PLAIDOYER

Grand âge et autonomie

Mieux accompagner les personnes pour respecter leur dignité et promouvoir leur citoyenneté

Position du Groupe VYV
Juin 2020

GROUPE vyv
Entrepreneur du mieux-vivre

En résumé…

Le Gouvernement avait souhaité, en 2018, ouvrir un débat national sur la perte d'autonomie et le grand âge, qui a débouché sur le rapport Libault. Depuis, la crise du Covid-19 avec ses conséquences dramatiques pour les personnes en perte d'autonomie a montré qu'il était urgent de revoir l'ensemble des dispositifs d'accompagnement.

Convaincu que la considération à apporter à la personne en perte d'autonomie, en établissement ou à domicile, est essentielle, le Groupe VYV souhaite être force de propositions. Ce mieux-vivre et cette dignité passent par le respect des droits et de la citoyenneté des personnes, et par une protection quand elle est nécessaire.

Notre groupe mutualiste, fort de son expérience d'acteur global de protection sociale (assurance complémentaire santé, prévoyance, perte d'autonomie, épargne-retraite, offre sanitaire, médico-sociale et sociale), met la question de la dignité de la personne humaine au cœur des réflexions et propositions qu'il souhaite porter à la connaissance des pouvoirs publics.

Pour cela, il propose d'**améliorer la prise en charge de la perte d'autonomie**, par une meilleure qualité de l'accompagnement offert à ces personnes.

Dans un contexte de vieillissement généralisé de la population qui nécessite d'ores et déjà de mobiliser des moyens financiers supplémentaires importants, il invite dans ce cadre à opérer une **rupture en profondeur du modèle français d'offre de soins aux personnes en perte d'autonomie, en partant des besoins réels de la personne**, pour identifier une qualité d'accompagnement digne et notamment le temps humain nécessaire à son soutien, en période normale comme en temps de crise.

Cela implique :

- **D'améliorer de manière significative l'accompagnement des personnes en EHPAD**, en tenant compte de l'évolution de la population accueillie, nécessitant une médicalisation, en lien et en articulation avec l'organisation sur le territoire des soins de premier recours et l'hôpital ;
- **De travailler dans un bassin de vie** sur un continuum de solutions allant du domicile aux résidences adaptées, **appuyé sur une plateforme de services** ;
- **De pouvoir recruter, de mieux rémunérer, de promouvoir la qualité de vie au travail et de former des personnels soignants et d'accompagnement, tant au domicile qu'en établissement**, pour redonner du sens, des valeurs, de l'attractivité aux métiers.

Pour être soutenable financièrement pour les personnes et leurs familles, cette amélioration de la qualité et ce renforcement de l'accès aux droits pour une meilleure inclusion ne peuvent être obtenus que par un renforcement significatif du socle public de solidarité nationale dans le cadre de la prise en compte d'un risque « perte d'autonomie », seul à même de garantir une équité de traitement quel que soit ses revenus ou sa place sur le territoire. A cette condition, il est permis d'imaginer des compléments de financement par l'épargne-retraite, la mobilisation du patrimoine immobilier, ou l'assurance perte d'autonomie afin d'améliorer les services rendus aux personnes.

Une telle réforme, pour être efficace et soutenable financièrement sans effets inflationnistes, appelle concomitamment **un profond changement de la régulation des prix de l'hébergement des établissements pour personnes âgées en perte d'autonomie**. Le modèle actuel, de prix libres non régulés, a montré toutes ses limites et effets délétères, avec des restes à charge trop élevés pour les personnes et leurs familles alors même que la qualité des services proposés aux résidents n'est pas toujours à même de garantir le respect de leur dignité, leur confort, leur bien-être et leur sécurité. Il est par ailleurs source d'inégalités territoriales, en raison de sa dépendance aux politiques des conseils départementaux.

Il faudra enfin **réfléchir l'organisation et les articulations des dispositifs**, dans une approche combinant innovation sociale et innovation technologique, pour permettre **une plus grande fluidité et adaptation aux parcours et aux besoins évolutifs des personnes et de leurs familles**. **Il s'agit d'assurer une continuité de service,** incluant également **l'aide et l'implication des aidants**, allant d'une prise en charge au domicile, qui doit être privilégiée, ou en établissement pour des situations le nécessitant. Il sera également essentiel de s'adapter aux besoins différents de chaque territoire, avec une gouvernance assurant une équité de traitement pour l'ensemble du pays tout en collant aux réalités locales.

Nous appelons donc à une réforme d'ampleur, globale, conjuguant amélioration de la qualité des services, adaptation aux parcours et aux besoins, revalorisation des métiers, optimisation des coûts, régulation des prix et financement par la solidarité nationale.
Une telle réforme, fondée sur un principe supérieur de respect de la dignité des personnes, est nécessaire pour répondre aux enjeux du vieillissement de la population française.

GROUPE vyv

Sommaire

Les valeurs que nous souhaitons promouvoir 5

Positions et propositions à mettre en débat 7

Position n°1 Réaffirmer l'urgence d'une politique globale de prévention à tous les âges 8

Position n°2 Préparer la sortie de la vie professionnelle par une consultation autonomie 10

Position n°3 Rappeler les liens entre pauvreté, isolement social et perte d'autonomie 10

Position n°4 Viser une société 100 % accessible et inclusive 11

Position n°5 Aider les gens à s'orienter parmi les aides et dispositifs 12

Position n°6 Renforcer le soutien aux aidants 13

Position n°7 Augmenter massivement le niveau du socle public de financement de la perte d'autonomie 15

Position n°8 En complément du socle public de solidarité nationale renforcé, développer les solutions de financement additionnelles de la perte d'autonomie 16

Position n°9 Encourager le développement de rentes viagères 17

Position n°10 Viager - Vente d'un bien immobilier par anticipation 18

Position n°11 Améliorer la qualité de la PEC au domicile des personnes en perte d'autonomie 19

Position n°12 En Ehpad comme au domicile : garantir le respect de la dignité des personnes 21

Position n°13 Augmenter le temps de présence soignante auprès des personnes 23

Position n°14 Repositionner plus fortement le médico-social dans le dispositif global de santé dans les champs gériatrique et du premier recours 25

Position n°15 Revaloriser les rémunérations pour redonner de l'attractivité aux métiers de l'accompagnement 26

Position n°16 Réviser les référentiels de salaires, de compétences et de formation des personnels 27

Position n°17 Faciliter les recrutements en étendant le contrat d'engagement de service public (CESP) au secteur médico-social 28

Position n°18 Promouvoir et compléter l'apprentissage dans les Ehpad 29

Position n°19 Réguler le prix de l'hébergement pour le rendre accessible à tous et soutenable pour les finances publiques, et viser un « 100 % autonomie » 30

Position n°20 Mettre en place la gestion et la gouvernance d'un risque autour de la perte d'autonomie liée aux situations de handicap et à l'âge, pour une meilleure protection des personnes 31

Position n°21 Gérer le risque « perte d'autonomie » dans le cadre d'une CNSA aux missions élargies et d'une régulation au plus près du terrain 31

Position n°22 Promouvoir une politique d'innovation sociale et technologique audacieuse et participative 32

Le Groupe VYV en chiffres 34

Annexe 35

Les valeurs que nous souhaitons promouvoir

Améliorer l'autonomie et compenser la perte d'autonomie des personnes : un projet de société en adéquation avec les valeurs du Groupe VYV.

Le Groupe VYV souhaite préciser les valeurs qui fondent son approche, dans le sens **d'une protection sociale universaliste de haut-niveau.**

Respecter et garantir la dignité humaine et changer le regard de la société

Il nous apparaît essentiel de réaffirmer le primat du **respect de la dignité de la personne humaine** à tous les moments de sa vie, et notamment lorsqu'elle fait face à des ruptures, à des fragilités qu'elles soient liées à l'avancée en âge ou à une perte d'autonomie, ou qu'elles viennent s'inscrire dans une situation de perte d'autonomie déjà installée. C'est également un travail collectif pour **changer le regard de tous** sur la personne qui avance en âge et qui voit son autonomie s'altérer.

Cela exige de placer la personne humaine au centre des décisions qui la concernent, mais aussi de rappeler que **la recherche perpétuelle du consentement est un droit qui doit être strictement respecté**. Les mutuelles, de par leur modèle de gouvernance démocratique, mettent cette participation à la décision, individuelle et collective, au cœur de tout dispositif.

Prendre en compte l'universalité de la personne humaine

Pour respecter et garantir la dignité de la personne humaine, il nous semble important de mettre au cœur des réflexions la valeur d'universalité afin de **considérer la personne humaine** dans sa globalité, **quel que soit son âge, sa situation professionnelle et personnelle**.

Il convient donc ici de rappeler **notre objection aux distinguos administratifs** qui conduisent à proposer des dispositifs différents et inégaux parce que les personnes sont considérées par l'administration comme « malades », « âgées dépendantes » ou encore « handicapées », alors même que les limitations à leur autonomie sont similaires.

Développer les solidarités pour répondre aux défis posés

Rechercher la valeur de solidarité nous conduit à considérer que chacun devrait pouvoir **être aidé en fonction de ses besoins** pour compenser la perte de son autonomie, indépendamment de sa situation sociale, sanitaire, financière ou professionnelle.

Dans le même temps, chacun devrait pouvoir contribuer, **en fonction de ses moyens**, au financement des dispositifs de solidarité nationale.

Répondre aux défis du vieillissement de notre population et à l'explosion des maladies chroniques, impose de développer toutes les solidarités et ne pas reproduire des modèles historiques cloisonnés tant dans la gouvernance que dans les actions dont on connaît aujourd'hui les limites et les carences, notamment pour répondre aux inégalités sociales.

La réforme de la perte de l'autonomie doit être le lieu d'actions mutualisées et communes sur le terrain entre tous les acteurs (associations, collectivités, Caisses de sécurité sociale, mutuelles), et d'une gouvernance partagée avec ces derniers : co-construction des dispositifs, des outils d'évaluation et du panier de biens et de services. Rappelons que la participation des entreprises de l'économie sociale et solidaire contribue à ce que des processus démocratiques et participatifs viennent conforter les droits des personnes et une meilleure prise en compte de leurs besoins.

La prise en charge de la perte d'autonomie doit s'effectuer selon le **principe de l'équité**.

Un projet au service de plus de liberté

Adopter la valeur de liberté conduit à considérer que les politiques publiques doivent bâtir une société où les personnes en manque ou perte d'autonomie peuvent se déplacer, travailler, étudier, voter, accéder aux loisirs, en bref, être des **citoyens à part entière**, avec leurs droits et leurs devoirs.
La liberté de choix pour la personne implique un environnement qui permet son exercice effectif.

