

# HORIZON 2030


**La plateforme du SYNERPA**

Prévoir pour mieux anticiper

Réformer pour améliorer

Oser pour avancer





*“ Notre volonté est d’aboutir à la construction d’une plateforme documentée et chiffrée, en vue de pouvoir faire des propositions sur l’ensemble des sujets qui touchent de près ou de loin notre secteur d’activité. Plateforme qui pourra d’ailleurs servir de base ou de projet dans les phases de discussion et de concertation prévues par la feuille de route ministérielle et les annonces du Président de la République. ”*

**Jean-Alain MARGARIT**  
Président du SYNERPA

CONGRÈS DE LYON JUIN 2018

<b>PRÉAMBULE : L'ENVIE D'OSER</b>	<b>3</b>
<b>LE CONTEXTE</b>	<b>4</b>
La fin d'un cycle	4
Une crise sociale et médiatique révélatrice d'un malaise	4
Une réforme tarifaire aux conséquences mal évaluées	6
Une réforme à replacer dans le contexte de ce début de quinquennat	6
<b>UNE VALSE À TROIS TEMPS, UNE VALSE À VINGT ANS</b>	<b>8</b>
Le premier temps, c'est le court terme	8
Le second temps, c'est la loi	8
Le long terme enfin	8
<b>Orientation n°1</b>	
<b>POUR UN « BIG BANG » DE L'OFFRE</b>	<b>10</b>
Un big bang en plusieurs étapes	10
Avoir une approche réfléchie et mesurée de l'offre future	19
Pour une mesure objective de la qualité	20
<b>Orientation n°2</b>	
<b>SANS LES SALARIÉS, RIEN DE POSSIBLE</b>	<b>22</b>
Un secteur à l'énorme potentiel social	22
La lutte contre la pénurie de personnels	22
Le Grand Âge : un terreau fertile pour l'innovation sociale	23
Repenser la formation	24
Redéfinir les missions des soignants en EHPAD	25
<b>Orientation n°3</b>	
<b>FINANCEMENT : TROUVER DES SOLUTIONS JUSTES, EFFICACES ET INNOVANTES</b>	<b>28</b>
Quatre blocs à financer	28
Deux questions à trancher	29
<b>CONCLUSION : INVENTER LA PRISE EN CHARGE DU XXI<sup>e</sup> siècle</b>	<b>32</b>
Les « nouveaux » vieux	32
L'« usage » au lieu de la « propriété »	32
La révolution numérique a commencé	32
EHPAD, RSS, SSIAD, SAAD : des acteurs de la Silver Economie	32
Ici et ailleurs...	29
<b>HORIZON 2030 : Les 12 propositions du SYNERPA</b>	<b>33</b>
<b>ÉTUDE sur "L'accompagnement de la perte d'autonomie en France"</b>	<b>35</b>



*Le 13 juin 2018, lors d'un discours prononcé devant le Congrès de la Mutualité, le Président de la République, Emmanuel Macron, a posé un acte fort et essentiel dans les termes suivants : « Il nous faut construire un nouveau risque, il nous faut répondre à cette nouvelle vulnérabilité sociale qu'est la dépendance. Sur ce sujet, l'année 2019 sera aussi consacrée à une loi qui sera votée avant la fin de l'année ».*

À deux reprises seulement dans notre histoire contemporaine, un Chef de l'Etat s'était exprimé aussi clairement sur sa volonté de légiférer dans le domaine du financement de la dépendance. Jacques Chirac, en 1995, s'était engagé dans un processus ambitieux qui, finalement abandonné, débouchera tout de même en 1997 sur la création de la Prestation Spécifique Dépendance (PSD). Puis, en 2007, Nicolas Sarkozy s'engagea à créer un 5<sup>e</sup> risque, projet finalement abandonné au sortir de l'été 2011.

Cette fois-ci sera-t-elle la bonne ? Il est vrai que le Président de la République n'a pas habitué les Français depuis mai 2017 à brider sa volonté réformatrice. On imagine mal, dès lors, que la solennité de son annonce ce 13 juin à Montpellier puisse s'accommoder de tout pas en arrière.

Quelques jours plus tôt, le 30 mai, la Ministre des Solidarités et de la Santé, Mme Agnès BUZYN, avait annoncé un plan de mesures intitulé « Grand Âge et Autonomie ». Cette feuille de route esquissait déjà une volonté nouvelle de relancer un processus de réforme à court terme tout en se projetant vers l'horizon 2030 guidé en cela par un grand et large débat citoyen.

Cette invite, le SYNERPA la reprend aussitôt à son compte. Face à un Chef de l'Etat et à une Ministre qui nous encouragent à penser l'avenir, nous devons, à notre tour, être à la hauteur du défi en apportant notre contribution au débat.

Ce document n'est donc pas un énième Livre Blanc. Il n'est pas constitué d'une batterie de propositions ou d'une liste d'amendements à d'hypothétiques futurs projets de loi. Ce temps viendra plus tard. Ce document a plutôt pour objectif de mieux définir les enjeux qui se posent à nous dans les 15 prochaines années en redonnant une perspective aux pouvoirs publics autant qu'à nous-mêmes.

Voici quelques années le prix Nobel Pierre-Gilles de Gennes déclarait : « *le vrai point d'honneur n'est pas d'être toujours dans le vrai. Il est d'oser, de proposer des idées neuves, et ensuite de les vérifier* ». À travers ce document, le SYNERPA a envie « d'oser ».

**Jean-Alain MARGARIT**  
Président

**Florence ARNAIZ-MAUME**  
Déléguée Générale

*Aucune réforme ou tentative de réforme ne peut se comprendre hors de son contexte.*

*Or, ici, plusieurs éléments constituent la toile de fond des évolutions en cours.*

## **La fin d'un cycle**

Le secteur des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), a vu s'achever deux décennies portées par une modernisation, une médicalisation et **une amélioration des conditions d'hébergement sans précédent**. Grâce à ce cycle qui a débuté dans les années 2000, où les acteurs privés ont joué un rôle clé en créant de nouveaux établissements adaptés aux normes et exigences contemporaines, **l'EHPAD d'aujourd'hui n'a plus rien à voir avec la maison de retraite d'il y a 30 ans.**

En phase avec les évolutions de la société française, notre secteur a anticipé les besoins et les attentes des nouvelles générations de seniors en créant le Parcours de vie et de soins de la Personne âgée. Ce Parcours propose une vraie offre élargie, complémentaire et cohérente de services et de soins avec non seulement l'EHPAD, aujourd'hui très médicalisé, mais aussi les Services à Domicile (SAAD et SSIAD) et les Résidences Services Seniors (RSS) pour des personnes âgées plus autonomes. **L'objectif du SYNERPA est d'apporter des réponses sur mesure aux personnes âgées selon leurs besoins, leurs envies et leurs moyens.** L'essor des RSS et des Services à Domicile démontre que cette ère du Parcours constitue un nouveau cycle de l'accompagnement où la Confédération SYNERPA jouera un rôle à la hauteur de l'engagement de ses adhérents en France.

## **Une crise sociale et médiatique révélatrice d'un malaise**

Il aura fallu qu'un mouvement de grève dans un EHPAD privé du Jura dure plus de 100 jours au printemps 2017 pour créer une certaine effervescence :

- **Politique**, d'abord, car ce conflit fut largement relayé à l'Assemblée Nationale par les députés de La France Insoumise.
- **Médiatique** ensuite puisque cette grève donna lieu à un article dans Le Monde dont l'accroche provocatrice - « *On ne les couche pas, on les jette* » - fit la « Une » du quotidien du soir.
- **Sociale** enfin, avec l'organisation de deux journées de grève nationale dans les EHPAD, les 30 janvier et 15 mars 2018.

