

# CONTRIBUTION À LA LOI GRAND ÂGE ET AUTONOMIE

**SEPTEMBRE 2020**



## Table des matières

I. Atelier « Gouvernance, pilotage et financement » .....	4
A. Des financements en établissement réformés en 2016 mais à questionner.....	4
B. Des financements contestés de la prise en charge à domicile.....	6
C. Des financements qui pourraient être retravaillés .....	7
D. Des financements à projeter en fonction des bénéficiaires de demain .....	8
E. Une gouvernance à réétudier.....	9
F. Une négociation CPOM dénaturée.....	10
G. Des procédures d'Appels à Projets questionnées.....	10
II. Atelier « L'offre de service et son articulation » .....	12
A. Un décloisonnement plébiscité mais à dessiner .....	12
B. Un ensemble d'acteurs du grand âge à coordonner.....	12
C. Un besoin de spécialisation ? L'exemple de la géronto-psy .....	13
D. Une taille d'établissement optimale économiquement ne l'est pas nécessairement du point de vue de la prise en charge .....	13
E. Le développement des habitats inclusifs / Habitats API (Accompagnés Partagés et Insérés) .....	14
F. SPASAD .....	14
H. Positionnement des EHPAD .....	14
III. Atelier « Prévention de la perte d'autonomie, cadre de vie et prise en compte des parties prenantes ».....	16
IV. Atelier « Les métiers et rémunérations ».....	17
A. Une demande de création de nouveaux métiers.....	17
B. Un besoin d'augmentation des ratios de personnel déjà objectivé par les rapports Libault et El Khomri .....	17
C. Un secteur associatif en manque d'attractivité .....	18
D. Des métiers en manque d'attractivité .....	18
E. Des rémunérations en manque d'attractivité .....	18
F. Des équipes en sous-effectif.....	19
G. Des parcours aujourd'hui complexes qui pourraient être facilités .....	19
H. Une communication sur le secteur posant problème .....	20
I. Des statuts ne permettant pas la rémunération à la récompense .....	20
J. L'effet du manque d'attractivité sur le niveau des recrutements .....	20
K. Une qualité de vie de travail nécessaire pour sortir des taux record de sinistralité.....	20
V. Atelier « La participation des usagers, des seniors et des familles » .....	21
A. Le CVS, une instance nécessaire mais à développer.....	21
B. La place des familles à trouver .....	21

C. Une attention particulière à avoir sur le bénévolat .....	21
D. L'accompagnement des personnes, un sujet majeur .....	22
GLOSSAIRE .....	23
ANNEXE 1 Outil PADLET – Mur de pense-bêtes .....	23
ANNEXE 2 Dossier technique SSIAD du Nord .....	23
ANNEXE 3 Contribution UNIOPSS – 5 <sup>ème</sup> branche autonomie.....	23
ANNEXE 4 Lettre ouverte du 25 février 2019 au sujet des CPOM + Communiqué.....	23
ANNEXE 5 Étude UNIOPSS – URIOPSS sur les difficultés de recrutement (2019).....	23

En prévision de la loi grand âge et autonomie ainsi qu'en anticipation du Laroque de l'autonomie, l'URIOPSS Hauts-de-France a souhaité consulter ses adhérents sur leurs attentes vis-à-vis des évolutions à venir.

Riche de ses 1 400 établissements et services adhérents, l'URIOPSS Hauts-de-France est une union de fédérations et d'associations du secteur social, médico-social et sanitaire.

Elle est présente sur la région Hauts-de-France, au plus près des territoires grâce à une implantation dans les différents départements, dans une relation de proximité avec ses adhérents.

Elle s'inscrit dans le réseau UNIOPSS qui regroupe les unions régionales (URIOPSS) ainsi qu'une centaine de fédérations, unions et associations nationales, représentant 25 000 établissements, 750 000 salariés et l'engagement d'un million de bénévoles.

Sur le champ du Grand Âge, l'URIOPSS Hauts-de-France représente environ 300 établissements et services, à savoir :

- 109 EHPAD
- 15 Établissements Sanitaires
- 13 Résidences Autonomie et 13 Résidences Service
- 17 Réseaux (réseaux de santé, CLIC, MAIA)
- 6 Services de HAD
- 88 Services de domicile (SSIAD et SAAD)
- 18 Centres de Soins Infirmiers
- 3 Accueil de jour autonomes

Cette consultation s'est organisée en 3 temps d'échange et s'est appuyée sur un outil de contribution en ligne (*Annexe 1 - Outil PADLET*).

Elle met en lumière les remontées de terrain de nos adhérents et continuera à être alimentée au fur et à mesure de l'avancée des travaux nationaux jusqu'à la fin du 1<sup>er</sup> semestre 2021.

Différents groupes techniques pourront se réunir et poursuivre l'alimentation de cette contribution.

L'URIOPSS Hauts de France souhaite également travailler à la mise en place d'un comité de suivi de l'application de la loi à venir. Il regroupera plusieurs adhérents et aura pour but d'assurer l'adéquation entre les différents textes votés concernant la réforme du Grand Âge et les enjeux du « terrain » au fil du temps.

Lors de cette première consultation, différents sujets ont été évoqués :

- La gouvernance, le pilotage et le financement du Grand Âge
- L'offre de service du Grand Âge et son articulation
- La prévention de la perte d'autonomie et l'écosystème du Grand Âge
- Les métiers et les rémunérations
- La participation des usagers, des seniors et des familles

## I. ATELIER « GOUVERNANCE, PILOTAGE ET FINANCEMENT »

### A. DES FINANCEMENTS EN ÉTABLISSEMENT RÉFORMÉS EN 2016 MAIS À QUESTIONNER

Beaucoup d'établissements sont à ce jour, encore sous CTP (Convention Tripartite Pluriannuelle) très ancienne malgré un calendrier de passage en CPOM (Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens) dépassé.

De ce fait, les financements sont donc calculés avec des GMP (GIR Moyen Pondéré) et PMP (PATHOS Moyen Pondéré) ne correspondant plus du tout aux résidents de l'établissement.

D'autant que lorsque nous évoquons le PMP, il semblerait que dans certaines régions, il ait été sous-évalué lors de la première vague, entraînant des établissements sous financés sur la section soin.

Pour rappel, à ce jour, les EHPAD sont financés sur 3 sections tarifaires :

- le soin par l'assurance maladie (via les ARS)
- la dépendance par les conseils départementaux
- l'hébergement par les usagers et/ou le conseil départemental en cas d'aide sociale à l'hébergement

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

Cette réforme, qui a instauré les équations tarifaires basées sur le PMP (PATHOS Moyen Pondéré) et le GMP (GIR Moyen Pondéré), mais également la possibilité de modulation des financements en fonction du taux d'occupation, peut s'assimiler à l'instauration d'une tarification à l'activité pour les EHPAD, alors même que les effets de celle-ci sont questionnés sur les secteurs où elle est appliquée (hôpitaux par exemple).

Au sujet du GMP (GIR Moyen Pondéré) et du PMP (PATHOS Moyen Pondéré), plusieurs défauts majeurs sont soulignés par les adhérents de l'URIOPSS Hauts-de-France :

#### **Ce sont des outils non dynamiques**

Ils sont supposés être « coupés » une fois en début et une fois au milieu de chaque CPOM (Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens).

Dans les faits, les coupes subissent énormément de retard et ne sont pas réalisées.

De plus, figer des financements pendant 2 ans et demi s'avère aujourd'hui inadapté dans la mesure où dorénavant, la durée moyenne de séjour oscille entre 5 mois et 3,3 ans (Source DREES Social) avec des évolutions (troubles cognitifs, typologie multi-pathologiques), qui peuvent être rapides, tout au long de la présence du résident.

Dans la mesure où le dialogue de gestion est peu présent<sup>1</sup> et n'aboutit pas sur des modifications de financements, cette photo figée au moment de la coupe semble préjudiciable aux financements des établissements.

