nécessite de mieux tenir compte du point de vue et de l'expérience des personnes concernées, comme de ceux de leurs proches quand ceux-ci font pleinement partie du dispositif d'accompagnement.

Dans cette optique, il pourrait utilement être recherché :

- le recours à l'expertise des personnes dans la conception des cadres d'évaluation de la qualité et dans les formations des personnels intervenants ;
- le développement de dispositifs de médiation par les pairs dans la mise en œuvre de l'accompagnement, notamment pour les questions d'accès aux soins et de renforcement du parcours de soins (expérience des médiateurs de santé pairs pour le handicap psychique) ;

Concernant les aidants, la politique de soutien aux aidants pourrait être complétée par un nouvel axe visant une alliance avec les aidants pour l'accompagnement et le soin. Il s'agirait de les reconnaître pleinement comme une composante essentielle de la qualité des soins et de l'accompagnement médico-social et donc de leur donner une place légitimée dans les pratiques et les systèmes professionnels sanitaires et médico-sociaux.

La place donnée aux aidants est, selon les endroits, importante ou réduite. Pour les personnes non autonomes, notamment d'un point de vue cognitif, la place des aidants, reconnue juridiquement (loi de 2002), doit désormais être confirmée dans les faits.

Facteurs essentiels du maintien à domicile des personnes en situation de perte d'autonomie, les aidants ne bénéficient encore, malgré l'ambition affichée par la loi ASV, que d'un accompagnement limité en tant qu'aidants. Un renforcement des moyens permettant de leur assurer de véritables droits (droit au répit, généralisation d'une palette diversifiée de prestations – groupe de parole, sensibilisation, formation...) limiterait les transferts des personnes en perte d'autonomie vers la prise en charge en établissement.

## 4. Axe Innovation

### 4.1 Renforcer les soutiens financiers aux outils numériques

Le numérique constitue un levier majeur de modernisation en termes d'organisation, d'information des patients et de collaboration des professionnels et organismes médico-sociaux. Les technologies numériques permettent d'automatiser des tâches, d'améliorer des flux d'information en les formalisant, de s'affranchir des distances tout en assurant la traçabilité.

Un soutien supplémentaire pourrait être apporté :

- au financement de projets d'investissement dans le numérique pour le social et le médico-social (à l'instar d'Hôpital numérique pour le sanitaire) ;
- au financement de projets de domotique ; à l'aide à l'investissement pour les EMS et soutien de projets de recherche et de valorisation (*Living Lab*) ; aux innovations technologiques à même de faciliter le quotidien des personnes handicapées, en particulier la communication avec les personnes handicapées non communicantes ;
- à l'aide au financement des projets SI des collectivités et des ARS (et des échanges entre collectivités territoriales et opérateurs médico-sociaux) avec un enjeu d'amélioration du pilotage des politiques publiques locales notamment dans le domaine social. Une attention particulière devra être portée à l'interopérabilité des systèmes d'information de l'ensemble des acteurs.

### 4.2 Développer des outils communautaires d'amélioration des pratiques professionnelles pour l'accompagnement en ESMS

- en complément d'une politique, qui demeure essentielle, de professionnalisation des acteurs de premier niveau de l'accompagnement et du soin (aide-soignant – AS, aide médico-psychologique – AMP, auxiliaire de vie sociale – AVS...), il pourrait être mis à leur disposition des outils collaboratifs incitant à la création de communautés professionnelles ;
- il existe depuis quelques années seulement des solutions digitales pour l'animation et le partage de communautés professionnelles très performantes. Les professionnels du médico-social de première ligne travaillant dans de petites structures sont confrontés à des difficultés de prise en charge avec souvent peu d'espaces internes pour les évoquer et trouver les moyens de les résoudre.