Ainsi, à partir l'été 2017, les médias se sont emparés du sujet des EHPAD comme jamais auparavant avec une approche souvent réductrice et spectaculaire.

Si cette crise relève, à notre sens beaucoup, d'une méconnaissance de notre secteur, de ses impératifs et de ses risques, par les médias et l'opinion, il faut pour autant avoir la clairvoyance d'admettre que tous ces signaux faibles n'auraient pas donné lieu à une crise de cette ampleur, si n'existait pas dans ce secteur, de manière plus profonde, un triple malaise.

### ■ Un malaise social d'abord

Une passionnante étude de la DREES publiée en 2016 montrait déjà les difficultés organisationnelles et les tensions au sein de nombreuses équipes mais aussi le formidable engagement des mêmes salariés. Face à une population dont la perte d'autonomie est croissante, notamment par la prévalence de la maladie d'Alzheimer, la mission des salariés se révèle chaque jour plus complexe à effectuer et disons-le, plus lourde à porter.

Ce mouvement aura permis de rappeler une évidence essentielle : la qualité d'un EHPAD réside avant tout dans celle des personnels qui y officient. Cette évidence en appelle une seconde sur laquelle nous reviendrons : la nécessité d'ériger la question des métiers, des formations, des rémunérations et de la qualité de vie au travail en priorité absolue.

### ■ Un malaise sociétal ensuite

Cette crise a également mis en évidence la difficulté dirimante qu'à notre société à regarder en face le vieillissement, la fin de vie et la mort. Certes, ce phénomène n'est pas nouveau et tout professionnel du Grand Âge sait bien à quel point il doit perpétuellement subir les conséquences de ce phénomène. Mais il a pris ces derniers temps une acuité nouvelle.

Peut-être parce que les médias préfèrent tendre leurs micros pour recueillir les reproches plutôt que les compliments, se sont ainsi multipliés ces derniers temps des reportages complaisants donnant une image aussi négative que biaisée de la qualité du travail réalisé dans les EHPAD.

Peut-être aussi n'avons-nous pas totalement mesuré l'impact de l'arrivée prochaine aux grands âges de la génération des baby-boomers – et donc d'une génération nourrie des conséquences de Mai 68. Demain, ils seront des résidents attentifs à leurs droits. Mais dès aujourd'hui, ils sont les enfants exigeants de leurs parents en perte d'autonomie

Ces nouvelles exigences, ce rapport complexe qu'entretient la société française avec ses « vieux » ne doivent pas pour autant laisser croire que la France

basculerait, comme certains le prétendent, dans un âgisme coupable. Au fond, la France aime ses vieux et nul ne souhaite se départir de la nécessaire solidarité avec les plus fragiles. C'est ce fond de générosité et d'humanisme qui existe profondément au sein de la population française qu'il conviendra de mettre en valeur et en exergue dans le grand débat citoyen que le Président a appelé de ses vœux. **Les Français ont rendez-vous avec leur vieillesse : réussir ce rendez-vous est essentiel.**

*Les Français ont rendez-vous avec leur vieillesse : réussir ce rendez-vous est essentiel.*

### ■ Enfin, un malaise financier

La juste et suffisante allocation des ressources doit évidemment être au cœur des revendications d'une organisation comme la nôtre.

Et si, tant l'APA que les crédits d'assurance maladie dédiés aux EHPAD, ont doublé en 15 ans, grâce notamment à la Journée de Solidarité instaurée en 2004, force est de constater, qu'eu égard à l'aggravation de la perte d'autonomie des personnes accueillies, ces crédits ne sont, aujourd'hui, pas suffisants.

Mais a contrario, le SYNERPA refuse de considérer que le niveau des moyens attribués au secteur constituerait l'unique grille de lecture de l'accompagnement du Grand Âge.

Le SYNERPA s'oppose ainsi vigoureusement à l'utilisation d'un concept que nous estimons aussi dangereux qu'irresponsable : celui de la « maltraitance institutionnelle ». Largement manié par certaines organisations syndicales ou professionnelles, ce concept laisse entendre que des moyens insuffisants pourraient expliquer, voire justifier, des comportements maltraitants envers les personnes âgées.

Celles et ceux qui croient à cette idée doivent impérativement ... changer de métier.

Notre profession comme beaucoup d'autres (police, justice, hôpitaux, agriculture...) est légitime à se battre pour voir augmenter les financements publics qui lui sont alloués. Mais elle ne peut pas se prévaloir de cette insuffisance pour justifier aux yeux de l'opinion ou des familles une mauvaise qualité de service. Et quelle que soit l'ambition de la réforme qui nous sera proposée en 2019, rien ne saurait expliquer notre démission vis à vis d'une société qui attend des professionnels que nous sommes, que nous assumions pleinement nos missions.

## Une réforme tarifaire aux conséquences mal évaluées

Autre élément de cette toile de fond : le malaise créé par une réforme contestée de la tarification des EHPAD. Rien ne prédestinait a priori cette réforme à devenir un point de fixation.

La réforme de la tarification qui a vocation à créer un système plus souple et équitable a fait l'objet d'une concertation de près de deux années pour aboutir, début 2017, à la publication de l'ensemble du corpus réglementaire.

Au lancement de la première campagne budgétaire « nouvelle génération », elle a essuyé quelques critiques dans la mesure où les EHPAD bénéficiant d'une dotation dépendance très au-dessus de la moyenne, se voyaient supprimer plusieurs milliers d'euros sur cette section.

Pour sortir de cette impasse, Agnès BUZYN a nommé un médiateur, dont les conclusions permettent aujourd'hui de maintenir le cap sur cette réforme résolument juste, et ce, par la création d'un dispositif renforçant les moyens des moins bien dotés sans pénaliser les mieux dotés.

La décision du Conseil d'Etat rendue le 9 juillet 2018, confirme que le forfait dépendance doit s'appuyer sur un point GIR départemental unique sans distinction entre les statuts juridiques des EHPAD.

La question des principes de la réforme de la tarification doit être substituée par celle du niveau de l'enveloppe globale qui doit à présent être réservée à cette politique publique. La concertation « Grand Âge et Autonomie » devrait permettre de répondre à ces questions.

## Une réforme à replacer dans le contexte de ce début de quinquennat

La dimension politique est essentielle pour bien comprendre ce qui a déterminé les décisions des dernières semaines.

A l'évidence, la question du Grand Âge en général et des EHPAD en particulier n'était pas au cœur du programme que le candidat Emmanuel Macron a présenté aux Français en mai 2017. Même à l'été 2017, elle représentait une portion congrue de la feuille de route signée par le Premier Ministre Edouard Philippe à Agnès Buzyn : 6 lignes sur 6 pages étant consacrées aux personnes âgées.

Alors que cette question n'était donc pas, formellement, au cœur des priorités du nouveau gouvernement, les mouvements sociaux et médiatiques ont changé la donne : voilà que le gouvernement qui n'avait pas mis le **Grand Âge** au cœur de son projet risque de se retrouver paradoxalement dans la position de celui qui peut potentiellement porter une réforme historique.