### **Ce sont des outils inégaux d'un point de vue territorial**

Ces équations tarifaires prennent en compte le point GIR Départemental ayant été calculé en fonction des dépenses effectuées par le Conseil Départemental au moment de la réforme. Ces dépenses ont été divisées par le nombre de points GIR totaux financés par le Conseil Départemental afin d'obtenir la valeur départementale du point.

Pour rappel, en 2017, le point GIR Départemental se situe entre 5,68 € (Alpes-Maritimes et Pyrénées Orientales) et 9,47 € (Corse du Sud) pour une moyenne à 7,05 €.

Dans la région Hauts-de-France, à titre d'information, les valeurs du point GIR Départemental 2017 sont les suivantes (4 sur 5 départements sont en dessous du GIR moyen) :

- 02 – Aisne : 7,43 €
- 59 – Nord : 6,92 €
- 60 – Oise : 6,56 €
- 62 – Pas-de-Calais : 6,80 €
- 80 – Somme : 6,74 €

Ce point GIR est donc plus ou moins élevés en cas de politique passée plus ou moins volontariste. Il nous semble que ces enveloppes historiques, ne reflétant pas la réalité, doivent être réévaluées à l'aune d'une estimation plus objective des charges nécessaires pour couvrir les besoins.

Il conviendrait d'expliquer la différence entre les charges salariales d'un département à un autre finançant des tarifs différents.

Dans la mesure où 85%<sup>2</sup> du coût horaire est composé de charges salariales, la variation d'une valeur de point à une autre n'est aujourd'hui pas expliquée par des raisons objectives.

### **Des outils inégaux en fonction du type d'établissement**

Certains établissements, bien souvent non associatifs sont devenus des professionnels de l'optimisation : optimisation du codage, formation du médecin coordonnateur, contrôle de gestion.

En effet, ces fonctions étant financées par la section hébergement, elle-même financée par le tarif facturé au résident, existent peu dans les établissements associatifs qui accueillent bien souvent des publics plus précaires à des tarifs les plus bas possible.

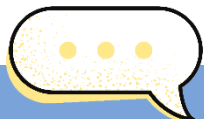
---

<sup>1</sup> Page 7 : « Une négociation CPOM dénaturée »

<sup>2</sup> Étude EY et ENEIS : [https://www.cnsa.fr/documentation/enc\\_saad\\_2016\\_rapport\\_vdef.pdf](https://www.cnsa.fr/documentation/enc_saad_2016_rapport_vdef.pdf)

## Des outils ne prenant pas en compte la préservation de l'autonomie

En effet, les financements ne récompensent pas les établissements préservant l'autonomie du résident ou même l'améliorant, bien au contraire, puisque ces financements baissent si le GMP ou le PMP baissent.



### VERBATIM AUTOUR DES COUPES PMP ET GMP

« Problématique des coupes : si l'équipe arrive à un moment où il y a plusieurs décès ou plusieurs nouveaux arrivants qui vont vite se dégrader, les financements sont figés pour 5 ans. »

« Pour le PMP, une coupe de printemps/été est toujours 50 points moins élevée qu'une coupe en hiver (infections respiratoires, ...) »

« Les coupes intermédiaires ne sont jamais faites. »

« Du déclaratif dans le sanitaire pourquoi pas le médico-social ? »

« Si l'établissement veut conserver pendant plusieurs années ses financements, il doit maintenir son PMP et son GMP et donc faire de la sélection de résidents. »



## B. DES FINANCEMENTS CONTESTÉS DE LA PRISE EN CHARGE À DOMICILE

La prise en charge des usagers dans les services devrait être la même partout en France sans que le tarif ne soit, à ce jour, identique. Cette différence doit être objectivée.

De plus, les différentes études menées démontrent des coûts de revient supérieurs aux prix de journée actuels.

Le coût de revient a été estimé<sup>3</sup> en 2016 entre 21,14 € et 25,79 € pour une moyenne à 24,24 € et une médiane à 23,55 €. Ces coûts doivent nécessairement être réévalués, a minima de l'augmentation de l'inflation et des évolutions salariales. Ces coûts sont très éloignés des prix pratiqués par les conseils départementaux (une étude est en cours à l'URIOPSS sur les différentes pratiques tarifaires).

Pour ces raisons, nous demandons un axe fort de travail sur la tarification des services d'aide et d'accompagnement à domicile qui est à ce jour inégalitaire et basée sur des enveloppes historiques non corrélées aux dépenses des services.

Dans le même ordre d'idée, la réforme de financement expérimentale via le décret n°2019-457 du 15 mai 2019, relatif à la répartition et l'utilisation des crédits mentionnés au IX de l'article 26 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019, visant à la préfiguration d'un nouveau modèle de financement des services d'aide et

<sup>3</sup> Étude EY et ENEIS : [https://www.cnsa.fr/documentation/enc\\_saad\\_2016\\_rapport\\_vdef.pdf](https://www.cnsa.fr/documentation/enc_saad_2016_rapport_vdef.pdf)

d'accompagnement à domicile, fixe un tarif plancher bien en deçà des besoins réels de financement corroborés par les chiffres ci-dessus.

De plus, certains adhérents dénoncent une dépendance moins financée en établissement qu'à domicile, ce qui est incompris des bénéficiaires et peut freiner les passages entre les différentes modalités de prise en charge.

Enfin, au sujet des SSIAD, plusieurs points ont pu être relevés par le réseau EOLLIS en partenariat avec l'UDDCAS 59 (*Annexe 2 : Dossier Technique SSIAD du Nord*). Ces travaux menés en partie par des adhérents de l'URIOPSS Hauts-de-France vont être poursuivis dans l'année à venir afin d'alimenter les groupes de travail nationaux.

Cependant, la même logique prime. Les tarifs ne permettent plus d'absorber l'évolution des charges liées à l'évolution des besoins des bénéficiaires et mettent donc en difficultés les services.

A titre d'exemple, les budgets octroyés dans les SSIAD pour les prises en charges lourdes par les infirmières libérales ne sont plus suffisants et sont continuellement en dépassement, sans être financés.

### **C. DES FINANCEMENTS QUI POURRAIENT ÊTRE RETRAVAILLÉS**

Un financement au plus proche des réalités ne pourrait-il pas être un financement tirant des conclusions des différentes réformes sur les champs du sanitaire et du médico-social (réforme de la T2A, difficultés du domicile, réformes du financement du SSR et de la Psychiatrie) ?

Ce financement pourrait être :

- Une dotation populationnelle plus dynamique que l'équation tarifaire actuelle fixée en fonction des charges liées aux besoins des personnes
- Un financement à la qualité avec par exemple :
  - Des forfaits prévention supplémentaires pour les établissements qui préservent voire améliorent l'autonomie de leurs résidents
  - Récompense d'une sinistralité inférieure au secteur en terme de QVT
  - Certification de la démarche qualité
- Un financement pour certains profils spécifiques
  - Exemple des personnes en situation de handicap vieillissantes qui nécessitent plus de personnel ainsi que des formations spécifiques

Ce financement composé de différentes briques pourrait également être appliqué au domicile.

Il est tout de même à noter que ces financements ne pourront faire l'unanimité que lorsqu'ils correspondront réellement aux charges financières mobilisées pour prendre en charge correctement les personnes.



Nous souhaitons également attirer l'attention des lecteurs de cette contribution sur les mesures qui pourraient amener à pratiquer des tarifs différents en fonction des revenus, au sein d'un même établissement, sous couvert de solidarité.

En effet, le positionnement du réseau est de concevoir un financement de la solidarité au niveau de l'ensemble de la population et non pas entre les seules personnes âgées en perte d'autonomie.

#### **D. DES FINANCEMENTS À PROJETER EN FONCTION DES BÉNÉFICIAIRES DE DEMAIN**

Nous constatons un pilotage du Grand Âge par l'offre, avec parfois des incohérences dans l'installation d'établissements ou de services, alors qu'il conviendrait de partir des besoins du terrain et des usagers.