La réforme devra porter un train de mesures pour **une société plus inclusive pour tous.**

Un projet qui renforce l'égalité des droits et des conditions

La **réduction des inégalités entre les territoires** doit être un des marqueurs de la réforme de la perte d'autonomie. Elle se situe au cœur des préoccupations de nos adhérents mutualistes et de leurs actions au quotidien.

Pour les aidants : adopter la valeur d'égalité nous conduit à rappeler que les réformes à venir devraient avoir pour effet d'**améliorer leur situation et leur statut**. La réalité montre que ce sont en majorité des femmes qui s'acquittent de cette mission. Trop souvent, le fait d'aider une personne en perte d'autonomie conduit à voir ses revenus et ses droits à la retraite amputés.

GROUPE vyv

Positions et propositions à mettre en débat

Partant des valeurs exprimées ci-avant, notre conviction est **que c'est la vulnérabilité et la fragilité de la personne qu'il faut prévenir, accompagner et compenser**. Pour cela, il est nécessaire d'adopter une approche qui aborde la personne dans la globalité de son environnement de vie, qui mette à profit l'intelligence collective de notre société et de ses acteurs, et qui favorise un engagement efficace et reconnu des professionnels de l'accompagnement.

Nos propositions s'articulent autour de 8 concepts clés :

- **PRÉVENTION**
- **CITOYENNETÉ**
- **AIDANCE**
- **SOLVABILISATION**
- **ACCOMPAGNEMENT (DE LA PERTE D'AUTONOMIE)**
- **MÉTIERS**
- **RÉGULATION**
- **GOUVERNANCE**

GROUPE vyv

PRÉVENTION
Une approche de l'autonomie fondée sur une prévention tout au long de la vie

Position n°1 Réaffirmer l'urgence d'une politique globale de prévention à tous les âges

La transition épidémiologique amène les sociétés modernes à faire face à **l'augmentation de fréquence des maladies chroniques** avec notamment la croissance des pathologies neuro-évolutives liées au vieillissement. L'histoire naturelle de la maladie chronique, autrefois émaillée d'événements brutaux prématurés parfois mortels, laisse de plus en plus de place à des incidents qui de proche en proche réduisent les capacités fonctionnelles des personnes. Les progrès thérapeutiques alliés à des modifications d'environnement et de comportement en sont les principaux déterminants**.**

Le bien vieillir passe donc par la préservation de ses capacités dans un environnement qui permet l'autonomie. Il convient donc de créer une **culture de la prévention** et de réaffirmer l'urgence qu'il y a à prendre des mesures de prévention et d'adaptation de l'environnement de la personne pour une avancée en âge sans dysautonomie, et ce dès le plus jeune âge, et sans attendre la survenue de la perte d'autonomie. Autrement dit, **promouvoir l'activité physique**, agir contre l'épidémie de sédentarité, contre les consommations excessives de sucre, de sel, de produits trop gras, contre les addictions à l'alcool, au tabac, aux drogues, c'est aussi agir pour la préservation de la santé et donc de l'autonomie des personnes.

La perte de l'autonomie peut être affective, psychologique et sociale. La prévention passe également par un accompagnement destiné à **renforcer le lien social** et éviter l'isolement des personnes fragiles, souvent responsable d'une dépression chronique à l'origine d'une perte de leur autonomie.

La prévention de la perte d'autonomie ne doit pas être pensée pour évoluer dans la seule logique médicale mais il reste qu'elle doit être parfaitement **intégrée aux Communautés professionnelles de territoire de santé (CPTS) et à la nouvelle organisation des soins qui se met en place.**

CE QUE LE GROUPE VYV FAIT !

VYV³ Pays de la Loire - Au PASS La Garenne, les seniors bougent et se musclent !

L'activité physique est très bénéfique pour les seniors : elle contribue notamment à faire reculer la dépendance, tous les experts de la prévention s'accordent désormais sur ce point. VYV³ Pays de la Loire a donc décidé de stimuler l'envie et les muscles de ses résidents seniors.
Elle s'est inspirée d'un projet pilote initié en Bretagne et a inauguré le 4 juillet 2016 son propre PASS : le Parcours d'activités santé seniors La Garenne.

Il s'agit d'un parcours de santé avec des étapes qui correspondent à des exercices variés, aménagé en plein air sur un espace de 4 000m2 attenant à la résidence Émile Gibier, à Orvault (44).

Les séances d'activité physique adaptée sont encadrées par un éducateur sportif spécialisé, qui peut aussi se déplacer au sein des établissements quand ceux-ci sont trop éloignés d'Orvault. Le PASS La Garenne est aussi ouvert au public extérieur et les séances d'activité physique adaptée sur les résidences sont proposées systématiquement en complémentarité avec le PASS.
251 séances ont été réalisées et le PASS accueille 1 054 participants.
L'accès est proposé à un maximum de personnes du réseau Mutualité Retraite, qu'elles résident en Ehpad, en résidences autonomie, en domiciles services ou qu'elles soient concernées par des soins infirmiers à domicile (SSIAD).

MGEN a développé **un programme de prévention de la perte d'autonomie** intitulé « vivre en équilibre ». Issu de l'adaptation d'un programme nord-américain concernant la prévention des chutes, Vivre en équilibre est principalement axé sur les dimensions psychologiques pour induire des changements de comportement et pour favoriser la confiance en son équilibre. Il est animé par des pairs formés, et inclut des exercices portant à la fois sur des dimensions psychologiques et d'activité physique adaptée.

La Mutualité Française Côtes d'Armor, membre de VYV[3] est un acteur implanté depuis 15 ans dans le domaine de l'activité physique adaptée vers des publics divers avec son **service ACTIMUT** (ex : 55 cours hebdo en Côtes-d'Armor) qui a bénéficié d'une bourse d'étude par la Fondation de l'Avenir sur la recherche en sport santé.

Cette expérience a été étendue à l'accompagnement des parcours en activité physique pour des personnes atteintes du cancer du sein dans nos cliniques mutualistes et avec le service ACTIMUT. Une extension aux patients cardio-vasculaires est réalisée avec l'association Azur Sport Santé en lien avec les SSR spécialisés.

Le dispositif a obtenu le label Maison Sport Santé début 2020. Il permet en outre la formation et l'accompagnement des soignants en Ehpad pour la mise en place d'activités physiques adaptées régulières.

En Pays de la Loire, la chaîne **« Les Vieux Tubeurs »** a été créée en décembre 2018 et alimentée par de nouvelles créations audiovisuelles de prévention santé, présentées par « Youtubeuse de l'Autonomie ».

Au printemps 2019, le projet « Les Vieux Tubeurs » a été choisi par Harmonie Mutuelle pour être présenté comme « projet phare » sur Harmonie Boost, la plateforme participative des initiatives solidaires en santé et mieux-vivre.

En amont et en accompagnement d'une politique de prévention de la perte d'autonomie, la MNT a développé le **projet SOLIDAIDANT** d'utilisation de l'intelligence artificielle avec pour objectifs de :

- Développer un modèle de détection des risques d'entrée et de maintien en dépendance,
- Déterminer les différents stades de dépendance et leurs particularités en termes de prise en charge,
- Cartographier l'écosystème des personnes impactées par la dépendance,
- Adapter l'offre de santé et de prévention aux besoins effectifs et projetés des populations à risques,
- Adapter l'accompagnement des personnes en état de dépendance selon leurs besoins,
- Faciliter le pilotage des outils et l'organisation territoriale des réseaux de soins.

Position n°2 Préparer la sortie de la vie professionnelle par une consultation autonomie

La santé au travail est un des éléments clés de maintien en bonne santé. L'allongement de la durée du travail est donc un des aspects qui impactera sans aucun doute la santé des personnes.
Un éventuel recul de l'âge réel de la retraite devrait s'accompagner d'une réflexion sur l'emploi des seniors. **La proposition du Gouvernement de mettre en place une consultation gratuite multidisciplinaire avant le passage à la retraite** pourrait aider les personnes à élaborer un « projet de retraite » en tenant compte des étapes du vieillissement dans ses dimensions sociales, psychologiques et de santé.

CITOYENNETÉ

Les personnes en perte d'autonomie doivent pouvoir exercer leurs droits grâce à une politique d'accessibilité et d'inclusion ambitieuse

Position n°3 Rappeler les liens entre pauvreté, isolement social et perte d'autonomie

L'affaiblissement des liens sociaux lié à l'isolement fonctionnel, financier, psychologique et social **renforce et accélère la perte d'autonomie**. Le maintien dans un environnement stimulant constitue un élément moteur du maintien des capacités cognitives et de la bonne santé mentale. La pauvreté est un facteur aggravant de la perte d'autonomie.

En effet, outre le stress provoqué par la difficulté à faire face aux besoins élémentaires de la vie, la faiblesse des revenus disponibles constitue une barrière au maintien à domicile dans des conditions acceptables de compensation de la perte d'autonomie. Ainsi **créer les conditions du lien social et lutter contre la précarité** amène nécessairement à penser la perte d'autonomie en favorisant les solidarités de proximité, les solidarités intergénérationnelles et financières.

CE QUE LE GROUPE VYV FAIT !

Mutualité Française Côtes d'Armor, membre de VYV[3]

Accueil des personnes âgées autonomes : ouverture de la résidence Ekip'Âge de Dinan

La Résidence Ekip'Âge de Dinan est la première expérience de Mutualité Française Côtes d'Armor, membre de VYV[3], qui s'inscrit dans le cadre de l'habitat social accompagné pour les personnes âgées autonomes.

Située dans le centre-ville, la résidence propose 36 logements adaptés qui accueillent des personnes de plus de 60 ans autonomes dans leur vie quotidienne, en répondant aux contraintes liées au vieillissement. À titre d'exemple, les cheminements au sein des logements sont optimisés, les aménagements sont facilitateurs (volets roulants électriques, chemins lumineux chambre/toilettes, etc.).

Un service d'accompagnement social permet de favoriser le lien social et la vie au quotidien.

La résidence est dotée d'une salle commune à disposition de l'ensemble des locataires.
Un salarié appelé Ekipier est présent 24h par semaine et des intervenants proposent des prestations complémentaires (activité physique, informatique, art floral...).

Fin 2018, soit une année après son ouverture, le taux d'occupation était de 86 %. Actuellement, 26 femmes, 8 hommes et 2 couples y logent. 70 % des résidents ont plus de 80 ans.

Position n°4 Viser une société 100 % accessible et inclusive

Améliorer l'autonomie des individus nécessite de repenser l'aménagement de l'espace de vie des gens. Si les moyens pour parvenir à l'accessibilité tels que posés lors de la loi de 2005 méritent d'être discutés, l'objectif à atteindre ne saurait être affaibli. Une société inclusive, de « l'autonomie préservée », est nécessairement **une société où les logements, les moyens de transport et de communication, les lieux de vie, de loisirs, de travail et d'études,** sont rendus accessibles et adaptés à toutes les personnes, quel que soit leur âge, en situation de handicap ou de perte de leur autonomie sans considération de leur situation de fortune. Il est essentiel qu'un **habitat inclusif** soit conçu, dans un souci constant d'inclusion sociale et intergénérationnelle, autour de **logements à l'équipement adapté à la perte d'autonomie et à sa prévention, et pouvant permettre le recours en proximité à des services adaptés**.