Le Gouvernement a ainsi déterminé trois temps :

- Des mesures à court terme figurant dans la Loi de financement de la sécurité sociale pour 2019
- Une loi sur le Grand Âge et la perte d'autonomie fin 2019
- Une approche de long terme permettant de faire face aux défis de 2030-2040

En décidant d'une loi sur le financement de la dépendance en 2019, le Président de la République semble fidèle à la volonté réformatrice qu'il affiche dans beaucoup d'autres domaines. Les réformes qui vont toucher le secteur du Grand Âge doivent dès lors être comprises dans ce contexte. La loi dite ELAN sur le Logement, l'Aménagement et le Numérique, la loi PACTE pour la croissance et la transformation des entreprises, la future loi sur les Retraites dont la discussion est prévue au Parlement pour fin 2019 ou encore la loi sur « la liberté de choisir son avenir professionnel » constituent autant de textes qui ont pour objectif avoué de changer de logique par rapport aux politiques publiques suivies jusqu'ici.

C'est dans le cadre de ce changement de paradigme que s'inscrit aussi la future loi « Grand Âge et Autonomie ».





# Une valse à trois temps, une valse à vingt ans

*Si cette valse a mis le temps, la voici désormais devant nous. Elle compte 3 temps et s'étale sur 20 ans.*

La question de la temporalité nous apparaît en effet majeure pour mieux appréhender non seulement les impératifs des politiques publiques mais le calendrier tel que doit se le fixer une organisation professionnelle comme le SYNERPA.

Les uns comme les autres nous avons le plus grand mal à ne pas céder aux pressions du court terme et à mener une réflexion sur le long terme. Ce qui vaut pour les responsables politiques vaut aussi pour des organisations professionnelles comme les nôtres, parfois plus concentrées à amender le prochain décret qu'à anticiper la prochaine décennie.

La méthode du Gouvernement tendant à appréhender trois temps distincts mais profondément interdépendants semble donc une bonne méthode d'analyse et d'action.

## Le premier temps, c'est le court terme

Il correspond au train de mesures que la Ministre a présenté le 30 mai 2018 dont beaucoup ont logiquement trouvé leur place dans la LFSS pour 2019. On pense notamment à la généralisation des IDE de nuit, au développement de la télémédecine, à l'ouverture plus large du recours au tarif global ou encore à l'expérimentation du dispositif « sorties d'hospitalisation ».

C'est également le soutien économique aux services d'aide et d'accompagnement à Domicile par le renforcement d'une exonération de charge spécifique en compensation de la fin du CICE. Ainsi que le déblocage de 50 millions d'euros en 2019 et en 2020 pour accompagner la réforme de la tarification de ces services.

C'est aussi celui des mesures que le Gouvernement compte prendre en matière de formation professionnelle, de réforme des OPCO ou d'apprentissage.

Enfin, ce premier temps, c'est celui du lancement d'une concertation nationale sans précédent, devant déboucher sur des propositions de réforme visant à transformer en profondeur la manière dont est reconnu et accompagné le risque de perte d'autonomie liée au Grand Âge.

## Le second temps, c'est la loi

L'outil est clair : ce sera la loi. L'échéance aussi : avant fin 2019.

Dès lors, le SYNERPA souhaite formuler deux propositions :

- **Le SYNERPA forme d'abord le vœu que cette loi soit une « Loi d'orientation et de programmation ».** L'opportunité de bénéficier d'un véhicule législatif ne se renouvellera pas souvent : raison suffisante pour ne pas limiter a priori le champ d'action de la loi à un exercice de court terme. Elle devra être « d'orientation » parce qu'elle doit dessiner le paysage à 10-15 ans. Elle devra être de « programmation » car les efforts financiers devront être raisonnablement étalés dans le temps.
- **Le SYNERPA souhaite également que cette loi ne se limite pas à la seule question du financement.** Comme l'illustrent les propositions contenues plus loin dans ce document, nous estimons le système à bout de souffle. La loi de 2019 devra donc comprendre un volet « Organisation de l'offre » et un volet « Gouvernance » afin de ne pas injecter des crédits supplémentaires dans un système qui ne fonctionne plus de façon optimale.

## Le long terme enfin

Il est toujours compliqué d'entreprendre un travail qui mène chacun à prévoir et programmer son action à horizon de 10-15-20 ans. Or, il existe un fait indéniable : tous les Français âgés de 85 ans dans les 30 prochaines années... sont déjà nés aujourd'hui ! Rien n'est donc plus prévisible que la démographie quand elle porte sur des horizons aussi proches que ceux de 2025, 2030 ou 2040.

- **2025**, car c'est à ce moment-là qu'on commence à assister à une très forte progression des « plus de 80 ans ». Un tel seuil n'a pas de conséquence immédiate pour les EHPAD : il en a pour les Résidences Services Seniors où la moyenne d'âge à l'entrée se situe justement à 80 ans.
- **2030**, car c'est à ce moment-là qu'arriveront à l'âge de 85 ans (soit l'âge moyen d'entrée en EHPAD) les générations nées à partir de 1945.
- **2040-2050**, enfin, car nous arriverons là au pic de l'effet papy-boom : 4 à 5 millions de personnes âgées de plus de 85 ans ; et dépassement du seuil de 2 millions de personnes âgées dépendantes.

## Lancement de la concertation « Grand Âge et autonomie », Par Agnès BUZYN, Ministre des Solidarités et de la Santé.

(Extrait du communiqué de presse du 1<sup>er</sup> octobre 2018)

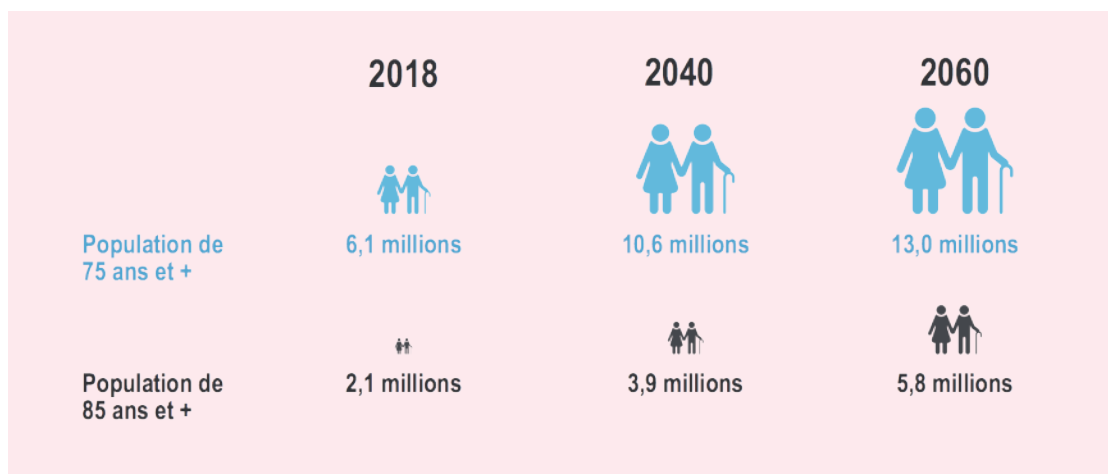
Une vaste concertation nationale « Grand Âge et autonomie » pilotée par Dominique Libault et rassemblant parties prenantes et usagers entre octobre 2018 et février 2019.

**Donner la parole aux citoyens** pour permettre à tous les Français de faire part de leurs propositions autour de la question « Comment mieux prendre soin de nos aînés ? », la concertation Grand Âge et Autonomie s'appuie sur la plateforme Make.org. Cette large consultation citoyenne lancée dès le 1<sup>er</sup> octobre 2018 à l'adresse [www.grande-consultation-aines.make.org](http://www.grande-consultation-aines.make.org) a pour objectif de mobiliser massivement la société sur cet enjeu.