Il en est de même sur le type de prise en charge. En effet, le bénéficiaire de 2040 ne sera vraisemblablement pas le même que celui d'aujourd'hui, il serait donc pertinent de travailler de manière prospective au portrait-robot du bénéficiaire de 2040.

Au regard de la projection vers 2040, et le développement de l'accueil de personnes ayant des troubles cognitifs, l'accompagnement à la vie sociale prendra une nouvelle dimension. Ainsi, les PASA créés par le plan Alzheimer doivent être généralisés. Car en effet, l'accompagnement par des ASG (Assistant de Soins en Gériatrie) semble plébiscitée par les adhérents du fait de leurs expériences et leurs expertises qui permettent une animation de vie sociale ainsi qu'un maintien des habitudes de vies.

Deux ASG travaillent dans les PASA de 14 résidents, cela donne une idée du besoin d'accompagnement pour les résidences.

Attention tout de même à l'évolution des publics qui ne seront, demain, peut-être plus les mêmes que ceux visés par le PASA.

Travailler sur les besoins permettra de définir des prestations socles pour les établissements et services ainsi que des prestations supplémentaires qui dépendront des besoins recensés sur le territoire.

Afin d'affiner cette vision prospective, les autorités de régulation devront faire évoluer les méthodes en s'appuyant notamment sur des études et chiffres actualisés plus régulièrement, en adéquation avec la réalité actuelle du terrain. En effet le décalage parfois important entre les années de récolte des données et la parution ou l'utilisation des diagnostics et études peut-être un frein de taille à ce travail de prospective.

De nombreux outils et instances en région peuvent être mobilisés. En effet, par exemple, des observatoires régionaux existent, des moyens doivent être mobilisés afin d'améliorer la rapidité de l'actualisation de leurs données.

En parallèle, les instances territoriales de démocratie en santé ou les instances départementales (exemple CDCA) pourraient voir leur rôle d'analyse renforcé par ces données.

## E. UNE GOUVERNANCE À RÉÉTUDIER

La co-gouvernance, impliquant une double autorité de tarification et de contractualisation pour certains établissements engendre des difficultés réelles. (Complexité, coordination des calendriers de négociation, difficulté à aboutir à des objectifs communs ...).

Par ailleurs cette co-gouvernance du champ de l'autonomie rend difficile l'alignement des politiques publiques. [Exemple des schémas départementaux qui peuvent ne pas avoir les mêmes objectifs que les PRS (Projet Régional de Santé)].

Cela complexifie à l'échelle territoriale la coordination et la cohérence des acteurs dans des logiques de parcours voulues par tous.

Pour ces raisons les adhérents de l'URIOPSS expriment le souhait suivant :

- Une autorité de financement et de contractualisation unique par typologie d'établissement
- Une plus forte coordination des acteurs institutionnels intervenant dans le champ de l'autonomie, au sein des instances dédiées à la coordination des politiques publiques

Les adhérents de l'URIOPSS Hauts-de-France n'établissent pas de consensus quant à l'autorité de contrôle et de tarification territoriale du Grand Âge et de l'Autonomie mais s'entendent sur les prérequis suivants :

### **Une pluri annualité**

Les acteurs ont besoin d'avoir une visibilité de leurs financements, et des attentes sur plusieurs années quand aujourd'hui ils semblent subir un pilotage à la petite semaine (cas notamment des appels à projet).

Il en va également de même des attendus des établissements et services. Ceux-ci semblent arriver au bout d'un cycle qui évoluera probablement avec la loi Grand Âge et Autonomie à venir. Ces évolutions devront donner de la visibilité sur de nombreuses années afin de permettre au secteur associatif de montrer, comme cela a souvent été le cas, sa capacité à innover.

### **Connaissance du territoire**

La connaissance des territoires est régulièrement évoquée par les acteurs afin que l'autorité de contrôle et de tarification puisse comprendre les enjeux du terrain. En effet, des territoires peuvent subir des problématiques de recrutement plus intenses, des frais de déplacements plus importants, un plus fort besoin d'accompagnement de personnes en situation de précarité.

### **Égalité territoriale**

Il est à ce jour incompris d'avoir une tarification complètement différente entre les départements sans que cela soit objectivé par autre chose que par des enveloppes historiques fixées en fonction des orientations anciennes plus ou moins fortes selon les conseils départementaux. Les financements doivent être remis à plat, expliqués et objectivés.

### **Une réelle négociation**

Les adhérents souhaitent pouvoir dialoguer avec des acteurs réellement à l'écoute ayant des marges de manœuvre en cas de besoin. Cet item est développé dans le paragraphe suivant « une négociation CPOM dénaturée ».

Notre union nationale préconise le pilotage national de la 5<sup>ème</sup> branche (*Annexe 3 : Contribution UNIOPSS*) par la CNSA sans préciser l'opérateur (conseil départemental, ARS, autre) qui devra donc répondre aux prérequis précisés ci-dessus par les adhérents de notre union.

L'UNIOPSS cite également en exemple la gouvernance de la CNSA qui intègre l'ensemble des parties prenantes et qui pourrait être déclinée de la même manière en région.

### **F. UNE NÉGOCIATION CPOM DÉNATURÉE**

Nous vous mettons à disposition notre lettre ouverte du 25 février 2019 au sujet des CPOM et le communiqué de presse afférent (*Annexe 4*).

Les adhérents de notre union dénoncent depuis longtemps des négociations CPOM qui n'en sont pas en les qualifiant bien souvent de CPO (Contrats Pluriannuel d'Objectifs) voir CO (Contrats d'Objectifs) avec pour corolaire des spécificités de la structure, du service, des personnes qui ne sont pas financées. En effet, selon les adhérents la définition même de dialogue n'est pas respectée dans ces échanges.

La pluri annualité est également dénoncée puisque les acteurs ont pu indiquer qu'ils étaient de plus en plus dans une gestion sur le temps court imposée par le rythme effréné des demandes.

Ils dénoncent aussi le peu de place laissée à l'innovation. Là où les acteurs de terrain du secteur associatif sont souvent l'avant-garde des solidarités, il semblerait pertinent d'encourager cette plus-value du secteur.

Enfin, les nombreuses enquêtes et indicateurs complétés font rarement preuve de leur utilité auprès des acteurs qui passent énormément de temps à les compléter. Nous souhaitons qu'un panorama de toutes les enquêtes complétées soit effectué et mis en cohérence avec les moyens des établissements et services.

### **G. DES PROCÉDURES D'APPELS À PROJETS QUESTIONNÉES**

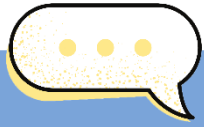
De la même manière qu'évoqué ci-dessous, la logique annuelle des appels à projet, le nombre très important de ces derniers, à des rythmes effrénés, sur des fenêtres de dépôt courtes, et parfois inadaptées (souvent en périodes de congés) n'est pas productif.

Au-delà des problématiques évoquées, ces logiques descendantes ne sont pas opérantes. Les adhérents de l'URIOPSS souhaiteraient une meilleure démocratie sanitaire faisant émerger les besoins du terrain, par exemple par une concertation en amont de la publication des AAP.

De plus, cette méthode entraine elle aussi des inégalités entre les établissements entre ceux les mieux dotés en administratif (prix de journée plus fort) et les moins dotés (prix

de journée plus faible en raison souvent du public accueilli). Cette meilleure machine administrative entraîne une capacité plus importante et réactive à répondre aux AAP.