CE QUE LE GROUPE VYV FAIT !

Mutualité Française Bourguignonne – SSAM, membre de VYV[3]

Vill'Âge Bleu© - Vivre chez soi en sécurité, en bonne santé, sans s'ennuyer !

Proposer aux seniors autonomes une alternative entre le domicile et la maison de retraite, tout en préservant leur santé et leur qualité de vie : tels sont les objectifs des "Vill'Âge Bleu©", imaginés et réalisés par la Mutualité Française Bourguignonne - SSAM, membre de VYV3.

Dans les Vill'Âge Bleu©, les personnes âgées autonomes vivent en effet chez elles, dans un logement proche des commerces et des services, adapté et accessible financièrement, et en toute sécurité grâce à un accompagnement humain quotidien.

Des animations collectives et de préservation de l'autonomie sont proposées aux seniors par des accompagnateurs à la vie sociale, salariés de la Mutualité Française Bourguignonne - SSAM, qui vivent sur place ou à proximité.

Les logements en Vill'Âge Bleu© sont accessibles aux seniors, seuls ou en couple, sous condition de ressources. Chaque logement est ouvert à l'aide personnalisée au logement (APL).

Les Vill'Âge Bleu© comptent désormais dix sites en Bourgogne-Franche-Comté, les trois derniers ayant ouvert en 2017 en Côte-d'Or et dans la Nièvre. Ils rassemblent aujourd'hui 138 habitants, dont 18 couples, avec une moyenne d'âge de 81 ans.

Sur la base de réalisations comme Vill'âge Bleu, le Groupe Arcade-VYV a lancé en 2020 des travaux visant à adapter 10 % de son parc de logement social aux locataires Seniors. Cette offre a pour objectif de créer les conditions du maintien à domicile et de retarder voire éviter l'entrée en Ehpad. Elle consiste en l'adaptation des logements du parc et la fourniture des services nécessaires pour répondre aux besoins des locataires Séniors. Au-delà de l'adaptation du parc existant à court terme, le Groupe Arcade-VYV a l'ambition d'intégrer dans tous ses programmes de logements locatifs neufs les dispositifs d'adaptabilité à la perte de mobilité des personnes logées.

Position n°5 Aider les gens à s'orienter parmi les aides et dispositifs

Il est admis que le système français de protection sociale est complexe. Il est souvent très compliqué de pouvoir trouver la bonne information pour accéder à ses droits, prendre les mesures pour préserver son autonomie et trouver le service adapté à ses besoins. Entre la MDPH[1], la maison de l'autonomie, la MAIA[2], les PTA, les DAC, le CCAS[3], les équipes d'évaluations de l'APA, les travailleurs sociaux des caisses et des départements, etc., **la mise en place d'un guichet unique pour la personne apparait comme une priorité**. Il sera néanmoins important dans la mise en place d'un tel guichet unique de rester vigilant sur la prise en compte des spécificités des situations (handicaps et leur diversité, perte d'autonomie en fonction des accompagnements…).

Dans une logique de solidarités actives, les mutuelles se doivent de contribuer à cette fonction d'accompagnement.

[1] *Maison départementale pour les personnes handicapées.*
[2] *Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer*
[3] *Centre communal d'action sociale*

GROUPE vyv

AIDANCE

L'autonomie, l'accessibilité et l'inclusion doivent être une réalité pour la personne aidée mais aussi pour les aidants qui l'accompagnent

Position n°6 Renforcer le soutien aux aidants

Les proches aidants jouent un rôle inestimable dans l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie. La loi d'adaptation de la société au vieillissement du 29 décembre 2015 a proposé des améliorations législatives pour les aider (congé de proche aidant et droit au répit). Il conviendrait d'évaluer l'effectivité réelle de ces droits, notamment pour les personnes en emploi (salarié ou fonctionnaire, et professions indépendantes) tant il apparaît que nombreuses sont celles qui n'y ont pas recours.

Aidants en activité, une avancée en 2020

La loi de financement de la Sécurité sociale prévoit l'instauration d'un congé indemnisé pour subvenir aux besoins d'une personne en situation de handicap ou faisant l'objet d'une perte d'autonomie d'une particulière gravité.

Ce congé qui ne peut excéder 3 mois (période renouvelable pour un an maximum) concerne les travailleurs indépendants, travailleurs salariés, et agents du service public.

Son indemnisation sur la base forfaitaire de 43 €/jour pour une personne en couple et 53 €/ jour pour un travailleur aidant isolé devrait intervenir par décret d'ici le 1er octobre 2020.

C'est une première mesure que nous saluons. Nous souhaitons proposer un complément à ce congé légal, en accompagnant financièrement l'aidant, y compris au-delà de la durée initiale.

CE QUE LE GROUPE VYV FAIT !

Suite à la loi de finances de la sécurité sociale pour 2020, le Groupe VYV, et notamment son entité de prévoyance **Mutex**, a développé une **offre de couverture prévoyance complémentaire pour les aidants** salariés d'entreprises ou de branches assurées par des entités du groupe.

Accompagner la charge mentale et financière des aidants

Le rôle d'aidant constitue une activité qui nécessite des connaissances et des compétences spécifiques.

Nous considérons nécessaire la création de **garanties aidants** qui apporteraient :

- Une assistance pour l'accompagnement, l'orientation et les démarches administratives à accomplir pour le compte de l'aidé ;
- La mise en place d'un service opérationnel d'aide quotidienne à la personne en perte d'autonomie ;
- Un soutien psychologique à l'aidant ;
- Le financement de services à l'aidant pour sa santé et le bien-être (activité physique adaptée, conseils médicaux…) ;
- La prise en charge de solution de remplacement en cas d'incapacité de l'aidant d'accomplir son rôle… ;

Ces offres devraient être labellisées dans le cadre d'un panier de biens et services minimum, afin de garantir un niveau de service et de qualité de prestations minimales satisfaisantes.

CE QUE LE GROUPE VYV FAIT !

RMA, la plateforme d'assistance du Groupe VYV, propose un accompagnement des aidants de tous les instants

De la prise de conscience du rôle d'aidant

Afin de sensibiliser l'aidant aux risques pour sa santé et l'aider à trouver le bon équilibre dans ses temps de vie (concilier vie privée et professionnelle), RMA lui propose un bilan psycho-social de sa situation et définit avec lui le plan d'actions personnalisé pour l'aider dans son quotidien.

À la situation de crise

Quand l'aidant fait face à un aléa de santé, épuisé ou malade, il est essentiel que RMA puisse lui venir en aide car c'est l'ensemble du binôme aidant-aidé qui se retrouve fragilisé. Ainsi, RMA déploie des prestations d'assistance permettant de faire face à la situation : garde de nuit ou place en hébergement temporaire, aide à domicile, démarches administratives, soutien psychologique…
Il en est de même quand l'état de santé de la personne aidée se dégrade, car l'aidant doit encore plus se mobiliser. Ainsi, des prestations peuvent être déclenchées pour l'aidant afin qu'il puisse concentrer son énergie auprès du proche aidé.

Pour retrouver le fil de sa vie

Que l'issue en soit malheureuse — décès de la personne aidée — ou heureuse — la personne aidée retrouve ses capacités —, la fin de la situation d'aidant est toujours un tournant de vie. C'est pourquoi, l'assistance propose une aide à la gestion du deuil ou un accompagnement pour que l'aidant retrouve le cours de sa vie professionnelle et sociale qu'il a souvent mis entre parenthèses pendant son rôle d'aidant.

La Mutualité Française Côtes d'Armor, membre de VYV[3] a une expérience de 7 ans dans l'organisation de **séjours vacances aidants/aidés** permettant à la fois un répit de l'aidant et un accueil adapté à l'aidé en hébergement temporaire.

GROUPE vyv

SOLVABILISATION

Par la combinaison d'un socle universel massivement renforcé et de dispositifs complémentaires

Position n°7 Augmenter massivement le niveau du socle public de financement de la perte d'autonomie

Depuis plus de 10 ans, les rapports et projets de réforme concernant la prise en charge financière de l'autonomie se succèdent. Tous rappellent qu'il faut dégager des moyens supplémentaires pour répondre aux exigences de qualité de soins, de services, et d'accompagnement, de formation mais aussi d'accessibilité quel que soit le niveau de vie des personnes et le lieu d'habitation.
Le Groupe VYV est attaché à un haut niveau de protection sociale et souhaite que la réforme en cours **renforce significativement les financements publics alloués à la perte d'autonomie**.

En effet, seul un **pilier public renforcé** permettra d'améliorer le niveau de prise en charge, en réduisant le reste à charge des personnes tout en garantissant l'équité d'accès aux soins et services. Ce dispositif devrait être universel et permettre à chaque Français d'accéder à une prise en charge financière de la perte d'autonomie.

En ce sens, nous sommes favorables à la création d'un risque de la sécurité sociale spécifiquement dédié à la perte d'autonomie et qui regroupe les financements liés au handicap et à la perte d'autonomie liée à l'âge, aujourd'hui distincts.

Le rapport Libault rappelle la nécessité d'allouer des ressources supplémentaires qui permettront de répondre aux enjeux identifiés :

- Amélioration de la qualité de la prise en charge des personnes âgées ;
- Modernisation des structures d'accueil et développement de parcours digital ;
- Accompagnement du nombre croissant de personnes en perte d'autonomie ;
- Diminution du reste à charge notamment en établissement.

L'ensemble de ces mesures est chiffré, selon le rapport Libault, à près de 10 milliards d'euros ; ils s'ajoutent aux 24 milliards d'euros des budgets consacrés annuellement au financement de la perte d'autonomie. Ce rapport propose de mettre en place un financement supplémentaire au travers de la CADES en retenant un taux de 0,50 % de CSG. Le projet de loi actuel retient cette idée avec un taux de CSG de 0,15 %, notablement insuffisant pour satisfaire les besoins identifiés.

Position n°8 En complément du socle public de solidarité nationale renforcé, développer les solutions de financement additionnelles de la perte d'autonomie

En complément d'un renforcement significatif de la solidarité nationale, il convient d'encourager les Français à être plus prévoyants, pour anticiper leurs besoins de financement de la perte d'autonomie.

Le rôle de la solidarité nationale est donc primordial, car seule une prise en charge publique de haut niveau sera une réponse juste au coût de la perte d'autonomie, notamment pour les personnes à faibles ressources.