**Donner la parole aux personnes âgées** prises en charge en établissements et à Domicile, aux aidants et aux professionnels, grâce à des groupes d'expression et des entretiens individuels. Cette démarche intégrera plus de 60 personnes pour mieux comprendre les besoins et les attentes, puis tester les pistes envisagées.

**Des forums régionaux** en métropole et outre-mer mobiliseront plusieurs centaines d'institutionnels, d'opérateurs et d'associations de bénéficiaires et d'aidants, pour faire remonter leurs analyses de terrain et s'inspirer de leurs bonnes pratiques.

**10 ateliers** nationaux thématiques, regroupant des représentants de l'Etat et des collectivités, des experts, des personnes âgées, ainsi que des représentants des associations et des fédérations d'usagers et de professionnels. Le travail des ateliers portera sur l'ensemble des thématiques et sera organisé en quatre grandes étapes : diagnostic, priorisation des objectifs, identification puis approfondissement des pistes retenues, formalisation et validation des conclusions.



La population âgée française de +85 ans va pratiquement doubler entre 2018 et 2040 et tripler d'ici 2060

Etude sur "L'accompagnement de la perte d'autonomie en France" Roland Berger - septembre 2018

# Pour un « big bang » de l'offre

*Ce document est une invitation à oser. Le moment s'y prête puisqu'après qu'une mission conduite par Dominique Libault aura rendu ses conclusions fin janvier 2019, un projet de loi pourra accueillir les évolutions législatives nécessaires. Le pouvoir exécutif semble ouvert à toutes les avancées qui permettraient d'innover. Il n'y a donc aucune raison de s'auto-censurer ou de brider notre volonté de réforme. Puisque l'heure est à la disruption, soyons disruptifs !*

Il y a deux façons de juger le souhaitable : en le comparant à la réalité présente ou en l'évaluant par rapport à l'idéal.

Jusqu'ici le processus premier a été privilégié : on a souvent fait évoluer la législation de demain en amendant à la marge celle d'hier. Et même s'il ne s'agit pas de façon illusoire de « renverser la table », il ne faut pas à l'inverse brider a priori notre volonté de réformer un système qui, de l'aveu de tous, est à bout de souffle. **Dès lors qu'il nous est permis de réfléchir à moyen et long terme, plus aucun tabou, plus aucun conservatisme, plus aucune auto-censure ne doivent limiter l'ampleur d'un « big bang » qui doit s'affranchir des frontières héritées du passé.**

## Un big bang en plusieurs étapes

Trop souvent, l'offre – sa quantité comme sa qualité – est configurée en tenant compte des nombreux « tuyaux d'orgues » existants : EHPAD, SAAD, SSIAD, SPASAD, RSS, PASA, UHR, accueil de jour, hébergement temporaire etc...

Or, il devient désormais indispensable de modifier la logique en appréhendant globalement les besoins des personnes âgées et de **construire une offre qui réponde à ces besoins en s'affranchissant des règles, des rigidités et des cloisonnements qui empêchent aujourd'hui de proposer du « sur-mesure »**. C'est à l'offre de s'adapter à ces besoins et non l'inverse comme ce fut trop souvent le cas dans le passé. Ceci entraîne une première conséquence immédiate : donner corps à la notion de parcours.

### ■ Donner du sens à la notion de parcours

La meilleure méthode pour permettre à l'offre de mieux répondre aux besoins, c'est encore de se mettre à la place de la personne âgée elle-même et de coller au mieux au parcours de vie qu'elle va emprunter, de la retraite à son dernier jour de vie.

Nous sommes aujourd'hui en capacité de schématiser ce parcours autour de trois étapes de vie :

- Celle où le retraité est valide et actif.
- Celle où le retraité va connaître ou anticiper les premières fragilités.
- Celle, enfin, où la perte d'autonomie va nécessiter le recours à des professionnels formés.

C'est autour de ce triptyque qu'il convient d'organiser demain nos politiques publiques puisqu'à chacune de ces étapes correspondent des défis particuliers :

- **La prévention** pour les retraités actifs afin qu'ils connaissent le plus tard possible les premiers signes de fragilités physiques, psychiques ou sociales.
- **L'adaptation de la société** afin que les retraités fragiles puissent continuer à vivre le plus normalement possible.
- **L'organisation juste et efficace de l'aide matérielle et financière** pour celles et ceux qui sont concernés par la perte d'autonomie.

Or, les professionnels du secteur médico-social ont un rôle à jouer à chacune de ces étapes :

- En accentuant leur offre de prévention en direction des retraités (consultation mémoire, pratique des activités physiques et sportives, prévention bucco-dentaire...).
- En anticipant les premières fragilités (rôle des résidences seniors, adaptation des logements, aide à la mobilité, lutte contre l'isolement...).
- Et, évidemment, en organisant à Domicile comme en établissement un accompagnement soignant et non soignant de qualité.

Le SYNERPA est, dès lors, convaincu que les professionnels du médico-social ne doivent pas se laisser « corneriser » en étant dédiés au seul accompagnement de la perte d'autonomie sévère. Leur champ d'action, demain, doit s'appréhender de manière beaucoup plus panoramique :

- En amont, SAAD, SSIAD, Résidences Services Seniors et Résidences Autonomie peuvent se concentrer sur les personnes âgées fragiles ou en perte d'autonomie modérée.
- L'EHPAD aussi peut prendre une place plus importante en matière de prévention. En organisant sur place des consultations-mémoire ou des consultations de télémédecine pour des personnes vivant à leur Domicile.

- En amont toujours, l'EHPAD pourrait au fil du temps assumer une mission d'information à l'instar des CLIC.
- En aval, on voit bien le nouvel enjeu des EHPAD qui consiste à éviter au maximum les recours inopportuns à l'hôpital et aux urgences.

Dès lors, la première conséquence de ce « Big bang » que nous appelons de nos vœux consiste à donner au secteur médico-social un territoire de compétences bien plus large qu'aujourd'hui.

### ■ Donner au Domicile sa place essentielle

Si on décide de caler l'organisation de l'offre sur la vie des personnes âgées, alors tout part du Domicile. C'est le point nodal. C'est là que vit le jeune retraité, le senior actif et valide. Et c'est là qu'il souhaite à l'évidence rester le plus longtemps possible.

Il existe d'ailleurs parfois une forme de paradoxe dans les politiques publiques à considérer le Domicile comme la priorité tout en concentrant une grande part de l'action publique vers les EHPAD qui n'accueillent que 20% des plus de 85 ans. **Pourtant, le secteur de l'aide à Domicile souffre. Il souffre régulièrement de se sentir le mal-aimé des pouvoirs publics. Il souffre également de ne pas trouver la voie d'un modèle économique solide et pérenne.**

Les EHPAD ont eu droit au début des années 2000 à leur grande « Réforme de la tarification ». Il est temps que les Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD) et les Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) connaissent la leur. Et de manière conjointe, et non en tuyau d'orgue, comme cela est systématiquement fait depuis 15 ans. C'est tout l'enjeu d'une prise en charge globale et coordonnée à Domicile. Nous reviendrons plus loin sur les éléments d'une réforme nécessaire.