Ces commentaires sur les AAP (Appels A Projet) sont les mêmes pour les AAC (Appels A Candidature) et les AMI (Appels à Manifestation d'Intérêt)



## VERBATIM DE CONCLUSION DE L'ATELIER

« Nous avons besoin d'une gestion la plus souple possible, la plus dynamique et pragmatique, tout ça afin d'avoir un vrai dialogue de gestion au fil de l'eau »

« SIMPLIFIONS-NOUS LA VIE ! Moins de temps administratif c'est plus de temps auprès des usagers »



## II. ATELIER « L'OFFRE DE SERVICE ET SON ARTICULATION »

### A. UN DÉCLOISONNEMENT PLÉBISCITÉ MAIS À DESSINER

La demande de décroisement est forte et les acteurs souhaitent ouvrir les EHPAD aux personnes âgées du quartier et voisinage et à ceux bénéficiaires d'autres dispositifs du Grand Âge, notamment le domicile. Cette ouverture est d'autant plus plébiscitée qu'elle permettrait de montrer qu'un EHPAD n'est pas un mouvoir, bien au contraire.

Les créations de poste dans l'animation et l'accompagnement évoquées plus loin dans cette contribution<sup>4</sup> pourraient bénéficier aux acteurs d'un même territoire.

Sur la notion de territoire, les participants insistent sur une échelle cohérente et qui pourra être différenciée. En effet, l'exemple des DAC (Dispositifs d'Appui à la Coordination) a pu être citée de manière positive, si et seulement si le découpage est maîtrisé et cohérent.

Un territoire plus restreint permet une parfaite connaissance de celui-ci par l'acteur en charge de la coordination et permet donc d'éviter les doublons. La taille optimale du territoire ne peut pas être fixée de manière uniforme puisqu'elle peut différer des caractéristiques dudit territoire. Il faudra s'assurer que chaque territoire soit bien composé de l'ensemble des dispositifs de la prise en charge du grand âge.

Nous attirons l'attention sur le fait qu'à ce jour, le secteur associatif médicosocial et social est bien souvent peu représenté dans certains dispositifs comme les CPTS (Communautés Professionnelles Territoriales de Santé) composées le plus souvent majoritairement d'acteurs libéraux.

La coordination est un sujet important sur lequel il faudra veiller à ne pas empiler les dispositifs dans chaque territoire.

Enfin, la question de l'adéquation entre les projets d'établissement et les projets de territoire se pose également. Elle renvoie néanmoins d'abord à l'articulation entre les différents outils de planification de l'offre (par exemple cohérence entre le Projet Régional de Santé et les schémas départementaux).

### B. UN ENSEMBLE D'ACTEURS DU GRAND ÂGE À COORDONNER

Les acteurs évoquent la nécessaire amélioration de la coordination et de l'animation des différents acteurs du Grand Âge. Bien que de nombreux dispositifs existent, les acteurs ne se connaissent toujours pas sur les territoires. De plus, le panel complet des dispositifs existants n'est pas connu des professionnels, il semble donc utopique qu'il soit connu et compris par le grand public.

Cette méconnaissance s'explique en grande partie par le cloisonnement des acteurs organisés en silos, ce qui ne permet pas une approche globale et coordonnée

---

<sup>4</sup> P14 : « Une demande de création de nouveaux métiers »

### **C. UN BESOIN DE SPÉCIALISATION ? L'EXEMPLE DE LA GÉRONTO-PSY**

Des adhérents ont des besoins importants en termes d'unités Alzheimer et souhaiteraient lancer des expérimentations de spécialisation en géronto-psy afin de proposer une troisième voie pour ces résidents puisqu'à aujourd'hui, ce public se retrouve encore bien souvent dans les hôpitaux psychiatriques ou dans le secteur du handicap.

Il est à noter que les besoins en personnel et en formation ne seront pas les mêmes et donc à revaloriser...

Le constat est partagé sur le manque de formation à la prise en charge des troubles cognitifs qui sont présents pour un nombre important de résidents.

Les ASD (Aides-Soignants Diplômés) n'ont par exemple pas de formation aux troubles cognitifs.

De plus, la prise en charge des personnes âgées en situation de handicap est complexe dans la mesure où elles intègrent les établissements à des âges bien plus précoces que les autres et n'ont donc pas les mêmes demandes (exemple des besoins de partir en vacances). Elles peuvent bien souvent être déçues des apports des établissements qui n'ont pas les moyens pour couvrir leurs besoins plus importants.

### **D. UNE TAILLE D'ÉTABLISSEMENT OPTIMALE ÉCONOMIQUEMENT NE L'EST PAS NÉCESSAIREMENT DU POINT DE VUE DE LA PRISE EN CHARGE**

Durant les réunions, nous avons essayé d'interroger la taille optimale des établissements. Il s'avère que les plus petits établissements, s'ils semblent compliqués à optimiser d'un point de vue gestionnaire, sont à taille humaine et permettent une prise en charge au plus proche du résident. Cependant, ces établissements étant peu dotés en personnel d'administration, ont des difficultés à répondre aux nombreuses tâches administratives demandées par les pouvoirs publics.

A l'inverse, des établissements de taille plus importante, plus optimaux d'un point de vue économique peuvent ne pas l'être au niveau de l'attendu des familles sur le besoin d'un « comme à la maison ».

Le bon compromis pourrait peut-être se situer dans des établissements subdivisés en unités à taille humaine.

## **E. LE DÉVELOPPEMENT DES HABITATS INCLUSIFS / HABITATS API (ACCOMPAGNÉS PARTAGÉS ET INSÉRÉS)**

Ce mode d'accompagnement, mis en lumière dans le rapport Piveteau et Wolfrom, est bien reçu mais semble souffrir d'un défaut de pluri annualité des financements.

Il convient également d'imaginer des filières cohérentes, et correctement dimensionnées, sur les territoires permettant d'organiser les parcours entre les différentes modalités d'accueil qui s'adressent à des personnes différentes.

En effet, à ce jour, l'essaimage se fait encore une fois par l'offre plutôt qu'un inventaire préalable de la demande.

La problématique des services intervenant dans les habitats avec des changements de résidents et donc des plans d'aides moindres pourrait être résolue en travaillant sur des conventions associatives entre les EHPAD, le domicile et les logements API.

## **F. SPASAD**

Le modèle des SPASAD a été questionné dans la mesure où le dispositif ne semble pas déverrouiller complètement les financements. Les SSIAD et SAAD continuent à avoir des fonctionnements différents du fait d'un pilotage par deux institutions publiques.

Un pilotage unique de l'Autonomie permettrait de lever ces freins.

## **G. NOM DES EHPAD**

La communication autour d'un changement de nom est mal reçue par les adhérents puisque cette étape ne devrait être évoqué que lorsqu'une réelle réforme aura été opérée et que son efficacité soit prouvée.

Le nom évoqué « RASA » est jugé par les adhérents comme très négatif. Ils appellent plutôt à un libellé plus agréable tel que les « Résidences Autonomie ». Le terme de « Maisons de retraite » semble plus en cohérence avec leurs souhaits.

## **H. POSITIONNEMENT DES EHPAD**

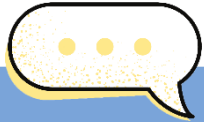
Le positionnement des EHPAD quant à leur médicalisation pose question. L'exemple des prises en charge durant le COVID-19 est illustrant puisqu'il a été demandé de prendre en charge les résidents en oubliant que le médecin coordonnateur, lorsqu'il y en a un, a des restrictions d'activité, que les établissements ne sont pas équipés en oxygène et que les IDE de nuit sont rares

Les associations mettent en avant le fait qu'avoir des médecins coordonnateurs salariés et prescripteurs permettrait une meilleure prise en charge au quotidien des patients, des économies de fonctionnement qui pourraient être réinjectées dans l'accompagnement des personnes tout en valorisant le métier puisqu'il est à aujourd'hui difficile de pourvoir les postes.

La question du libre choix de l'usager reste entière même si les adhérents de l'URIOPSS ont pu citer l'exemple du médecin de l'hôpital qui ne permet pas un libre choix.