Nous proposons la mise en place **d'une assurance perte d'autonomie universelle, socle complémentaire nécessaire pour limiter les restes à charge, notamment en hébergement de personnes dépendantes.** Rappelons que dans trois quarts des situations le reste à charge est supérieur aux ressources de la personne.

Cette garantie perte d'autonomie, adossée à la complémentaire santé, devrait couvrir l'ensemble de la population française sans sélection médicale et serait activable immédiatement pour les nouveaux cas de perte d'autonomie.

Cette garantie permettrait à toute personne en situation de dépendance lourde GIR 1 et GIR 2 de bénéficier d'une rente mensuelle de 500 Euros.

Un dispositif de « pool d'assurance » serait garant de la solidité et de la robustesse du dispositif dans la durée et de son alignement avec la prise en charge publique.

À cette assurance autonomie complémentaire pourrait s'ajouter, sur une base volontaire, des garanties et services d'assurance dépendance facultatives.

Ces offres facultatives pourraient couvrir la perte d'autonomie partielle et donneraient accès à des services à la personne et de l'assistance (adaptation du logement…).
Chaque assureur développerait son offre propre.

CE QUE LE GROUPE VYV FAIT !

Le Groupe VYV est présent en **assurance perte d'autonomie** en inclusion des garanties santé (près de 3,3 millions de personnes couvertes), la mutuelle pionnière en la matière étant la **MGEN**, dès 2011. Depuis, ces couvertures collectives ont été proposées par d'autres entités du groupe : **MNT, MGEFI, Mutex**.

Harmonie Mutuelle et Mutex proposent également des couvertures individuelles du risque de perte d'autonomie.

Position n°9 Encourager le développement de rentes viagères

Pour faire face aux besoins croissants liés à la perte d'autonomie (aménagement du logement, financement de l'Ehpad...), il y aurait lieu de mobiliser l'épargne des Français, en complément des dispositifs publics renforcés.

Pour cela, il nous semble utile de proposer un dispositif visant à encourager la sortie en rente des contrats d'épargne-retraite pour une meilleure protection des personnes. En effet ces revenus viagers complètent les ressources des personnes en lieu et place d'un capital qui peut être dépensé à court terme.

Il est nécessaire d'inciter fiscalement à la sortie en rente pour les produits d'épargne retraite prévus par la loi Pacte par un abattement fiscal significatif selon le barème suivant :

- - 10 % entre la retraite et 75 ans ;
- - 30 % entre 75 et 85 ans et ;
- - 50 % au-delà.

Un nouveau dispositif pourrait être créé en complément. Il permettrait l'attribution d'un capital pour l'aménagement du domicile en cas de perte d'autonomie (dès GIR 3) et la majoration de la rente en situation de perte d'autonomie lourde (GIR 1 et 2). Le dispositif fiscal pourrait être spécifiquement adapté : soit la rente pourrait être totalement exonérée fiscalement en cas d'entrée en dépendance, soit la sortie en rente pourrait être soumise à l'impôt sur le revenu dans le cadre des rentes viagères à titre onéreux (abattement en fonction de l'âge auquel le rentier a fait valoir ses droits à rente).

Position n°10 Viager - Vente d'un bien immobilier par anticipation[4]

Le patrimoine immobilier des seniors représente 3 500 milliards d'euros (50 % du marché global), 74 % des plus de 60 ans sont propriétaires et l'âge de l'héritage se situe en moyenne aux alentours de 59 ans.

· Développer le viager mutualisé

Le développement du viager mutualisé est une solution pour le bien vieillir à domicile.
Il consiste au paiement au comptant de la valeur occupée du bien immobilier.
Le vendeur reçoit ainsi immédiatement un capital équivalent au prix de vente de son bien une fois déduit un droit d'usage fonction de son espérance de vie (usufruit). Cela permettrait au senior d'anticiper la transmission d'une partie de son patrimoine, d'améliorer ses revenus et de répondre au besoin de financement de sa perte d'autonomie.

· Élargir les possibilités de viager par une garantie de prix

Le viager fonctionne peu à ce jour et exclusivement en zones à forte demande, pour des biens dit « liquides », principalement les grandes métropoles et certaines régions attractives. Afin de rendre ce dispositif accessible à tous les biens, notamment ceux situés en zone où les prix baissent tendanciellement, **une garantie de prix pourrait être assurée aux acteurs institutionnels par les pouvoirs publics**. Le financement en serait assuré par une part de taxation sur les plus-values réalisées sur la vente des biens en zones tendues.

· Promouvoir un dispositif de vente anticipée occupée

Une offre complémentaire de **vente anticipée occupée** pourrait également être proposée selon le principe suivant. La personne vend son bien et demeure dans son logement avec décote du bien et loyer modéré afin de lui permettre d'anticiper la transmission d'une partie de son patrimoine, d'améliorer ses revenus et de répondre au besoin de financement de sa perte d'autonomie.
Les acheteurs seraient des acteurs institutionnels financiers (foncières, …) qui mutualiseraient le dispositif, avec les revenus générés par les loyers et la décote de la valeur des biens.
Le vendeur sécurise son patrimoine par une vente à prix défini. Il bénéficie d'un capital tout en demeurant dans son logement qu'il occupe avec un loyer modéré.

Cette solution favoriserait la vente de biens en zone tendancielle de baisse des prix.

CE QUE LE GROUPE VYV FAIT !

Créé en 2012 par l'Union Mutualiste Retraite, **le Fonds « Coremimmo » est le premier Fonds viager institutionnel à destination de l'ensemble de la population.**

Ce Fonds viager mutualisé à vocation sociale, permet aux retraités propriétaires immobiliers, de rester à leur domicile tout en touchant le capital issu de la vente de leur bien en une seule fois. L'UMR acquière ainsi comptant la totalité de la valeur du bien immobilier, déduction faite du droit d'usage et d'habitation.

Afin de concilier le rôle social avec les exigences financières, une politique d'acquisition a été mise en place qui privilégie les zones où le marché de l'immobilier est liquide.

---

[4] *Propositions travaillées avec la Chaire Transition Démographiques, Transitions économiques (TDTE).*

GROUPE vyv

ACCOMPAGNEMENT

Pour un accompagnement garant de la dignité et de la liberté des personnes en perte d'autonomie

Position n°11 Améliorer la qualité de la prise en charge au domicile des personnes en perte d'autonomie

L'utilité des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) bénéficiant aux personnes fragiles (personnes âgées, en situation de handicap ou enfants de moins de 3 ans) n'est désormais plus à démontrer.
Rester le plus longtemps possible dans son domicile est une demande plébiscitée par les Français. Force est de constater que les besoins financiers pour réduire les restes à charge des personnes bénéficiaires, améliorer la rémunération (globalement très faible) et les conditions de travail (fort temps partiel subi, formations insuffisantes) des personnels et viabiliser les modèles économiques de ces dispositifs, sont importants et non comblés.

Il convient en outre de signaler le nombre trois fois plus élevé d'accidents du travail dans ce secteur comparé à la moyenne tous secteurs confondus.

Il semble ainsi nécessaire de pouvoir **dégager des financements supplémentaires pour l'aide au domicile des personnes fragiles**. Il conviendrait pour cela de **redéployer une partie des aides publiques vers les SAAD pour les personnes fragiles, y compris pour la garde d'enfants, en lieu et place des services de confort pour les personnes en pleine autonomie (repassage, ménage, repas à domicile).**[5]

L'accompagnement régulier de la personne en perte d'autonomie (à partir du GIR 3, notamment avec les SSIAD ou SPASAD) est une nécessité. Les enveloppes soins sont actuellement insuffisantes pour assurer un suivi infirmier de qualité. La revalorisation de ces enveloppes, associée à un financement plus important des SAAD, doivent constituer un incontournable d'une vraie politique de soutien au secteur du domicile envers les personnes fragiles.

La prise en charge de la personne à domicile mérite un traitement qualifié et il nous parait nécessaire d'encadrer ses besoins dans le cadre d'un **« panier de services dignité » en y associant un financement à son juste niveau.**

---

[5] *Ces services dits « à la personne » rendent des prestations visant à améliorer le confort de vie (repassage, garde d'enfants, ménage) de personnes en pleine autonomie disposant bien souvent des meilleurs revenus. Ils bénéficient pour cela d'une « niche » fiscale permettant d'en déduire une partie de leur impôt sur le revenu. Le laboratoire interdisciplinaire d'évaluation des politiques publiques (LIEPP) de SciencesPo Paris a mis en évidence le fait que les ménages dans le décile supérieur des revenus captent 43,5% de la dépense fiscale totale alors que la moitié la plus modeste des ménages ne bénéficie que de 6,6% du montant de cette dépense publique.*

La qualité de vie de la personne dépend de la présence et de la bonne coordination des prestataires qui accompagnent la personne en perte d'autonomie mais également de la prise en compte de l'évolution de ces besoins globaux (dimension sanitaire, sociale, médico-sociale). **La fonction de coordinateur de soins et d'accompagnement** est une piste intéressante à expertiser pour accompagner au plus près la personne aidée, en bonne articulation avec les autres intervenants (personnels de santé libéraux, établissements de prise en charge…).

L'accès aux aides techniques doit être facilité et rendu abordable pour tous, et doit faire partie du cahier des charges permettant de développer l'habitat inclusif.

L'investissement dans les **nouvelles technologies** permettrait de favoriser le maintien à domicile : des dispositifs pour soulager les soignants de certaines taches difficiles ou à risque et réorienter les missions vers une prise en charge plus « humaine », et des outils numériques capables d'aider les personnes en perte d'autonomie à accomplir des tâches de la vie quotidienne, à communiquer à distance, faire leurs courses...

La mise en place de systèmes de télésurveillance et téléassistance permet de lever les freins qui empêchent certaines personnes polypathologiques de rester à domicile, par manque de suivis réguliers.

CE QUE LE GROUPE VYV FAIT !

La Mutualité Française Ille-et-Vilaine et la Mutualité Française Côtes d'Armor, membres de VYV³ proposent le service ADAPTECH mobilisant des ergothérapeutes et expérimente depuis 3 ans une offre de service à domicile en lien avec les acteurs de l'évaluation (évaluateurs APA, CLIC, CARSAT, services d'aménagement de l'habitat).

À la demande des Conseils départementaux, ces deux structures travaillent à un modèle de plateforme de coordination et à un modèle économique. À ce titre, le service a été auditionné par la CNSA et a été recommandé comme pratique exemplaire dans le cadre de la mission de M. Denormandie sur les aides techniques.