Mais sur la question du « Domicile », il nous faut faire notre « aggiornamento » sur au moins quatre points :

*Mais sur la question du « Domicile », il nous faut faire notre « aggiornamento » sur au moins quatre points*

#### • Redéfinir la notion même de Domicile

L'important, c'est de vivre « chez soi ». Mais il faut bien prendre conscience que ce « chez soi » peut désormais prendre de nouvelles formes. Vivre en Résidences Services Seniors aujourd'hui, c'est bien vivre « chez soi ». Penser de nouvelles formes d'habitat intermédiaire ou alternatif, c'est bien imaginer un autre « chez soi ». Si l'EHPAD doit s'entendre hors de ses 4 murs, le Domicile

doit désormais se comprendre dans une acception large qui dépasse le logement familial traditionnel.

#### • Adapter le Domicile

Quel que soit le logement choisi, il devra être non seulement adapté aux situations de fragilité mais être également adapté pour prévenir tout risque. Car aujourd'hui, 9 000 personnes âgées de plus de 65 ans décèdent chaque année d'accidents domestiques ou de chutes. Et on estime à près de 50 000 le nombre annuel de victimes d'une fracture du col du fémur. A titre de comparaison, avec 3 477 morts sur la route en 2016 et 27 187 personnes hospitalisées des suites d'un accident de la route, les campagnes de prévention liées à la sécurité routière sont nettement mieux identifiées. De vastes campagnes de sensibilisation aux risques domestiques et à la nécessité d'adapter les logements au grand âge, doivent, donc, être urgemment menées.

Ces drames domestiques constituent un grave impensé des politiques publiques. La politique d'adaptation des logements, qui a certes connu une accélération avec la loi ASV, ne fait pourtant pas encore l'objet du volontarisme politique qu'elle nécessiterait. Et les acteurs que nous sommes doivent y prendre leur pleine part, tant il est vrai, que les politiques d'aide à Domicile ne peuvent plus se résumer à la seule gestion des SAAD et des SSIAD. Elles doivent désormais prendre en compte l'environnement global de la personne âgée, se doter de ressources d'ergothérapie afin de proposer des solutions d'adaptation du logement.

#### • Elargir plus encore la palette de Services à Domicile

L'aide à Domicile est un terme générique qui masque toute la diversité des services que le secteur médico-social est en capacité d'apporter.

Au-delà des services classiques de confort et d'aide à l'autonomie, notre secteur se doit désormais de répondre à l'ensemble des besoins exprimés : portage de repas, activités d'animation, de sorties et de compagnie, services d'ergothérapie (profession notoirement sous-développée en France) et d'adaptation des logements, services de soutien psychologique et d'activités sportives et physiques.

Trop longtemps, ces services ont été morcelés entre entreprises de services à la personne et services issus du secteur médico-social. Nos Services à Domicile ont désormais vocation à offrir une palette globale de tous les services possibles.

# Pour un « big bang » de l'offre

## • Sous une dénomination unique de Services à Domicile

SAAD, SSIAD, SPASAD, SAP... La liste des acronymes correspondant à autant de typologies de Services à Domicile, ayant des activités connexes, complémentaires mais néanmoins totalement séparées, voire cloisonnées, est longue...trop longue...

Les SPASAD, Service Polyvalent d'Aide et de Soins à Domicile, qui sont la combinaison, non intégrée, d'un SAAD (généralement privé) et d'un SSIAD (généralement public) n'a pas réussi à se développer.

Le SYNERPA souhaite donc que se développent et se regroupent des Services à Domicile ayant la capacité propre d'offrir l'ensemble des services soignants et non soignants, permettant de vivre à son Domicile le plus longtemps possible.



Pour ce qui est de l'acronyme, il ne peut être question, sans déclencher un tollé, d'ajouter de nouvelles lettres aux termes SPASAD, pour qu'il devienne un Service Polyvalent d'Aide et de Soins à Domicile, qui pourrait s'allonger, d'un P pour prévention...d'un A pour Animation...d'un M pour Mobilité..., mais au contraire de ne créer qu'une catégorie de Service qui pourrait s'appeler : Services à Domicile ! Ce qui aurait le mérite de la simplicité.

Bien sûr, organiser cette concentration de services si multiples et divers sur les territoires ne sera pas aisé et prendra du temps mais une loi de programmation ne doit-elle pas servir à cela ?

## ■ Reconnaître pleinement la légitimité des Résidences Services Seniors

Ce chapitre pourrait tout à fait être inclus dans le précédent tant un logement en Résidences Services Seniors n'est rien d'autre qu'un Domicile adapté. Il ne s'agit pas comme on l'entend trop souvent d'un logement « intermédiaire - comme s'il convenait d'inventer un « sas » entre Domicile et EHPAD - mais bien d'un Domicile d'une nouvelle nature.

D'ailleurs, si les Résidences Services Seniors se développent aussi fortement depuis quelques années, c'est bien qu'elles correspondent, non pas à l'air du temps, mais à 4 évolutions fondamentales :

### • Un besoin de centre-ville

Situées en centre-ville ou au cœur d'un quartier, les RSS sont proches des commerces et des services publics. Or aujourd'hui, un nombre croissant de seniors décide de quitter leur pavillon en milieu péri-urbain au profit d'un appartement en centre-ville. Ces « migrations » se vérifient dans tous les grands centres urbains. Et les RSS répondent pleinement à cette demande.

### • Un besoin de rompre l'isolement et de maintenir une vie sociale

Quand on sait la très forte proportion de veuves de 80 ans et plus qui choisissent cette solution, on mesure mieux le rôle majeur que joue la lutte contre l'isolement social dans la décision de rejoindre une RSS, lieu où la sociabilité est de règle.

### • Un besoin de logement adapté

Par définition, une RSS comprend des logements adaptés aux fragilités. En cela, la RSS constitue une réponse pertinente pour les personnes âgées dont le logement n'est plus du tout adapté ou dont l'adaptation serait financièrement hors de propos.

### • Un lieu de prévention

Enfin, la RSS concentre d'une certaine manière tout ce qui permet de prévenir et de repousser le plus loin possible les situations de perte d'autonomie : liens sociaux maintenus, exercices physiques réguliers, alimentation équilibrée...

Outre le fait que ces résidences correspondent à ce que sont aujourd'hui les besoins de 75-80 ans, elles bénéficient en outre d'une attractivité liée à la médicalisation de plus en plus accentuée des EHPAD. Plus les EHPAD tendent vers des niveaux de perte d'autonomie sévère, notamment psychique, plus les

**RSS ont vocation à accueillir des personnes valides ou semi-valides.**

Cette particularité, les RSS vont la partager avec les 2 000 Résidences Autonomie qui existent en France pour former non pas un échelon « intermédiaire » entre Domicile et EHPAD mais bien pour inventer une autre façon de vivre « chez soi ».

**C'est la raison pour laquelle le SYNERPA est très inquiet des grandes difficultés qu'ont les Résidences Services Seniors depuis la loi ASV à obtenir des autorisations de SAAD.** Certes, il est compréhensible qu'il ait fallu un temps aux Conseils Départementaux pour se caler sur les nouvelles règles d'autorisation des SAAD, lesquelles se substituent à l'ancien clivage autorisation/agrément. Mais désormais, il n'est plus tolérable que les RSS aient la plus grande peine à obtenir de telles autorisations alors que la capacité de prêter des services d'aide à Domicile dans les RSS est non seulement une de leurs raisons d'être mais surtout un de leurs principaux atouts en termes de prévention. De la même manière, avoir refusé par décret de 2016 que la restauration et l'animation soient inscrites dans la liste des Services Non Individualisables (et donc mutualisables) reste à notre sens une erreur majeure à rectifier d'urgence.