Le même sujet est évoqué sur les personnels extérieurs et notamment les kinésithérapeutes : l'enveloppe de financement qui leur est dédiée est suffisamment conséquente pour pouvoir embaucher des personnels à temps plein, gage de meilleure qualité pour l'usager et encore une fois permettant de créer de nouveaux parcours au sein des métiers du Grand Âge.

Le modèle du recours aux libéraux dans les EHPAD est remis en cause dans la mesure où salarier ces métiers permet une présence continue dans l'établissement et est donc gage de qualité dans les prises en charge sans être plus coûteuses.



## VERBATIM DE CONCLUSION DE L'ATELIER

« « Quel est l'intérêt de recourir à des kinésithérapeutes libéraux lorsque 90% des résidents y recourent. »

« MUTUALISONS. Cela permettrait en plus de faire évoluer des carrières faire des nouveaux métiers qui pourraient prendre le relai et faire moins intervenir les libéraux. »





### **III. ATELIER « PRÉVENTION DE LA PERTE D'AUTONOMIE, CADRE DE VIE ET PRISE EN COMPTE DES PARTIES PRENANTES »**

Avant d'exposer le point de vue des adhérents de l'URIOPSS Hauts-de-France, il est important de rappeler que la prévention a un coût certain mais qui implique de grosses économies à long terme. Elle est bien souvent oubliée de l'action publique et pourra être un des objectifs du commissariat au plan.

La CDF (Conférence Des Financeurs) pourrait être le moyen d'aller chercher des financements pour la prévention. Néanmoins le fonctionnement avec AAP parfois complexes limite les capacités de réponses des plus petits acteurs et par conséquent des innovations.

Les adhérents proposent la pérennisation des financements sur plusieurs années plutôt qu'un financement annuel, par définition antinomique avec un effort de prévention qui s'inscrit dans le temps long.

Sur ce sujet, il est regretté un saupoudrage des fonds par de multiples acteurs.

## IV. ATELIER « LES MÉTIERS ET RÉMUNÉRATIONS »

### A. UNE DEMANDE DE CRÉATION DE NOUVEAUX MÉTIERS

Les adhérents de l'URIOPSS Hauts-de-France proposent la création de nouveaux métiers dans les établissements, qui seraient utiles pour le grand âge, et qui pourraient être des possibilités d'évolutions pour les salariés dans une logique de parcours professionnels continus.

Quelques exemples ont pu être cités :

- Stimulation physique : gym douce
- Moniteur Activité Physique Adaptée
- Métier du lien social autre que l'animation (exemple des assistantes sociales mutualisées sur plusieurs établissements et services qui pourraient prendre en charge les dossiers d'aide sociale, de mise sous tutelle des résidents, de résolution des impayés => non financé actuellement)
- Spécialisation de certains salariés à la télé médecine
- Médecins salariés
- Kinésithérapeutes salariés

La création de ces métiers du lien social est un point clé de l'animation au sein des EHPAD car les adhérents constatent une baisse de la participation aux animations collectives du fait de la baisse des capacités des résidents accueillis. Il sera nécessaire de réorienter ces animations vers des temps plus individualisés ou sur des groupes de taille moins importante.

Ces temps pourront être ouverts vers l'extérieur.

Dans l'avenir, ces métiers et ces qualifications devront être pensés sur l'ensemble du secteur Autonomie (Personnes Âgées et Personnes en Situation de Handicap) et Sanitaire afin de développer les passerelles en travaillant à des validations de modules de formation tout au long de la vie professionnelle.

Il en va de même sur un travail de désenclavement du public / associatif / lucratif qui se basent sur des rémunérations différentes pour des mêmes emplois, freinant de fait les parcours.

### B. UN BESOIN D'AUGMENTATION DES RATIOS DE PERSONNEL DÉJÀ OBJECTIVÉ PAR LES RAPPORTS LIBAULT ET EL KHOMRI

Nous mettons à votre disposition notre enquête au sujet des difficultés de recrutement durant l'été 2019 (*Annexe 5*).

Cette contribution ne s'attardera pas sur les ratios de personnel en établissements et services puisqu'unaniment, les adhérents présents lors des réunions de travail ont indiqué que les chiffres évoqués par les rapports Libault et El Khomri étaient conformes à leurs attentes.

Nous pouvons organiser à la demande du législateur, en amont de la loi à venir, des groupes de travail sur le ratio d'encadrement en EHPAD ou à Domicile.

## C. UN SECTEUR ASSOCIATIF EN MANQUE D'ATTRACTIVITÉ

Il conviendra d'avoir une attention particulière sur les établissements et services ayant des tarifs inférieurs, afin de prendre en charge les plus précaires, qui bénéficient donc d'un pouvoir d'attractivité moindre (avec par exemple des budgets moindres sur les parties hôtelières)

Les avantages du statut de la fonction publique (notamment au niveau de la retraite) peuvent également mener à la disqualification du secteur associatif.

Le flou autour de l'application des annonces du Ségur dans le secteur associatif est une source de forte inquiétude pour les adhérents.

Les rémunérations peuvent également être différentes entre le secteur associatif et les secteurs public et lucratif.

## D. DES MÉTIERS EN MANQUE D'ATTRACTIVITÉ

Un manque d'attractivité est constaté pour le métier d'auxiliaire de vie à domicile encore souvent appelé à tort aide-ménagère. Avec le vieillissement de la population et le plus fort maintien à domicile, le métier d'auxiliaire de vie glisse vers le métier d'aide-soignant qui glisse vers le métier d'infirmier qui glisse lui-même vers des métiers plus médicaux.

Un travail est nécessaire pour la requalification de ces métiers qui devra être suivie d'une communication auprès du grand public.

La non reconnaissance de ces glissements peut expliquer, en partie seulement, la faible attractivité du métier d'auxiliaire de vie.

Les grilles actuelles entre aide à domicile et ASD (Aide-Soignant Diplômé) sont très proches ce qui peut créer des conflits avec des ASD se sentant dévalorisés.

En effet, au sein de la BAD, ces deux métiers sont rémunérés de la même manière en raison de l'augmentation des bas salaires qui a entraîné un rattrapage de l'un sur l'autre.

Cette augmentation des bas salaires devrait être suivie d'augmentations plus généralisées afin de ne pas réduire les écarts dans les années à venir.

Il convient de s'intéresser plus particulièrement aux rémunérations sous le SMIC. En effet celle-ci sont compensées, mais la compensation diminue au fur et à mesure de l'évolution de la carrière, ce qui a pour effet d'avoir une stagnation du net versé. Cela génère une incompréhension ainsi qu'une frustration importante des salariés.

Enfin, des questions autour du rapport au travail sont posées par quelques adhérents. Le travail posté le soir, le weekend, les nuits et jours fériés est de plus en plus compliqué à faire accepter.

## E. DES RÉMUNÉRATIONS EN MANQUE D'ATTRACTIVITÉ

Les grilles des différentes conventions collectives sont trop proches des minimas sociaux et parfois même en deçà, comme cela pu être évoqué par le rapport El Khomri.

Les grilles de certaines conventions collectives sont obsolètes et ne permettent plus de trouver des directeurs, médecins coordonnateurs et infirmières qui peuvent travailler dans des secteurs bien plus attractifs.

Dans le secteur du domicile, l'utilisation du véhicule est un des freins les plus importants. En effet, les frais de déplacements sont rémunérés mais faiblement par rapport à l'augmentation du prix du carburant mais également face à l'obligation d'acquérir des véhicules de plus en plus propres et donc de plus en plus coûteux. Certaines personnes ont parfois des réparations à faire sur leurs véhicules qu'elles ne peuvent pas payer.

Financer des flottes de véhicules propres au services d'aide à domicile pourrait être une solution à ce problème.

De manière générale, les hausses de rémunération devront être conséquentes afin que les salariés sortent du statut de travailleur précaire.

La revalorisation du secteur public pendant le Ségur cause des inquiétudes quant à la transcription de cette mesure sur le secteur associatif qui tarde.