Le Centich, centre d'expertise de VYV³ Pays de la Loire, au sein du Square des Ages, a aménagé un appartement intégrant les technologies de l'information, et de la communication pour favoriser le maintien de l'autonomie à tout âge. Cet appartement «Léna», réalisé avec le soutien financier et l'expertise de plusieurs partenaires, est conçu pour être accessible et évolutif quel que soit le niveau d'autonomie. Il contribue à la mise en place et à l'intégration de solutions interopérables pour maintenir notamment les sujets âgés à domicile. Il permet d'intégrer et d'apprendre à utiliser les applications pour la e-autonomie et la e-santé, faciles à comprendre pour vivre et vieillir chez soi en toute autonomie, prévenir la solitude, l'isolement social ou l'admission prématurée dans une maison de retraite.

Harmonie Medical Service propose une gamme complète d'aides techniques et dispositifs médicaux à domicile à destination des personnes en situation de perte d'autonomie, dans une démarche proactive de certification de son offre et de labellisation de ses points de vente avec QUALIPSAD et CAP HANDEO (label développé par les acteurs non lucratifs du handicap et de la perte d'autonomie).

Position n°12 En Ehpad comme au domicile : garantir le respect de la dignité des personnes

Afin d'assurer le respect de la dignité des personnes, il nous paraît indispensable de déterminer quelles en sont les conditions. Ainsi, prendre une douche ou un bain constitue pour tous l'un des besoins primaires en termes de dignité humaine, de même que de s'alimenter avec plaisir, tant en quantité qu'en qualité ou de pouvoir maintenir des liens sociaux réguliers[6]. Force est de constater aujourd'hui que ces conditions sont fixées soit par les établissements eux-mêmes, soit par les plans d'aide pour les personnes à domicile.

Pour pallier l'hétérogénéité de ces conditions de prise en charge, et garantir le respect de la dignité des personnes, nous proposons de définir **un « panier de services dignité »** qui aurait pour but de déterminer la quantité et la qualité du temps et des services essentiels devant être apportés aux personnes (nutrition, aménagements de l'hébergement, temps de présence, qualifications, et nombre d'heures de soin…). L'objectif est de **tirer vers le haut la qualité de la prise en charge** de l'ensemble des Ehpad, SAAD, SIAD, SPASAD et autres structures d'hébergement français.

Ces mesures paraissent d'autant plus importantes qu'aujourd'hui ces services sont délivrés en fonction des moyens disponibles conduisant certains établissements à proposer une douche par semaine et un bain par mois.

Il est à cet égard important de renverser la logique et de partir des déterminants de la qualité de vie digne. Il s'agit en effet d'un enjeu majeur pour mettre fin à des maltraitances institutionnelles qui sont en outre à l'origine de la charge psychologique des personnels et sont condamnées par l'ensemble de nos concitoyens.

Il conviendrait pour cela de **déterminer précisément (décret) le contenu des prestations minimales quotidiennes garanties et opposables ainsi que le temps qui doit y être consacré en fonction du degré d'autonomie**[7], étant donné que le décret sur le « socle de prestation hébergement » en Ehpad de 2015 n'apporte pas de précisions en ce sens.

S'agissant du domicile, la même logique de préservation de la dignité doit être adoptée sans omettre l'isolement dans lequel les personnes âgées peuvent se trouver. Ce panier doit pouvoir être déterminé grâce à un référentiel national détaillé des besoins, adopté à l'issue d'une concertation nationale « dignité des ainés », avec les financeurs publics.

---

[6] Sachant qu'en Ehpad, seule une personne âgée sur deux reçoit une visite hebdomadaire - Enquête bientraitance en Ehpad de l'Anesm

[7] Annexe 2.3.1 du décret n° 2015-1868 du 30 décembre 2015 « Socle de prestation » Extraits : II. Prestations d'accueil hôtelier :
1° Mise à disposition de la chambre (individuelle ou double) et des locaux collectifs ;
2 Accès à une salle de bain comprenant a minima un lavabo, une douche et des toilettes ;
3° Fourniture des fluides (électricité, eau, gaz, éclairage, chauffage) utilisés dans la chambre et le reste de l'établissement ;
4° Mise à disposition de tout équipement indissociablement lié au cadre bâti de l'EHPAD ;
5° Entretien et nettoyage des chambres, pendant et à l'issue du séjour ;
6° Entretien et le nettoyage des parties communes et des locaux collectifs ;
7° Maintenance des bâtiments, des installations techniques et des espaces verts ;
8° Mise à disposition des connectiques nécessaires pour recevoir la télévision et installer le téléphone dans la chambre ;
9° Accès aux moyens de communication, y compris Internet, dans toute ou partie de l'établissement.
III. Prestation de restauration :
1° Accès à un service de restauration ;
2° Fourniture de trois repas, d'un goûter et mise à disposition d'une collation nocturne.
IV. Prestation de blanchissage :
Fourniture et pose du linge plat et du linge de toilette, son renouvellement et son entretien.
V. Prestation d'animation de la vie sociale :
1° Accès aux animations collectives et aux activités organisées dans l'enceinte de l'établissement ;
2° Organisation des activités extérieures.

CE QUE LE GROUPE VYV FAIT !

Mutualité Française Bourguignonne SSAM, membre de VYV[3] - Une charte qualité pour la restauration en EHPAD

Facteur indéniable de la qualité de vie et du mieux-vivre, le « bien manger » est un enjeu quotidien pour les personnes âgées. Soucieuse de proposer une restauration de qualité aux 1 300 résidents qu'elle héberge dans ses Ehpad, la Mutualité Française Bourguignonne SSAM, membre de VYV[3] a travaillé avec l'ensemble de ses partenaires à la rédaction d'une charte qualité, conçue comme un véritable support de référence. Cette charte porte sur toutes les composantes de la restauration : conception des repas, composition et préparation, service, lieu de restauration, tenue de service, art de la table, repas à thème, etc.
L'enjeu est que le moment du repas soit un moment de plaisir, de bien-être et de partage pour chaque résident.

En complément une opticienne, spécialisée en basse vision, a également apporté ses conseils pour la présentation et l'affichage des menus en veillant à les rendre lisibles par tous.

Position n°13 Augmenter le temps de présence soignante auprès des personnes

Améliorer la qualité de la relation humaine offerte aux résidents nécessite d'**augmenter fortement la présence des équipes soignantes** qui devrait être exprimée en **nombre d'heures minimales obligatoires** au lieu d'un taux d'encadrement théorique. Au cours des dernières années, les Ehpad ont certes augmenté leurs effectifs pour faire face aux besoins de personnes de moins en moins autonomes, mais cela reste notoirement insuffisant.

Taux d'encadrement des Ehpad par catégorie de personnel fin 2011 et 2015, selon le statut juridique

Catégorie de personnel	Taux d'encadrement[1] pour 100 places installées									
	Ehpad privés à but lucratif		Ehpad privés à but non lucratif		Ehpad publics hospitaliers		Ehpad publics non hospitaliers		Ensemble des Ehpad	
	2011	2015	2011	2015	2011	2015	2011	2015	2011	2015
Personnel de direction, de gestion et d'administration	3,8	4,0	4,3	4,2	2,1	2,1	4,3	4,3	3,7	3,7
Personnel des services généraux	5,5	6,1	7,8	7,1	4,4	4,5	10,6	10,9	7,3	7,4
Personnel d'encadrement	1,0	1,1	0,7	0,9	1,1	1,1	0,8	0,9	0,9	1,0
Personnel éducatif, pédagogique, social et d'animation	10,1	9,8	6,2	6,8	2,4	3,2	4,4	4,9	5,7	6,2
Personnel médical	0,5	0,6	0,4	0,5	0,6	0,6	0,4	0,4	0,5	0,5
dont médecins coordonnateurs	0,5	0,5	0,4	0,4	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3	0,4
Psychologue, personnel paramédical ou soignant	19,7	22,8	22,2	24,5	34,1	36,7	25,5	29,4	25,3	28,1
dont infirmiers	4,5	4,9	4,6	5,1	7,3	7,5	5,1	5,7	5,3	5,8
dont aides-soignants	13,5	16,2	15,5	17,6	25,1	27,3	18,8	22,3	18,2	20,7
Agent de service hospitalier (public) ou agent de service (privé)	12,6	11,2	14,0	15,1	18,3	17,3	18,9	18,9	16,1	15,8
Ensemble	**53,3**	**55,6**	**55,8**	**59,3**	**63,1**	**65,8**	**64,8**	**69,9**	**59,5**	**62,8**
Nombre d'Ehpad	**1673**	**1769**	**2210**	**2287**	**1179**	**1187**	**2144**	**2157**	**7206**	**7400**
GIR moyen pondéré (GMP)	721	736	669	689	711	731	672	701	689	710
Pathos moyen pondéré (PMP)	181	218	188	209	201	224	186	214	188	215

1. Le taux d'encadrement est obtenu par un calcul rapportant les effectifs du personnel en équivalents temps plein (ETP) au nombre de places installées. Le résultat est exprimé en ETP pour 100 places.
GIR : groupe iso-ressource (indicateur permettant d'apprécier le niveau de dépendance de chaque personne accueillie).
Pathos : Le modèle Pathos permet d'identifier les états pathologiques des personnes accueillies et d'évaluer les besoins de soins nécessaires à leur prise en charge.
Note • Depuis 2015, la catégorie Ehpad est identifiable dans le répertoire FINESS. Les catégories d'établissements ont été redéfinies pour les éditions 2011 pour être comparable avec l'édition 2015. Ainsi, les USLD ayant signé une convention tripartite ne sont plus considérées comme Ehpad.
Champ • Ehpad ; France métropolitaine + DROM (hors Mayotte). Données au 31/12/2015.
Source • DREES, enquêtes EHPA 2011, 2015.

Le tableau ci-dessus[8] met en évidence les efforts déjà consentis par les acteurs et tout particulièrement les Ehpad gérés par le privé non lucratif et le secteur public.

Ces données montrent que le taux de personnel soignant des Ehpad lucratifs **(22,8 ETP pour 100 résidents**) est nettement inférieur à celui des Ehpad publics et non lucratifs **(respectivement 36,7 ETP pour 100 résidents et 29,4 ETP pour 100 résidents)** alors qu'ils accueillent en moyenne le même profil de personnes âgées en termes de charge en soins (pathos moyens pondérés-PMP) et de dépendance (GIR moyens pondérés-GMP).

Au-delà de ces comparaisons entre structures françaises, il semble important de mettre en évidence leur offre en perspective de la situation à l'étranger notamment aux Etats-Unis, où les taux d'encadrement recommandés et pratiqués sont largement supérieurs (voir annexe).

[8] *Enquête Drees publiée en juin 2018*

Aux mesures de renforcement du personnel des Ehpad, il faudra **ajouter l'intervention d'autres professionnels des SSIAD et l'hospitalisation à domicile (HAD)** pour répondre à des besoins réguliers en soins techniques de certains résidents dans les Ehpad.