Les RSS doivent garder la souplesse qui est la leur : certaines sont totalement indépendantes de tout EHPAD, d'autres sont au contraire couplées à un EHPAD. Aucune règle en la matière ne doit venir figer un modèle qui évoluera encore probablement dans les prochaines années. Il est pourtant légitime que les pouvoirs publics comme les consommateurs soient assurés d'un corpus de règles minimales. **C'est la raison pour laquelle les syndicats professionnels, dont le SYNERPA RSS, ont imaginé un Label, baptisé VISEHA, avec le concours d'AFNOR Certification. Ce Label répond à trois enjeux :**

- **Un enjeu de lisibilité** pour permettre au grand public de se repérer parmi les différentes catégories de résidences pour personnes âgées
- **Un enjeu de qualité** afin de garantir que les Résidences Services Seniors offrent un socle commun sur le plan immobilier comme sur celui des services
- **Un enjeu de croissance** enfin, pour proposer une référence reconnue à partir de laquelle le secteur puisse se structurer.

Enfin, un des enjeux majeurs pour l'avenir consistera à intégrer pleinement les RSS dans toutes les dimensions du parcours de la personne âgée : véritable substitut du Domicile, outil de (re)socialisation et de prévention, la Résidence Services Seniors peut tout aussi bien être en lien avec un EHPAD (lorsqu'un des membres du couple est dépendant et l'autre pas), voire même avec l'hôpital (certaines RSS ayant déjà développé des dispositifs de sorties d'hospitalisation).

**À ce titre, les dispositifs fiscaux, en particulier le « Censi-Bouvard », mis en place afin de stimuler l'investissement privé dans ce type de résidences doivent être prorogés le temps nécessaire au développement de cette offre de logement spécifique aux seniors sur l'ensemble du territoire.**

#### ■ Transformer l'EHPAD en véritable plateforme de soins et de services

Aujourd'hui, l'EHPAD doit se poser une question existentielle : à quoi sert-il ? Quelle est sa fonction dans la société, aujourd'hui et dans le futur ?

À cette question, une réponse se dessine depuis quelques années.

Avec un GMP en progression spectaculaire depuis 10 ans - 670 en 2011, 720 en 2017 - et un développement très actif de l'aide à Domicile et des Résidences Seniors, **l'EHPAD devient, de facto, un lieu d'accueil de la grande perte d'autonomie, et notamment de la perte d'autonomie psychique.**

Avec en moyenne 40 à 50% de personnes âgées hébergées, atteintes de troubles psychiques (Maladie d'Alzheimer ou apparentée), l'EHPAD a, au cours de la dernière décennie, structuré son organisation et son activité autour de l'accompagnement et des soins spécifiques aux personnes âgées fragiles, atteintes notamment de démence cognitive.

**Cette spécialisation progressive a d'abord permis à l'EHPAD de s'intégrer pleinement dans le réseau sanitaire, médical, social et gérontologique des territoires.**

Puis, confronté à la complexité d'un équilibre entre « lieu de soins » et « lieu de vie », **l'EHPAD s'est aussi progressivement ouvert vers la ville** en accueillant enfants des écoles, collèges, conservatoires de musique, en accueillant parfois une crèche en son sein, en accueillant des animations et activités intergénérationnelles...

# Pour un « big bang » de l'offre

C'est cette ouverture à 360 degrés, entre accompagnement et soins spécialisés aux personnes âgées fragiles et activités d'animation locales et de rencontres intergénérationnelles que le SYNERPA veut défendre avec force.

A notre sens, l'EHPAD peut et doit devenir demain l'axe central de l'accompagnement soignant et non soignant, de la perte d'autonomie mais aussi un outil de promotion du bien vieillir, ouvert sur la cité, comme c'est déjà le cas dans de nombreux pays européens.

L'EHPAD possède pour cela deux atouts essentiels.

Il possède d'abord des ressources qui peuvent facilement être mutualisées pour un public plus large que ses seuls résidents. Des ressources matérielles (chambres, salles communes, service d'animation, de restauration, espace Snoezelen...) comme des ressources humaines (médecin coordonnateur, consultations mémoires, psychologues...).

Il possède un autre atout moins valorisé habituellement mais que la DREES vient récemment de mettre en évidence : son maillage territorial.

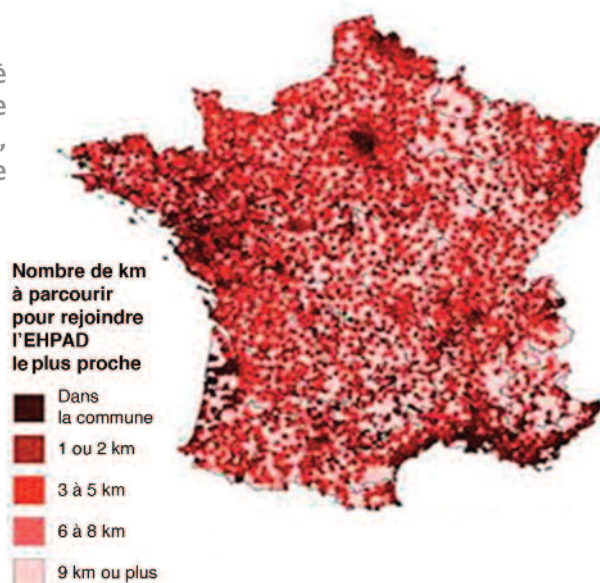
La carte ci-dessous montre en effet que pour une immense majorité de français, il existe un EHPAD à moins de 10 kilomètres de chez soi. Cette densité doit

devenir un atout au moment où l'EHPAD cherche un second souffle. La problématique des déserts médicaux présents en milieu rural mais aussi en milieu urbain, notamment en banlieue, transforme le maillage territorial des EHPAD en atout majeur.

Partant de ces deux constats, l'EHPAD a aujourd'hui l'opportunité de devenir cette plate-forme qui irradie vers l'extérieur ou qui attire vers l'intérieur. L'EHPAD, au lieu de se cantonner à son périmètre actuel pourrait demain :

- Assumer une mission d'accueil et de services soignants et non soignants aux personnes âgées du quartier environnant : animation, restauration, espace bien-être mais aussi Espace Snoezelen, atelier psychomotricité, diététique... et assurer les prestations de mobilité qui vont avec (éventuellement pris en charge par des forfaits de transport sanitaire).
- Pouvoir des services d'aide, d'accompagnement et de soins à Domicile dans un rayon autour de l'établissement.
- Être un lieu d'information, voire de coordination là où les instances locales sont perfectibles (CCAS, CLIC...). Il faut noter, en effet, qu'il existe 600 CLIC sur le territoire national contre ... 7 000 EHPAD. Autant dire que la densité territoriale est autrement mieux assurée par les EHPAD et les RSS que par des structures aux contours très divers selon le territoire.
- Constituer une plateforme d'aide aux aidants (accueil de jour / hébergement temporaire) et assumer une responsabilité que la loi ASV a promu sans qu'on ait aujourd'hui le recul nécessaire pour en faire le bilan : le droit au répit. La loi ASV a en effet prévu que l'APA puisse être augmentée de 500 €/an pour permettre à un aidant de se reposer. Or, cette aide, qui peut être utilisée pour un séjour temporaire ou un accueil de jour ou de nuit en EHPAD, semble pour l'heure être totalement sous-utilisée.
- Devenir des centres de prévention et de promotion du bien vieillir en développant en leur sein des consultations-mémoire, des consultations gériatriques, des consultations de télé-médecine, voire progressivement, pallier aux carences des SSR en développant l'accueil de personnes en sorties d'hospitalisation.