## **F. DES ÉQUIPES EN SOUS-EFFECTIF**

Une partie de l'explication du manque d'attractivité peut résider dans le fait que les équipes ne sont pas suffisamment dotées.

Les sous-dotations en personnel entraînant des absences qui entraînent elles même de l'épuisement.

Ces sous-dotations cumulées aux difficultés de recrutement alimentent ce cercle vicieux depuis maintenant plusieurs années.

## **G. DES PARCOURS AUJOURD'HUI COMPLEXES QUI POURRAIENT ÊTRE FACILITÉS**

La facilitation de la VAE (Validation des Acquis de l'Expérience) est fortement évoquée afin de pallier la pénurie de certains professionnels.

A ce jour, les procédures semblent insurmontables pour les AVS alors qu'elles peuvent être pour certaines suffisamment compétentes pour évoluer en ASD puis IDE.

Il en va de même pour la facilitation de la reprise d'étude pour les aides-soignantes de plus de 30 ans.

La facilitation des parcours et des validations de diplômes par blocs de compétences tout au long de la carrière pourrait être facilitant pour le secteur, d'autant quand on voit les difficultés de recrutement actuelles.

Ces parcours doivent s'entendre entre les secteurs (grand âge, handicap, sanitaire,...) mais également dans les modalités d'un même secteur (établissement et domicile).

Cette organisation de parcours plus globale permettra par exemple à un médecin coordonnateur de maintenir une activité clinique et permettrait de rendre plus attractif ce poste de plus en plus difficile à pourvoir.

Elle permettra également à une auxiliaire de vie d'évoluer vers un poste d'aide-soignante puis de changer de secteur et enfin de revenir dans le médico-social en tant qu'infirmière.

Ce décloisonnement du secteur « Personnes Âgées » mais également des autres secteurs (handicap, social et sanitaire) pourrait donner des perspectives d'évolution aux salariés qui ne se sentiraient plus enfermés dans un métier et dans un secteur.

Enfin, l'absence d'équivalence de niveau entre le diplôme et le diplôme français est un réel handicap constaté pour les départements frontaliers.

## **H. UNE COMMUNICATION SUR LE SECTEUR POSANT PROBLÈME**

De par les différentes communications qui peuvent être faites sur le secteur du Grand Âge, que ce soit à domicile ou en établissement, l'attractivité du secteur semble se dégrader.

Il semble important de communiquer sur autre chose que des faits divers en lançant de grandes campagnes de communication. Durant la crise du COVID-19, les familles ont pu reconnaître la qualité de l'accompagnement au quotidien mais les personnels ont peur que cela ne soit rapidement oublié au bénéfice d'un EHPAD « bashing ».

## **I. DES STATUTS NE PERMETTANT PAS LA RÉMUNÉRATION À LA RÉCOMPENSE**

Certains adhérents ont pu dénoncer la rigidité des grilles de rémunération qui ne permettent pas de récompenser de manière différenciée les salariés présents, volontaires pour effectuer des remplacements, engagés, impliqués sur des projets plus globaux, des autres salariés.

Certains souhaiteraient, contre rémunération, nommer des salariés comme référents thématiques de prise en charge (nutrition, chute, vie sociale, incontinence,...) afin de les sortir de leur quotidien tout en progressant dans les accompagnements.

## **J. L'EFFET DU MANQUE D'ATTRACTIVITÉ SUR LE NIVEAU DES RECRUTEMENTS**

L'ensemble des sujets évoqués dans cette contribution mettant en exergue la faible attractivité du secteur semblent mener, selon les adhérents de l'URIOPSS Hauts-de-France à une dégradation du niveau des personnes admises dans les IFAS et IFSI.

## **K. UNE QUALITÉ DE VIE DE TRAVAIL NÉCESSAIRE POUR SORTIR DES TAUX RECORD DE SINISTRALITÉ**

La QVT (Qualité de Vie au Travail) est à aujourd'hui traitée via des AAP / AAC / AMI, compliqués, auxquels toutes les structures n'ont pas la capacité administrative d'y répondre alors que cette question devrait être une composante des budgets de tous les établissements.

## **V. ATELIER « LA PARTICIPATION DES USAGERS, DES SENIORS ET DES FAMILLES »**

### **A. LE CVS, UNE INSTANCE NÉCESSAIRE MAIS À DÉVELOPPER**

Les adhérents participant à la contribution ont jugé le CVS peu efficace quant au reflet du collectif et mobilisant peu les familles et les bénéficiaires.

Cette instance peut se tenir régulièrement parce que le directeur l'investit et organise une communication descendante, ce qui n'est pas l'idée de base.

Un accompagnement des élus du CVS pourrait aider à le dynamiser mais nécessite des ressources en personnel.

Cependant, les adhérents sont unanimes sur le fait qu'il est nécessaire de travailler à l'écoute et la participation des usagers, y compris le domicile où cette obligation n'existe pas.

La participation des familles aux CVS présente les mêmes difficultés que celles rencontrées avec les élus de CVS eux même, à savoir que leur parole est souvent individuelle et ne reflète pas forcément le collectif.

Enfin, la réalisation d'enquêtes de satisfaction peut également poser question dans la mesure où elles ne sont pas faites par des professionnels de la statistique.

### **B. LA PLACE DES FAMILLES À TROUVER**

Aujourd'hui, une place plus importante est laissée aux familles plutôt qu'aux usagers. Ce positionnement entraîne des questionnements sur les choix de vie, par exemple autour de la sexualité des personnes ou de la volonté de certaines de ne pas s'inscrire dans les animations collectives contrairement aux souhaits des familles.

Dans l'ensemble, les familles connaissent très peu le Grand Âge (évolution de la physiologie, comportement d'une personne) ainsi que les prises en charges existantes et leurs buts. La Semaine Bleue pourrait être utilisée comme vecteur de communication et formation annuelle.

Il serait intéressant d'introduire la notion de représentants d'usagers, professionnalisés via des formations opérées par les professionnels du secteur.

### **C. UNE ATTENTION PARTICULIÈRE À AVOIR SUR LE BÉNÉVOLAT**

En règle générale, les acteurs évoquent une nécessaire formation des bénévoles qui ont souvent du mal à trouver leur place et ne comprennent pas forcément que leur rôle n'est pas d'accompagner dans le soin.

L'attractivité du champ du grand âge présente aussi des difficultés, notamment en comparaison d'autres secteurs comme la petite enfance. Ce point est particulièrement vrai concernant les retraités bénévoles et pose question puisqu'il semblerait que ces derniers aient plus envie d'être bénévoles dans la petite enfance.

Il est à noter, que le bénévolat ne doit pas être intégré aux réflexions sur les financements puisqu'il doit s'agir d'un plus. Le bénévolat ne doit pas être un substitut aux financements

publics. D'autant que le suivi de l'activité des bénévoles nécessite des salariés qui peuvent encadrer.

La formation des bénévoles au sein des conseils d'administration, qui est un bon moyen d'avoir dans la représentation des acteurs comme le voisinage ou les personnes concernées, doit être accentuée.

La formation des bénévoles pourrait être financée plus fortement notamment pour accompagner les membres de conseils d'administration sur les bases de la gestion des ressources humaines, de la gestion financière ou même l'évolution des politiques publiques.

#### **D. L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES, UN SUJET MAJEUR**

Les adhérents pointent la faiblesse du temps d'animation en établissement, celle-ci n'existant pas au sein des services du domicile. Cette animation est cependant nécessaire, d'autant pour les publics pris en charge dans le secteur associatif. Cette animation serait nécessaire pour conserver l'individualité des résidents mais est souvent peu présente dans les établissements à faible prix d'hébergement.

Il semble important le réfléchir au maintien de l'individualité de la personne à travers les PAP (Projet d'Accompagnement Personnalisé) qui sont à aujourd'hui difficilement faits au regard du temps que cela prend et des ressources disponibles. Les hausses de moyens devront prévoir le maintien de la vie sociale pour chaque usager en complément du maintien de la vie sociale pour le groupe d'usagers.