La généralisation des astreintes d'Infirmiers Diplômés d'Etat (IDE) de nuit couplée à une astreinte téléphonique de médecin gériatre permettrait pour sa part de limiter le nombre d'hospitalisation des résidents des Ehpad dans des services hospitaliers après un passage par les urgences.

Il est également essentiel de tenir compte de l'évolution des populations avec l'arrivée croissante de **publics en situation de handicap psychique ou cognitif** pour lesquels les besoins d'accompagnement sont à adapter, notamment sur le plan éducatif.

Le souhait des personnes âgées de demeurer le plus longtemps possible à leur domicile, et les valeurs que nous défendons en particulier quant au consentement et au libre choix, devront **se traduire par une augmentation significative des plans d'aides**. En toute logique, une personne âgée en GIR 3 ou 4 aujourd'hui accueillie en Ehpad ne devra pas demain, si elle reste à son domicile, bénéficier de moins d'aide malgré l'absence de proximité immédiate des personnels soignants, sauf à générer de la maltraitance. Il faudra alors pouvoir s'appuyer sur les ressources de l'Ehpad pour accompagner la personne à son domicile (concept d'Ehpad « hors les murs »).

En complément, des **formules d'habitat entre le domicile et l'Ehpad** doivent être plus largement développées. C'est ce que le Groupe VYV déploie sous la forme d'habitats adaptés regroupés hors du champ médico-social.

CE QUE LE GROUPE VYV FAIT !

Mutualité Française Vienne, membre de VYV³ - Un accueil dédié pour les personnes handicapées vieillissantes en Ehpad

Depuis 2014, l'Ehpad « Le petit clos » basé à Mignaloux-Beauvoir a développé une unité de vie spécifique qui propose 40 places d'hébergement permanent pour l'accueil des personnes en situation de handicap mental et/ou psychique âgées de plus de 60 ans.

Cet Ehpad répond à un besoin important sur le territoire. En 2020, son offre sera renforcée avec l'ouverture d'une unité pour personnes handicapées vieillissantes (UPHV) destinée spécifiquement à l'accueil des personnes venant d'ESAT (établissements et services d'aide par le travail).

VYV³ Ile-de-France - La nuit, le service infirmier continue pour les résidents en Ehpad

VYV³ Ile-de-France gère 49 établissements sanitaires et médico-sociaux dans neuf départements. Elle a mené entre 2013 et 2017, sur sollicitation de l'ARS, une expérimentation sur la continuité des soins de nuit dans trois Ehpad du 13e arrondissement de Paris : une action véritablement pilote en France. Il s'agit d'un SSIAD (service de soins infirmiers à domicile) de nuit partagé entre plusieurs établissements, avec un personnel mobile dédié.

La prise en charge des retours d'hospitalisation des résidents est améliorée tout comme la continuité des soins ; le passage systématique d'un infirmier rassure le personnel des Ehpad.

Dans les faits, le dispositif accélère le retour de l'hôpital et peut éviter l'hospitalisation dans des cas bénins (chute, par exemple) comme pour les soins palliatifs. L'étude sur l'impact médico-économique de l'action menée par le Gérond'if a conclu à 4,07 jours d'hospitalisation évités par résident et par an, et à l'amélioration de la qualité de vie dans les établissements. L'ARS a donc pérennisé l'action et a retenu la candidature de VYV³ Ile de France pour sept Ehpad supplémentaires à Paris, qui ont été intégrés au dispositif à partir de 2018.

Position n°14 Repositionner plus fortement le médico-social dans le dispositif global de santé dans les champs gériatrique et du premier recours

La crise du Covid-19 a montré l'importance d'une bonne articulation entre les dispositifs sanitaires et médico-sociaux, et les limites liées aux effets de silo actuels. Il nous paraît donc essentiel de repositionner le dispositif médico-social comme une composante essentielle du système de santé, **en renforçant notamment les expertises de gériatrie disponibles dans les Ehpad**.
Avec une politique davantage orientée vers le maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie, les Ehpad pourraient ainsi devenir des **plateformes de premier recours en gériatrie**. Combinée à l'idée d'Ehpad « hors les murs et de « centre de compétence territoriale » pour l'accompagnement de la perte d'autonomie, cela permettrait également de mieux accompagner les personnes en perte d'autonomie au domicile et en résidence. Intégrés dans leur fonctionnement aux Communautés Professionnelles Territoriales de Santé et aux futures « Communautés 360 » (handicap), **les Ehpad de demain complèteront ainsi l'offre de soins de premier recours**, et seront chargés d'une mission de prévention de la perte d'autonomie dans les territoires.

CE QUE LE GROUPE VYV FAIT !

Ce que la **Mutualité Française Bourguignonne SSAM, membre de VYV[3],** a mis en place **face à la crise COVID-19**

Face à l'ampleur de la crise, des nouveaux besoins ont vu le jour et des nouvelles organisations ont permis aux Ehpad de la Mutualité Bourguignonne SSAM, membre de VYV[3] de répondre convenablement à la prise en charge de ses résidents :

- Les équipes soignantes de service à domicile (SAD, SSIAD, SPASAD) sont venues renforcer les effectifs des Ehpad pour répondre au surcroît d'activité lié au Covid-19.
- L'intervention limitée des médecins libéraux dans les Ehpad, en période du confinement des résidents, a été compensée par l'augmentation du temps de présence des médecins coordonnateurs qui sont devenus aussi prescripteurs.
- Les médecins coordonnateurs ont fait appel régulièrement à des équipes mobiles hospitalières de gériatrie et de soins palliatifs (CHU Dijon, CH d'Auxerre et CH de Nevers). Ces équipes ont permis d'amener une expertise complémentaire dans le domaine de l'évaluation gériatrique et de la prise en charge des résidents en fin de vie.
- La saturation des services hospitaliers a incité certains Ehpad à prendre en charge plusieurs résidents qui nécessitaient des soins techniques importants. Ces soins techniques ont été réalisés grâce à une collaboration renforcée avec l'hospitalisation à domicile et les SSIAD mutualistes notamment la nuit et les week-ends. Nous avons fait appel également à des IDE libérales pour la réalisation de certains actes et à des CPTS pour organiser certains retours à domicile.
- Le confinement a augmenté les troubles psycho-comportementaux des résidents souffrant de maladies neuro-évolutives et de maladies psychiatriques ce qui a développé une collaboration étroite entre nos médecins coordonnateurs, les gériatres et les géronto-psychiatres hospitaliers, grâce au développement de la télémédecine (télé-gériatrie et télé-psychiatrie).
  D'autres collaborations ont été nécessaires également avec le CHU de Dijon et le CHS de la Chartreuse pour adapter les prises en charge de nos résidents en état de crise.

La Mutualité Française Côtes d'Armor, membre de VYV[3] a mis en place une plateforme de gestion de 45 places d'hospitalisation temporaire sur plusieurs sites avec un numéro unique. Un appel à projet de l'ARS pour l'accompagnement des personnes en sortie d'hospitalisation lui permet d'expérimenter un modèle économique similaire au **forfait hospitalier** (reste à charge correspondant au forfait hospitalier et prise en charge par l'assurance maladie).

GROUPE vyv

MÉTIERS

Une politique ambitieuse visant à revaloriser les métiers et à en renforcer l'accès et les compétences

Position n°15 Revaloriser les rémunérations pour redonner de l'attractivité aux métiers de l'accompagnement

Sur l a base de l'enquête menée par le Groupe auprès d'un échantillon d'Ehpad[9], les responsables RH et directeurs indiquent devoir systématiquement augmenter les rémunérations par rapport à celles pratiquées pour le personnel existant pour pouvoir compléter leurs équipes.

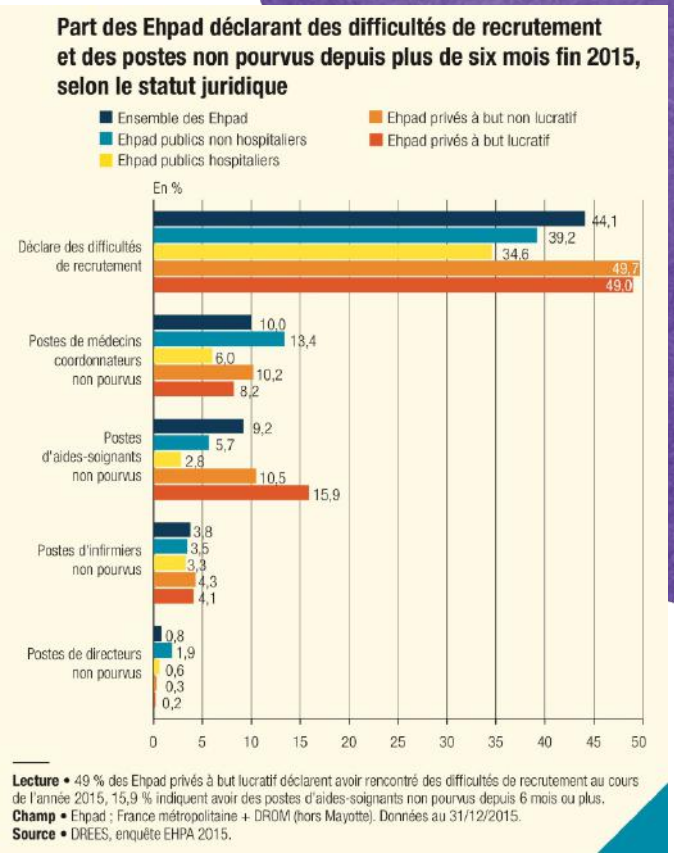
De manière générale, les chiffres INSEE concernant par exemple les aides-soignants indiquent que ce métier a une rémunération moyenne brute mensuelle de 1 625 € contre 3 021 € pour la moyenne des rémunérations salariales en France.

Nous estimons donc que le financement d'une hausse des rémunérations est impératif pour permettre au secteur de recruter et de récompenser l'engagement et la pénibilité de ces métiers.

Par ailleurs, l'absentéisme élevé[10] en Ehpad s'explique principalement par les difficiles conditions de travail. L'amélioration des moyens humains et financiers demandés permettrait d'y remédier pour une large part. Il pourrait en outre être étudié la généralisation **de la prime de présence dans la tarification des Ehpad prévue par certaines conventions collectives**. Elle serait de plus un facteur d'attractivité supplémentaire vis-à-vis du secteur sanitaire qui rencontre moins de difficultés de recrutement et un facteur de reconnaissance de la charge émotionnelle.