Proximité géographique en 2011, à la commune



Lecture : plus la commune apparaît en foncé, plus elle est proche d'un établissement. Les communes les plus foncées sont celles qui ont au moins un EHPAD. Champs : EHPAD ouverts fin 2011, France métropolitaine hors Corse. Sources : enquête EHPAD 2011 (Drees), distancier INFA (Odomatrix. Source cartographique : Arctique



Ce dernier point est absolument essentiel à souligner tant on considère parfois comme un oxymore d'accoler le terme « EHPAD » à celui de « prévention ». Pourtant, les 7 000 EHPAD constitueraient à l'évidence des plateformes de ressources idéales pour y effectuer les activités de prévention nécessaires au maintien à Domicile le plus longtemps possible des personnes âgées.

Avec quelques dotations supplémentaires bien utilisées, l'EHPAD pourrait rapidement devenir un lieu central de prévention autour de 2 axes :

- **L'EHPAD, lieu d'activité physique et sportive** : le Ministère des Sports a souligné son souhait de voir les activités physiques se développer en EHPAD, ainsi que le préconise le rapport parlementaire d'octobre 2018 portant sur la « pratique sportive tout au long de la vie ».
- **L'EHPAD, centre de soins bucco-dentaires, optiques et auditifs**. Là aussi, il pourrait utilement servir de lieu de ressources et d'excellence pour conseiller les Seniors vivant dans un périmètre proche de l'établissement.

- **Enfin, l'EHPAD, lieu de vie intergénérationnelle ouvert sur la cité**, déjà une réalité chez beaucoup de nos voisins européens...

En Autriche, certaines Résidences qui accueillent aussi bien des personnes âgées pour des soins de longue durée, des séjours temporaires, des soins de suite et de rééducation et des personnes atteintes de maladie neurodégénérative, disposent d'une salle de Gym ouverte au public à partir de 77 ans, d'un bar et d'un restaurant, ainsi que d'un salon de coiffure ou d'esthétisme ouvert à tous.

En Espagne ou au Danemark également, de nombreux services d'EHPAD sont ouverts à tous : restauration, sport, lieu de culte...

**Mais pour que cette évolution soit mieux comprise et ce statut mieux accepté, encore faudrait-il se départir de cet embarrassant nom d'EHPAD.**

Ce sigle, devenu acronyme, est entré dans le langage commun en une dizaine d'années. Il est devenu le terme officiel. Il orne les panneaux signalétiques de nos villes. Il est désormais largement utilisé par les journalistes. Il n'en est pas pour autant satisfaisant. Déshumanisant sur la forme, il deviendra d'autant plus désuet sur le fond que l'EHPAD a vocation à devenir un **pôle de ressources, de coordination, d'information, d'animation, de vie sociale et de prévention.**



Ce qu'un texte réglementaire a défait, un autre dit pouvoir le défaire. Cela prendra du temps désormais mais nous ne devons pas collectivement accepter que ce mot « EHPAD » continue pour des années encore, à nommer un lieu qui mérite mieux que cet acronyme technocratique. Pour nous en convaincre, n'oublions jamais la fameuse phrase d'Albert Camus : « *Mal nommer les choses, c'est ajouter au malheur du monde* ».

Utilisons la concertation citoyenne prévue par la mission Libault à ce sujet afin de déterminer le nom correspondant le plus à la vision qu'ont les français de ce que devrait être l'EHPAD de demain : centre d'accueil et de soins pour personnes âgées, plateforme de services et d'hébergement pour personnes âgées, maison médicalisée...

Evidemment, il s'agit d'assumer ici que l'EHPAD sorte de son seul rôle d'hébergement pour devenir une « **institution-pivot** ». Certains pourront estimer que ce n'est pas sa fonction. D'autres à l'inverse considéreront qu'une telle évolution est une condition sine qua non pour installer l'EHPAD au cœur du système futur. Un tel rôle nécessiterait une contractualisation avec les organismes qui assurent le suivi longitudinal des

# Pour un « big bang » de l'offre

personnes âgées, les ARS et le Conseil départemental évidemment, mais aussi la CARSAT et les CCAS.

Enfin, si les pouvoirs publics souhaitent que ce type de formules nouvelles, qui ont pour effet immédiat de décloisonner le Domicile et les établissements, se développent rapidement, il convient, dès la prochaine réforme annoncée, de repenser tant le système des autorisations administratives en tuyau d'orgue que le système des appels à projets, appels à candidature et autres déclarations d'intérêt, qui ont une fâcheuse tendance à brider l'innovation et la créativité des opérateurs...

## ■ Deux conditions au « big bang » : réformer le système des appels à projets et repenser le système des autorisations

La nouvelle organisation que nous appelons de nos vœux nécessite d'en finir avec les rigidités administratives du passé. Cette volonté de privilégier désormais l'innovation et la transversalité a d'ailleurs pris récemment une illustration assez cocasse : le **succès immédiat du recours au dispositif issu de « l'article 51 du PLFSS pour 2018 »**. Or, le recours même à cet article, qui permet théoriquement de tester et d'expérimenter des formes nouvelles d'organisation, montre à quel point les frontières actuelles ont besoin d'être assouplies.

Dans cet esprit, le SYNERPA souhaite convaincre de la nécessité tout à la fois de réformer le système d'appel à projets et de repenser le système actuel des autorisations.

### 1<sup>ère</sup> priorité : redonner aux offreurs de solution un pouvoir d'initiative plus compatible avec leur volonté d'innover.

Dans les années 1985-2002, tout promoteur souhaitant créer un EHPAD (ou Maison de Retraire à l'époque) pouvait le faire dès lors que son projet était compatible avec un « schéma gérontologique » qui ne faisait qu'organiser la croissance continue du nombre de lits. Dans les années 2002-2009, les autorisations ont connu une première contrainte : celles d'être contingentées en fonction des crédits d'assurance maladie disponibles. Puis, depuis la loi HPST de 2009, les autorisations sont désormais délivrées en réponse à un appel à projets défini par la puissance publique.

Ce système, volontairement malthusien, a surtout eu pour conséquence de brider l'innovation puisque désormais les gestionnaires, au lieu de proposer des

scénarios pensés par eux, doivent répondre à des appels à projets définis par d'autres. **Il faut, près de 10 ans après, prendre conscience des défauts du système d'appels à projets et le réformer.** Rien n'empêche de redonner le pouvoir d'initiative aux promoteurs tout en permettant à la puissance publique d'exercer son pouvoir d'autorisation dans le cadre de la gestion d'enveloppes limitatives. On comprend pourtant que la puissance publique puisse continuer de « commander » des projets dont elle estime qu'ils manquent à un territoire.

Dès lors, dans les Agences régionales de Santé, les comités de sélection d'appels à projets pourraient voir leurs missions légèrement réformées :

- Ils continueraient de recueillir les réponses aux appels à projets lancés par l'ARS
- Ils émettraient également un avis sur les dossiers déposés dans le cadre de fenêtres instaurées comme à l'époque des CROSMS.

Il s'agirait au fond de mixer le système issu de la loi HPST et le système des CROSMS qui l'a précédé. L'offre serait ainsi configurée harmonieusement entre les besoins que la puissance publique estime non couverts par le « marché » (objet de l'appel à projet) et les offres venant des promoteurs que le comité de sélection jugerait opportunes.