Il conviendra de prêter une intention particulière à la volonté de l'usager en accompagnant les familles vers l'acceptation. A titre d'exemple, il est parfois compliqué de faire accepter que le résident n'a ni envie de jouer au loto ni de sortir de son logement mais simplement avoir ses propres activités dans son logement.

Il est souligné que l'accompagnement des personnes est peu développé avec un lien social qui est complètement oublié. Cet accompagnement et le lien social est aujourd'hui fait en partie par les soignants qui sont ne sont pas en nombre suffisant pour mener à bien ces tâches qui vont au-delà de leur fiche de mission.

La complexité de gestion des bénévoles rend difficile le développement des temps d'animations par ceux-ci, d'autant qu'il relève de la prise en charge et doit donc être financé.

L'idée de salarier un temps d'assistant(e) social(e) semble bonne aux adhérents avec une mutualisation sur un territoire.

## GLOSSAIRE

AAC = Appel A Candidature

AAP = Appel A Projet

AMI = Appel à Manifestation d'Intérêt

ARS = Agence Régionale de la Santé

ASD = Aide-Soignant Diplômé

ASG = Assistant de Soin en Gériatrie

AVS = Auxiliaire de Vie Sociale

BAD = convention collective de la Branche de l'Aide à Domicile

CDCA = Conseil Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie

CDF = Conférence Des Financeurs

CNSA = Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

CPOM = Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

CPTS = Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

CTP = Convention Tripartite Pluriannuelle

CVS = Conseil de la Vie Sociale

DAC = Dispositif d'Appui à la Coordination

GIR = Groupe Iso-Ressource issu de la grille AGGIR => Correspond à la mesure du degré de perte d'autonomie

GMP = Gir Moyen Pondéré => Correspond à la moyenne des cotations du degré de perte d'autonomie des usagers

IDE = Infirmier Diplômé d'Etat

IFAS = Institut de Formation d'Aide-Soignant

IFSI = Institut de Formation en Soins Infirmiers

Logements API = Logements Accompagnés, Partagés et Insérés

PASA = Pôle d'Activités et de Soins Adaptés

PMP = Pathos Moyen Pondéré => Correspond au besoin en soin des usagers

PRS = Projet Régional de Santé



QVT = Qualité de Vie au Travail

SAAD = Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile

SPASAD = Services Polyvalents d'Aide et de Soins A Domicile => Correspond à un regroupement de SAAD (financé par le conseil départemental) et de SSIAD (financé par l'assurance maladie via l'ARS)

SSIAD = Service de Soins Infirmiers A Domicile

SSR = Soins de Suite et de Réadaptation

T2A = Tarification A l'Activité

VAE = Validation des Acquis de l'Expérience

# ANNEXE 1

## OUTIL PADLET - MUR DE PENSE-BÊTES

padlet

Romain CABOCHE + 9 • 5 jours

### URIOPSS HDF - Contribution LGAA

Ensemble, contribuons au monde de demain

#### Atelier A : Gouvernance, Pilotage et Financement

**Anonyme 27 jours**

Revoir les modalités d'évaluation de la charge pour les établissements. Plus le GMP est élevé, plus il y a de ressources. Cela ne tend pas à rechercher la valorisation de l'autonomie des personnes accueillies

FP UNIVI

5 0

4 commentaires

**Anonyme 27 jours**

Tout à fait d'accord, on valorise plus le fait que les personnes deviennent dépendantes alors que notre mission est le maintien de l'autonomie voire le retour de l'autonomie. Mais si un résident récupère une fonction motrice cela impacte négativement nos budgets. Travailler sur ces dynamiques nécessite aussi du personnel. Dorine GRESSELLE, Directrice EHPAD SAINT LANDELIN, ASSOCIATION ACCUEIL ET RELAIS, VAULX VRAUCOURT (62)

**Guillaume DELALIEU 7 jours**

Tout à fait d'accord également ! Une piste qui pourrait être explorée serait la valorisation dans l'outil pathos du maintien de l'autonomie (exemple lorsqu'un résident récupère de la motricité). Cela ferait aussi un vrai lien avec un indicateur qualité. Guillaume DELALIEU Directeur EHPAD La Neuville - Association ARASSOC 80.

**Anonyme 5 jours**

Simone TROTIN

**Anonyme 5 jours**

effectivement nous avons un gros écart entre les évaluations soins de nos autorités de tarifications et le terrain. Le pathos comme le GIR ne reflètent pas la réalité. La prévention est totalement absente dans ces évaluations. Aucun intérêt financier à préserver l'autonomie et avoir peu de soins du au fait du travail des soignants sur les changements de positions ou adaptation du matériel.

Ajouter un commentaire

**Romain CABOCHE 27 jours**

#### Atelier A

Pour les EHPAD notamment, le financement par sections tarifaires, même s'il a été assoupli, constitue une contrainte forte, surtout en GRH. Le pilotage d'une institution nécessite de la souplesse en raison de la diversité des publics. Les distinctions Hébergement, Dépendance et Soins n'ont aucune réelle raison d'être.

Dominique DEMORY

3 0

1 commentaire

**Anonyme 5 jours**

Je suis d'accord revenir à une dotation unique serait plus simple dans nos organisations.

Ajouter un commentaire

#### Atelier B : Offre de Service et Articulation

**Anonyme 27 jours**

Permettre aux acteurs du secteur d'être force de proposition sur des sujets innovants qui ne sont pas encore identifiés par les tutelles

FP UNIVI

2 0

Ajouter un commentaire

**Romain CABOCHE 27 jours**

#### Atelier B

Aujourd'hui encore, des ouvertures de places en EHPAD sont autorisées dans des secteurs où les structures existantes sont en sous-activité. Il faudrait plus de cohérence dans ce domaine.

Dominique DEMORY

2 0

Ajouter un commentaire

**Pierre Pruvost 22 jours**

#### Atelier B

L'articulation entre l'offre et la demande doit être revue et des bilans doivent être réalisés sur ce qui existe déjà à ce sujet (ViaTrajectoire, Portail personnes âgées, Ir,...) pour juger de leur efficacité ou non. Au niveau de l'offre, une spécialisation de certains EHPAD serait intéressante car de plus en plus de demandes (Gérontopsy,...) à condition que les moyens nécessaires en matière de RH et de formation soient corrélés à cette spécialisation.

2 0

Ajouter un commentaire

**stlanelindirection 21 jours**

Des dispositifs existent mais encore faut-il que les personnes qui pourraient en bénéficier les connaissent et que l'on en facilite l'accès. Par exemple, pour les accueils de jour la question du transport est cruciale et ce n'est pas les 11€ de dédommagement par jour qui vont aider les aidants.

2 0

Ajouter un commentaire

**Anonyme 7 jours**

Le déploiement des dispositifs d'Appui à la coordination doit

#### Atelier C : Prévention de la perte d'autonomie, cadre de vie, et prise en compte des parties prenantes (aidants, familles, hôpitaux, médecine de ville)

**Romain CABOCHE 27 jours**

#### Atelier C

Il y aurait certainement lieu de décloisonner. Par exemple, les EHPAD pourraient s'ouvrir davantage aux personnes âgées du voisinage, du quartier.

Dominique DEMORY

2 0

Ajouter un commentaire

**Romain CABOCHE 27 jours**

La prévention est avant tout une manière de lutter contre la réparation, qui coûte cher autant au réparé qu'à la société qui a mutualisé pour son accessibilité. La prévention à domicile doit faire partie des missions des intervenants à domicile. Cela peut être dans le cadre des plans d'aide mais mieux encore par des délégations d'une politique générale territoriale de prévention. Ce qui amènera plus facilement aux coopérations autour de la personne accompagnée.