[9] Sur base d'un modèle élaboré avec VYV[3] Pays de la Loire / Mutualité Retraite (établissement de Notre-Dame du Chêne, Nantes)

[10] 8,9 % soit 32,5 jours moyens d'absence par salarié sur une année, selon les données de l'ANAP (Agence nationale d'amélioration de la performance)



Position n°16 Réviser les référentiels de salaires, de compétences et de formation des personnels

Face à la spécialisation des Ehpad, les mesures précédentes ne peuvent aboutir à des résultats que si elles sont accompagnées d'**une réforme sur la rémunération et la formation des personnels, notamment des aides-soignants**. Cela devrait passer par **une révision du référentiel de compétences** [11] comme demandé par les professionnels lors des groupes de travail de mars 2017 relatif au rapport Iborra et Fiat. Des compétences et des actes restent à attribuer aux aides-soignants voire aux agents de services, car au quotidien, ils les réalisent de fait, hors de leur champ de compétences et en toute illégalité. C'est le cas notamment pour les collyres, l'application de certaines pommades ou encore la pose des bandes de contention. Nous considérons qu'ils doivent être reconnus et formés à ces actes après une révision plus approfondie de la répartition des actes en Ehpad. Les référentiels de compétence et de formation doivent de fait être rapidement mis à jour pour faire face à la nécessaire mise à niveau des personnels en poste.

---

[11] Les propositions de la Ministre en mai 2018 vont dans ce sens : « Pour faire face au vieillissement de la population et à l'augmentation des pathologies chroniques, les référentiels d'activités, de compétences et de formation des aides-soignants seront revus d'ici mars 2019. L'objectif est de mieux tenir compte des spécificités de l'exercice des aides-soignants auprès des personnes âgées : évaluation de l'état clinique et de la douleur des personnes âgées, sensibilisation à la prise en charge des patients atteints des maladies neurodégénératives ou en fin de vie, repérage des situations de maltraitance, etc. »

Les référentiels doivent également être adaptés pour d'autres métiers, comme les directeurs, dont les missions dépassent clairement la seule mission administrative et doivent intégrer une vision globale des politiques concernant l'autonomie ; comme aussi les infirmières en pratique avancée ou encore les professeurs en activité physique adaptée…

Il faut favoriser **la formation continue des professionnels** notamment sur la prise en charge des troubles du comportement. Il faut enfin **compléter l'expertise des professionnels de santé en Ehpad en l'ouvrant aux métiers des éducateurs (éducateurs spécialisés, moniteurs éducateurs, AES...)** ; la prise en charge des résidents en situation de handicap cognitif ou psychique vieillissants dans les Ehpad nécessitent une prise en charge spécifique par des professionnels formés à cet accompagnement.

Enfin, les conventions collectives ne sont aujourd'hui plus opposables aux autorités de tarification quand bien même elles les approuvent. Cela se traduit potentiellement par une absence de leur prise en compte dans les tarifications tant au domicile (sur les heures dues) qu'en établissement. **Nous estimons nécessaire que ces conventions soient intégrées dans les tarifs** et que les grilles de rémunération soient revalorisées pour accroître l'attractivité des emplois du secteur.

Position n°17 Faciliter les recrutements en étendant le contrat d'engagement de service public (CESP) au secteur médico-social

Les difficultés de recrutement en Ehpad portent majoritairement sur les médecins coordonnateurs, les aides-soignants et les infirmiers diplômés d'Etat (IDE). S'agissant des médecins coordonnateurs, force est de constater que le secteur public hospitalier constitue encore la voie royale pour les personnels de santé. Cela a été renforcé par la mise en place du contrat d'engagement de service public (CESP). **Il pourrait donc être proposé de l'étendre au bénéfice des médecins coordonnateurs dont les recrutements demeurent difficiles dans certaines zones, des aides-soignants et IDE en Ehpad pour les seuls établissements privés non lucratifs et publics,** considérant qu'il appartient au secteur lucratif de se doter d'un fonds privé assurant les mêmes fonctions.

Il est également proposé d'augmenter le temps de présence du médecin coordonnateur en élargissant ses missions (prescripteur).

Position n°18 Promouvoir et compléter l'apprentissage dans les Ehpad

L'apprentissage devrait être promu dans les établissements et services car les établissements d'enseignement existants ne peuvent seuls répondre à ce défi.

Il doit en tout état de cause être complété par un engagement de rester en poste équivalent à la durée de l'accueil. En effet nombre d'Ehpad du Groupe VYV, accueillent des apprentis et les voient se diriger vers le secteur sanitaire à l'issue de la formation.

Par ailleurs, pour faire face à l'enjeu majeur de recrutement, l'apprentissage devra permettre aux agents de services d'accéder à des postes d'aides-soignants.

CE QUE LE GROUPE VYV FAIT !

En partenariat avec le conseil régional, **VYV³ Pays de la Loire** propose à ses salariés agents de service de les accompagner vers une **montée en compétences d'aide-soignant.e par l'apprentissage**. En choisissant une formation en apprentissage, les futurs qualifié.es sont directement immergés dans une équipe de professionnels. La pratique est acquise plus rapidement. VYV³ Pays de la Loire aide financièrement le salarié pendant cette période de formation.

GROUPE vyv

RÉGULATION DE L'OFFRE

Viser un reste à charge soutenable et une solidarité, dans un esprit de lucrativité limitée

Position n°19 Réguler le prix de l'hébergement pour le rendre accessible à tous et soutenable pour les finances publiques, et viser un « 100 % autonomie »

Les tarifs soins et dépendance sont strictement contrôlés par l'autorité de tarification. Pour le tarif hébergement, la seule régulation existante concerne l'évolution des prix de l'hébergement pendant la durée du contrat de la personne[12]. En revanche, au moment de la conclusion du contrat, les prix de l'hébergement sont fixés librement selon le jeu de l'offre et de la demande. C'est donc très majoritairement sur la partie hébergement des Ehpad que se concentrent les restes à charge des résidents [13] en sachant que c'est dans les Ehpad lucratifs que ces derniers sont les plus élevés.

Résider en Ehpad n'étant pas un choix de vie, mais une nécessité subie, nous considérons que les prix et services doivent être régulés et la prise en charge assurée par la solidarité nationale.

Pour proposer une offre de qualité à reste à charge nul, nous suggérons qu'**au panier de service dignité corresponde un tarif solidaire pouvant évoluer en fonction des revenus des personnes.**

---

[12] Selon une formule modifiée par la loi ASV de 2015 afin de tenir compte notamment de l'évolution du prix des pensions
[13] Mais aussi les bénéfices des gestionnaires d'Ehpad privés lucratifs.

GROUPE vyv

GOUVERNANCE

Promouvoir une gouvernance favorisant l'innovation, proche du terrain, et partagée entre pouvoirs publics, acteurs et usagers

Position n°20 Mettre en place la gestion et la gouvernance d'un risque autour de la perte d'autonomie liée aux situations de handicap et à l'âge, pour une meilleure protection des personnes

La perte d'autonomie est aussi facteur d'exclusion. La situation des personnes âgées est donc équivalente sur ce point à celle de personnes en situation de handicap.

Face au risque de « perte d'autonomie », il nous parait nécessaire de consolider le rôle de la CNSA pour améliorer sa prise en charge et répondre, non seulement aux enjeux purement sanitaires, mais aussi à un véritable droit à l'inclusion et à l'autonomie par un accompagnement de qualité dans un souci de dignité de la personne humaine.

Position n°21 Gérer le risque « perte d'autonomie » dans le cadre d'une CNSA aux missions élargies et d'une régulation au plus près du terrain

La CNSA a le double avantage d'exister depuis 15 ans avec une expérience et des compétences qui sont proches de ce qui lui permettrait de gérer ce nouveau risque :

- Elle sait déjà gérer des flux financiers complexes ;
- Elle présente une gouvernance ouverte aux usagers, aux pouvoirs publics, aux acteurs et aux partenaires sociaux, qui nous paraît particulièrement adaptée aux défis que représente la notion d'accompagnement ;
- Elle joue un rôle régulateur et de péréquation ;
- Elle a une mission normative permettant à la fois d'orienter nationalement les dispositifs tout en laissant de l'autonomie au niveau local ;
- Elle a une bonne vision des enjeux de prévention qui sont essentiels pour le maintien dans l'autonomie.

Deuxième élément de gouvernance fondamental, le niveau local doit être structuré à l'image de ce qu'est la CNSA au niveau national : une **co-gouvernance associant les personnes vulnérables, les acteurs, les partenaires sociaux et les pouvoirs publics** (départements financeurs, communes et regroupements de communes, acteurs de terrain, ARS pour la traduction régionale de politiques nationales). Il est essentiel que les communes et les départements, proches des besoins des populations, soient étroitement impliqués, même si le rôle de garde-fou et d'orientation au niveau régional des ARS demeure.

Position n°22 Promouvoir une politique d'innovation sociale et technologique audacieuse et participative

Un accompagnement de qualité pour la perte d'autonomie ne peut exister sans innovations.

- Les **innovations technologiques** prennent dans le domaine de l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie tout leur sens, en permettant de mieux anticiper et appréhender les besoins, de gérer les services auprès des personnes et de leurs aidants, d'exercer une fonction d'alerte. Il est donc essentiel de déployer ces outils en établissement et au domicile.

CE QUE LE GROUPE VYV FAIT !

VYV³ Pays de la Loire - Mutualité Française Côtes d'Armor, membre de VYV³ - MGEN Action sanitaire et sociale, membre de VYV³

Télémédecine : les Ehpad mutualistes à la pointe
Véritable levier d'accès aux soins, la télémédecine connait un essor important dans les Ehpad. Plusieurs projets illustrent le dynamisme des acteurs de VYV³ dans ce domaine. L'installation d'équipements de consultations à distance vise à garantir l'accès aux soins primaires et secondaires pour les personnes âgées afin de limiter le recours aux urgences et de favoriser le maintien à domicile ou en résidence.

En Pays de la Loire, 7 Ehpad sont parties prenantes d'un projet de télémédecine qui a pour partenaires le CHU de Nantes, la Clinique de l'Estuaire d'Hospi Grand Ouest et le Centre hospitalier de Saint-Nazaire.

VYV³ Pays de la Loire a aussi mis en place un dispositif auquel participent quatre établissements et le CHU d'Angers. Il concerne quatre spécialités : les maladies vasculaires, les plaies chroniques, la géronto- psychiatrie et la dermatologie.

Le projet TELEHPAD de la Mutualité Française Ille-et-Vilaine, membre de VYV³ (mené avec l'ARS Bretagne) a été relancé au sein de 4 établissements. Les spécialités retenues sont les plaies et cicatrisations et la géronto-psychiatrie. Le dispositif est très sollicité pour des téléconsultations spécialisées de gériatrie et de médecine générale.

Enfin, deux Ehpad MGEN ont recours à un dispositif de téléconsultation, disponible 24/h sur 24. L'expérimentation a permis d'éviter environ 20 % d'hospitalisations de personnes âgées.