Dominique VILLA

2 0

Ajouter un commentaire

**Pierre Pruvost 22 jours**

#### Atelier C

Le développement de la télémédecine/téléconsultation, pourtant extrêmement intéressant, notamment pour les liens avec la médecine de ville, connaît de nombreux couacs dus à des initiatives non coordonnées et réalisées dans la précipitation. Une véritable politique cohérente et visionnaire de développement de cette démarche serait très intéressante dans le cadre de la prise en charge des PA et de la prévention de la perte d'autonomie.

2 0

Ajouter un commentaire

**Anonyme 16 jours**

Travailler sur des logiques de parcours résidentiels à l'échelle de villes ou de

#### Atelier D : Métiers, Rémunérations et Formations

**Anonyme 27 jours**

Faciliter le processus de VAE et de "faisant fonction" pour palier à la pénurie de professionnels

FP UNIVI

2 0

Ajouter un commentaire

**Romain CABOCHE 27 jours**

#### Atelier D

L'écroulement des salaires par le bas par effet du minimum conventionnel est très démotivante pour les niveaux de qualification de base: AMP, AS,...

Pour le recrutement des métiers les plus rares: médecins co, infirmières co, IDE, Directeurs, les dispositions conventionnelles sont obsolètes.

Dominique DEMORY

3 0

Ajouter un commentaire

**Romain CABOCHE 27 jours**

#### Car il y a le care...

Pas de politique d'amélioration des salaires, de reconnaissance salariale, de réforme des conventions collectives, sans redorer préalablement les métiers, les fonctions, les expertises, les qualités nécessaires pour faire ces métiers... C'est aussi répondre à pourquoi le Care doit être hors de marché et donc nécessite des moyens qui garantissent le hors du marché...

Dominique VILLA

0 0

Ajouter un commentaire

**Mary Vandermeiren 20 jours**

#### atelier D

nécessite de revaloriser les métiers, et d'offrir une possibilité d'évolution de carrière par la VAE.

Faciliter la reprise des études pour les AS de plus de 30 ans (devenir IDE par ex).

Revalorisation des salaires . Formation minimum, ou information pour les bénévoles d'un conseil d'administration qui ne connaissent pas le soins, ni la gériatrie. Ils ont un pouvoir décisionnaire lors des AG.

M.Vandermeiren

#### Atelier E : La participation des usagers, des seniors et des familles

**Romain CABOCHE 27 jours**

#### Atelier E

L'isolement des personnes âgées à domicile est une problématique avérée. C'est le cas aussi en EHPAD confrontées parfois au délaissement des familles. Recréer une dynamique de contacts et de rencontres en mobilisant les bénévoles (ex Monalisa) paraît essentiel.

Dominique DEMORY

0 0

Ajouter un commentaire

**Pierre Pruvost 22 jours**

#### Atelier E

Le concept de CVS est à revoir, que ce soit dans son fonctionnement classique que dans sa mobilisation de manière exceptionnelle comme ce fut le cas lors du COVID. En EHPAD, la procédure est peu efficace et ne permet pas de refléter l'avis collectif de la résidence. Dans les autres structures médico-sociales, elle est parfois impossible à mettre en place comme c'est le cas pour les SAAD et peu de bénéficiaires ou familles y voient un intérêt. Le modèle de participation doit être adaptée à chaque type de structures/publics, voir aux particularités contextuelles de celui-ci.

1 0

Ajouter un commentaire

**Mathieu SCHELL 13 jours**

La participation des résidents, des familles et des seniors à travers des projets de vie individualisés semble difficile au regard de la moyenne d'âge à l'entrée qui augmente, des moyens mis à disposition et de la notion même de projet de vie. Le projet de vie des résidents dans un EHPAD est intimement lié au projet d'établissement en lui-même. L'accompagnement des résidents n'est pas moins bienveillant et de qualité s'il n'est pas écrit dans un "projet" de vie.

0 0

Ajouter un commentaire

#### BONUS

**Romain CABOCHE un mois**

#### Autre Sujet ?

Si vous aimeriez aborder un sujet mais ne savez pas où l'intégrer, c'est ici. Je me chargerai de le répartir.

0 0

Ajouter un commentaire

**Romain CABOCHE 27 jours**

#### Bonus:

La réorientation des EHPAD vers l'accueil des GIR les plus bas modifie la nature de ces Etablissements et les entraîne vers l'HAD et les soins palliatifs au détriment de l'accompagnement social.

Dominique DEMORY

0 0

Ajouter un commentaire

**Romain CABOCHE 27 jours**

#### Aidants

Développer et financer une offre de répit des aidants passant de la prévention au relayage serait complémentaire des actions d'accompagnement du bénéficiaire

Dominique VILLA

0 0


Ajouter un commentaire


**Anonyme 5 jours**

#### Revoir l'attribution de la dotation dépendance dans les EHPAD qui est moins importante qu'au domicile. Les familles sont dans l'incompréhension a l'entrée de leur proche en établissement. par cette évolution le reste a charge serait diminué.


0 0

Ajouter un commentaire

ANNEXE 2  
DOSSIER TECHNIQUE SSIAD DU NORD 

ANNEXE 3  
CONTRIBUTION UNIOPSS – 5<sup>ÈME</sup> BRANCHE AUTONOMIE 

ANNEXE 4  
LETTRE OUVERTE DU 25 FÉVRIER 2019 AU SUJET DES CPOM + COMMUNIQUÉ 

ANNEXE 5  
ÉTUDE UNIOPSS – URIOPSS SUR LES DIFFICULTÉS DE RECRUTEMENT (2019) 

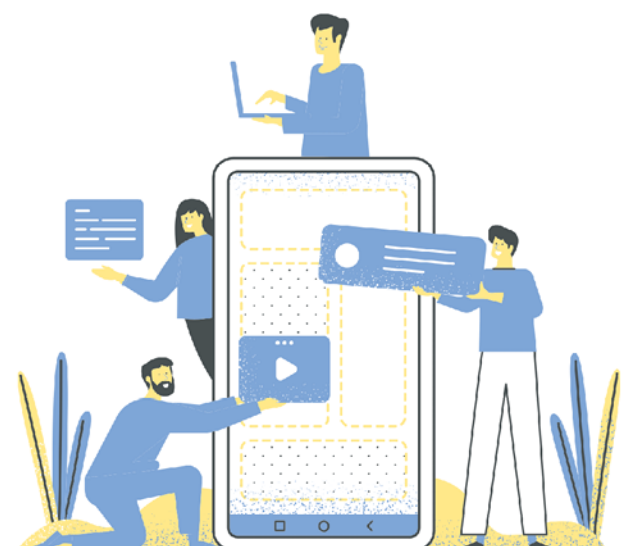
## L'URIOPSS HAUTS-DE-FRANCE

### Unir les associations pour développer les solidarités

L'Uriopss (Union Régionale Interfédérale des Oeuvres et organismes Privés Sanitaires et Sociaux) Hauts-de-France, est une association loi de 1901, qui unit les associations et organismes privés non lucratifs des secteurs sanitaire, médico-social pour développer les solidarités. Elle s'inscrit dans un réseau composé de seize unions régionales et d'une union nationale, l'Uniopss reconnue d'utilité publique. Ces espaces de travail mutualisés offrent à nos adhérents l'assurance d'expertise et de compétences élargies.

### Nos valeurs

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



## CONTACT

**Annette GLOWACKI**

Présidente

03 20 12 83 43

[a.glowacki@uriopss-hdf.fr](mailto:a.glowacki@uriopss-hdf.fr)



**Ahmed HEGAZY**

Directeur

03 20 12 83 43

[a.hegazy@uriopss-hdf.fr](mailto:a.hegazy@uriopss-hdf.fr)



**Romain CABOCHE**

Responsable Pôle Autonomie

06 12 36 09 43

[r.caboche@uriopss-hdf.fr](mailto:r.caboche@uriopss-hdf.fr)