- Cela est aussi vrai de l'**innovation sociale,** de ces initiatives de terrain portées par les personnes accompagnées et leurs aidants, par les acteurs, dont beaucoup sont issus de l'économie sociale et solidaire … Cette innovation sociale qui est à l'origine de bien des dispositifs, aujourd'hui généralisés, d'accompagnement doit permettre de revoir l'ensemble des « silos institutionnels » existants. Cela apportera de la fluidité, du pragmatisme et de la qualité au plus près des personnes, quelles que soient les causes (handicap, âge, déficit cognitif) et le niveau de leur perte d'autonomie. L'innovation sociale est aussi le garant de la bonne implémentation de l'innovation technologique, car en matière d'accompagnement, la robotisation et la numérisation ne remplaceront jamais le rapport humain. Nous sommes là au cœur de la société humaine dans sa richesse !

- Sans oublier les **innovations en réseau**, permettant de « casser les silos » entre professions et acteurs. Des partenariats innovants doivent être mis en place entre le sanitaire et le médico-social, les acteurs institutionnels et libéraux, les acteurs publics et privés … Un exemple possible d'innovation de ce type serait de combiner les capacités d'actions de pharmaciens, d'acteurs numériques travaillant sur l'observance et d'établissements et services pour personnes âgées pour innover dans le suivi de l'observance médicamenteuse des personnes âgées. Une deuxième piste d'innovation importante réside dans la **meilleure articulation entre offre médico-sociale à domicile et offre de logements**, autour d'un habitat inclusif, par l'équipement des logements et la présence à proximité des services essentiels pour les personnes en perte d'autonomie.

GROUPE VYV

Le Groupe VYV en chiffres

Un groupe de protection sociale au service du mieux-vivre

Plus de
11 millions
de personnes protégées

Plus de
45 000
collaborateurs

10 000
élus locaux
et militants

Plus de
172 500
logements dont 88 %
de logements locatifs sociaux

Plus de
1 200
structures de soins
et d'accompagnement

Plus de
500
contacts de proximité

Près de
10 milliards
d'euros de chiffre d'affaires

4,6 milliards
d'euros de fonds propres

Plus de
89 000
entreprises clientes

Des solutions pour renforcer l'autonomie des personnes âgées et/ou en situation de handicap

3,8 millions
de personnes couvertes
en assurance
perte d'autonomie

Plus de
2 millions
d'adhérents aidants
accompagnés par RMA,
l'assisteur de personnes
du Groupe VYV

10 000
places
dans nos établissements
pour personnes âgées

180
établissements de soins
et de services pour personnes
âgées, dont 106 Ehpad

127
établissements de soins
et de services pour personnes
en situation de handicap

105
établissements de services
d'aide à domicile

Annexe

Comparatif international concernant l'encadrement en institution pour personnes âgées en perte d'autonomie

Le tableau ci-après met en évidence le nombre d'heures de professionnels disponible par résident et par jour en 2015 en France. Ces données ont peu varié depuis. Il doit néanmoins être précisé que ce calcul ne tient pas compte de l'absentéisme (arrêts maladie et accidents du travail) ainsi que des temps de formation. Il s'agit donc d'un temps théorique maximal.

ETP par résident fin 2015 *(sources DREES EHPA 2015)*	privé lucratif	privé non lucratif	public hospitalier	public non hospitalier	total
psy, paramédical ou soignant	0,228	0,245	0,367	0,294	0,281
médical	0,006	0,005	0,006	0,004	0,005
sous-total soignants	0,234	0,25	0,373	0,298	0,286
éducatif, pédagogique, social et animation	0,098	0,068	0,032	0,049	0,062
total	0,332	0,318	0,405	0,347	0,348
nombre d'heures par résident et par jour					
sous-total soignants	1 h	1 h 06 mn	1 h 38 mn	1 h 18 mn	1 h 15 mn
éducatif, pédagogique, social et animation	25 mn	18 mn	8 mn	13 mn	16 mn
total	1 h 23 mn	1 h 24 mn	1 h 46 mn	1 h 31 mn	1 h 31 mn

NB: calcul sur 228 jours travaillés et 7 h quotidiennes n'intégrant pas les arrêts maladies et accidents du travail

Le premier constat à opérer porte sur l'absence de différence entre les structures privées alors que le secteur lucratif dispose de charges en soins et en dépendance plus importantes que le secteur non lucratif[14].

Le second constat est qu'un résident d'Ehpad disposerait en moyenne d'une heure et 15 minutes par jour de « soins ». Ces derniers comprennent les soins médicaux (pansements, médicaments, prévention, mesure de la dénutrition...) mais aussi l'aide à la toilette, aux repas...

[14] *Voir tableau enquête DREES 2015 ci-avant*

Il convient de rappeler à ce stade qu'un résident d'Ehpad a en moyenne 8 pathologies[15].
Or les États-Unis recommandaient en 2014, 4 heures et 10 minutes de personnel soignant par résident et par jour comme détaillé dans le tableau ci-après[16].

Table 1. Nursing hours per resident day reported in all U.S. nursing homes in 2014 compared to recommended minimum staffing levels and expected staffing levels.

TOTAL NUMBER OF NURSING HOMES (15,391) AND PERCENTILES	RN HOURS PER RESIDENT DAY	LVN/LPN HOURS PER RESIDENT DAY	CNA HOURS PER RESIDENT DAY	TOTAL NURSING HOURS PER RESIDENT DAY
90% N = 1,539	1.36	1.26	3.27	5.39
75% N = 3,848	0.98	1.02	2.80	4.55
Mean	1.00	0.90	2.64	4.54
Median N = 7,696	0.72	0.81	2.40	3.97
25% N = 3,848	0.53	0.60	2.08	3.53
10% N = 1,539	0.39	0.39	1.83	3.18
CMS study recommended minimum standard (2)	**0.75**	**0.55**	**2.80**	**4.10**
Average CMS expected staffing based on resident acuity (3)	**1.08**	**0.66**	**2.43**	**4.17**

Notes: (1) CMS Casper Nursing Home Staffing Data (2014). (2) USCMS. (2001). (3) Abt Associates (2015).
Abbreviations: RN, registered nurses; LVN/LPN, licensed vocational or licensed practical nurse; CNA, certified nursing assistants.

En juillet 2018, la moyenne nationale du nombre d'heures de soins par résident s'est établie à 3 h 13 min aux États-Unis, pour donner suite à une campagne de contrôle conduite par le CMS (centers for medicare and medicaid services) qui a mis en exergue de fausses déclarations le conduisant à dégrader la notation de nombreuses structures.

En 2016, une étude conduite par l'ANMF (Australian Nursing and Midwifery Federation), l'université d'Australie du Sud et l'université Flinders [17]a élaboré une méthodologie de détermination du nombre d'heures de professionnels soignants par résident et par jour. **Cette étude confortait les données Américaines et aboutissait à une moyenne de 4 h 18 mn de besoin en soins quotidiens**.

Dans le même temps, **les résidents australiens recevaient en moyenne 2 heures 50 mn de soins quotidiens avec des écarts très importants selon le statut des structures[18].** Cette étude s'inscrivait dans un contexte de difficultés de recrutement de personnel soignant.

Ces données mettent en outre en évidence l'extrême écart avec la situation française.
La mission parlementaire conduite par Mesdames Monique Iborra et Fiat, indiquait « C'est sur cet objectif d'une heure et demie par résident et par jour qu'il faut s'appuyer », bien loin de la situation aux États-Unis et en Australie ainsi que des publications scientifiques.

---

[15] *Étude CNSA « Les soins en Ehpad en 2013 »*

[16] *https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6055099*
« Failure to Meet Nurse Staffing Standards: A Litigation Case Study of a Large US Nursing Home Chain »
Charlene Harrington, PhD, RN and Toby S. Edelman, J.D.

[17] *http://www.nswnma.asn.au/aged-care-staffing-levels-and-skills-mix-project/*

national aged care staffing and skills mix project report 2016

[18] *Allard 2016, « Bentley aged care survey »*

Il est d'ailleurs intéressant de rappeler les 3 h 13 min et 3 h 46 min d'accompagnement théorique global quotidien par place respectivement en Foyer d'accueil médicalisé et en maison d'accueil spécialisé déjà disponibles en 2006[19]. Ces heures sont à comparer à 1 h 31 mn d'accompagnement théorique global des personnes âgées en Ehpad fin 2015.

Il est à cet égard important de noter que :

- L'accompagnement d'une personne âgée en GIR 3 et 4 prend plus de temps que de faire à sa place car cela suppose d'accepter son rythme pour maintenir son autonomie et sa dignité ;
- L'isolement des personnes âgées (pour rappel, seule une sur deux reçoit une visite hebdomadaire en Ehpad) doit être intégré dans le besoin d'accompagnement quotidien dans un temps qui ne peut pas être collectif.

Ces éléments souvent méconnus dans les différentes évaluations, renforcent notre proposition de définir un panier de services dignes tant au domicile qu'en établissement.

Enfin, les récentes publications scientifiques[20] mettent clairement en évidence que **le nombre d'heures de personnel disponible par résident et par jour est l'indicateur clé en matière de qualité de prise en charge.** Nous recommandons que cette approche soit adoptée en lieu et place de l'approche par le taux d'encadrement utilisée en France.

Pour ce faire et indépendamment des débats d'experts et de controverses sur le nombre d'heures aujourd'hui disponibles par personne en France ou à l'étranger, **nous préconisons l'adoption d'un référentiel de besoins en heures d'accompagnement validé sur le plan international, incluant le besoin de liens sociaux.** La France est en effet isolée par son référentiel qui empêche les comparaisons sur le plan international. Contrairement à la mission parlementaire évoquée supra, nous pensons nécessaire d'adopter un référentiel des besoins en heures sur la base des travaux scientifiques internationaux ceci en lien avec les autorités des pays concernés incluant les pays anglo-saxons dont les expériences sont trop souvent méconnues dans les travaux français.

Une étude du Center for medicare et medicaid services (CMS)[21], détaille le nombre d'heures de professionnels soignants par résident et par jour. Il convient de noter que le niveau le plus bas de prise en charge commence à 1 h 57 mn de soins par résident et par jour hors activités et liens sociaux.

---

[19] DREES, enquête ES 2006, taux d'encadrement pour 100 places converti en heures par jour et par place

[20] Charlene Harrington, « the need for higher minimum staffing standards in US nursing homes »

[21] Design for nursing home compare, Five star quality rating system, technical users' guide, July 2018, appendix table A1, p21

GROUPE
vyv
Entrepreneur du
mieux-vivre

MUTUALITÉ FRANÇAISE
Groupe VYV, Union Mutualiste de Groupe soumise aux dispositions du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 532 661 832, numéro LEI 969500E016R1LLI4UF62. Siège social : Tour Montparnasse - 33, avenue du Maine - BP 25 - 75755 Paris Cedex 15. DRI - DirCom Groupe VYV / Agence interne de communication - © GettyImages - 06/20.

www.groupe-vyv.fr