### 2<sup>e</sup> priorité : repenser le système des autorisations

Aujourd'hui, et ce depuis près de 20 ans, les circulaires budgétaires annuelles de la DGCS et de la CNSA perpétuent un système où sont déconcentrés des nombres de places par type d'autorisation. Chaque année donc, on autorise X milliers de places d'EHPAD, X milliers de places de SSIAD, d'accueil de jour et d'hébergement ou encore de places de PASA et d'UHR.

Non seulement, une cloison étanche existe entre le sanitaire et le médico-social mais ces cloisons se retrouvent au sein même du médico-social entre EHPAD et SSIAD, entre RSS et SAAD, entre SSIAD et accueil de jour, etc. Ainsi, depuis des années, la logique d'un gestionnaire comme d'une ARS ou d'un Conseil Départemental ne consiste pas à coller au plus près des besoins exprimés par la population mais à sillonner entre les différentes enveloppes disponibles et construites pour être étanches.

Certes, les ARS savent appliquer ces règles avec souplesse et font ici ou là quelques exceptions pragmatiques au principe de non-fongibilité entre ces sous-enveloppes. Certes, l'article 51 du PLFSS pour

2018 permet désormais de gérer des cas exceptionnels qui transgressent les règles. Mais pourquoi faudrait-il donc se contenter d'aménager des exceptions à une règle devenue désuète ?

Au moment où s'ouvre une période de concertation autour d'un outil législatif en 2019, le SYNERPA estime que **tout promoteur devrait pouvoir constituer désormais une demande d'autorisation globale ou « multiservices » portant sur un projet constitué de plusieurs types de places.**

*Tout promoteur devrait pouvoir constituer désormais une demande d'autorisation globale ou « multiservices » portant sur un projet constitué de plusieurs types de place*

Aujourd'hui, un projet contenant 80 places d'EHPAD, 30 places de SSIAD, un SAAD, 10 places d'accueil de jour et 5 places d'hébergement émerge sur 5 enveloppes différentes et sur, au moins, 4 autorisations distinctes. Demain, ce projet, pris globalement, pourrait faire l'objet d'une seule autorisation.

Tout promoteur (ou tout appel à projet) pourrait ainsi construire un projet global, correspondant aux besoins du territoire, et réunir l'ensemble des offres qu'il estime devoir proposer. Par ailleurs, un tel système contribuerait à gommer progressivement les barrières mises au fil des décennies entre le monde des établissements et celui de l'aide à Domicile comme il pourrait aussi assouplir les frontières entre sanitaire et médico-social si, dans cette nouvelle architecture, on permettait aux promoteurs d'englober dans leur offre des places d'HAD comme une dotation forfaitaire de transports sanitaires.

#### ■ Une nécessité : éviter les hospitalisations inutiles

Le système hospitalier français se situe à un niveau d'excellence que beaucoup nous envient. Quant à la coordination entre l'hôpital et le monde médico-social, elle est essentielle et s'est nettement améliorée au cours des dernières années. **Pour autant, tout le monde s'accorde à reconnaître qu'une hospitalisation demeure toujours psychologiquement et physiquement compliquée pour une personne âgée fragile.**

Par ailleurs, dans son fameux rapport « Assurance maladie et perte d'autonomie » de 2011, le HCAAM évaluait le coût des recours indus à l'hôpital par les résidents des EHPAD à 2 milliards d'euros. Une somme qui représente 6 fois la dotation budgétaire mobilisée pour financer l'actuelle réforme de la tarification des EHPAD...

« Eviter l'hôpital » semble donc bien le mot d'ordre de la Ministre elle-même quand, dans son plan « Grand âge et Autonomie », elle annonce les 4 directions suivantes :

- **La généralisation des IDE de nuit** a pour objectif affiché de réduire le recours aux hospitalisations ou en tout cas le recours aux urgences notamment en soirée et la nuit. Les résultats des expérimentations en Ile de France, menées depuis des années avec notamment des adhérents du SYNERPA, montrent les effets positifs de cette mesure.



# Pour un « big bang » de l'offre

- **Le développement de l'HAD** en EHPAD est clairement affiché ; quant au travail simultané d'un service de HAD et d'un SSIAD, il sera désormais rendu possible.
- **Le développement de la télémédecine** en EHPAD et en Résidences Seniors participe aussi à cette volonté de limiter le plus possible les déplacements à l'hôpital même pour une simple consultation. Une première étape a déjà été franchie, il convient désormais de passer à la vitesse supérieure en multipliant notamment les consultations en direction des spécialistes. Sur le plan technique, des sujets restent à améliorer comme, par exemple, l'interopérabilité et l'accès au réseau sur l'ensemble du territoire national ou le déploiement du DMP pour un meilleur partage des données.
- **L'EHPAD comme « sas de sorties d'hospitalisation »** a été également pensé dans le plan ministériel. Il permettra aux personnes âgées qui souhaitent être hébergées temporairement dans un EHPAD après une hospitalisation, de continuer à payer le même tarif qu'à l'hôpital, soit le seul forfait hospitalier de 20 € au lieu du tarif hébergement de l'EHPAD, payé quant à lui par l'assurance maladie. 1 000 places seront déployées dès 2019 à hauteur de 15 millions d'euros pour financer les tarifs hébergement des résidents concernés.

Sur ce plan, il convient de souligner le rôle ici **injustement occulté des Résidences Services Seniors** dont certaines ont même signé des conventions avec des groupes d'EHPAD et de SSR pour accueillir des sorties d'hospitalisation. Les Services à Domicile peuvent, dans de nombreux cas, permettre à l'assurance maladie d'économiser de nombreux jours d'hospitalisation (notamment le week-end) quand est organisé le retour à Domicile en sortie d'hospitalisation, celle-ci ne nécessitant pas toujours de soins mais seulement une présence et une aide que peuvent assurer ces services.

Pour cela, l'outil « Trajectoire », utilisé par certains territoires comme outil d'orientation, -plutôt performant selon nos adhérents-, devrait être repensé en conséquence de l'évolution à venir de l'offre, harmonisé et diffusé obligatoirement sur le territoire national pour une utilisation systématique.

Toutes ces mesures ont pour objectif commun d'éviter que les personnes âgées ne fréquentent l'hôpital pour de mauvaises raisons. C'est aussi à l'aune de cet objectif qu'il faut peut-être comprendre l'accent mis par le



Président de la République dans son discours du 13 juin sur la nécessité, demain, de médicaliser plus encore les EHPAD. Comme une volonté de **faire de l'EHPAD un centre des ressources évitant le plus possible toute hospitalisation inutile.**

La loi prévue en 2019 tout comme la Stratégie de transformation du système de santé annoncée à l'automne 2018 doivent être l'occasion de s'interroger sur les liens entre le champ médico-social du grand âge et les différentes composantes du secteur sanitaire :

- **Avec l'offre de moyen séjour** pour mieux articuler les zones de compétences entre EHPAD, SSR et services de Géro-nto-Psychiatrie.
- **Avec l'offre de court séjour** pour traiter de façon transparente la logique qui entraîne les hôpitaux, en raison de leur mode de tarification, à souhaiter souvent le départ le plus précoce possible des patients âgés et celle des EHPAD réticents, avec les moyens qui sont aujourd'hui les leurs, à accueillir des patients trop lourds.
- **Avec les services d'urgence et enfin**, car là réside certainement le point le plus problématique tant le recours indu aux urgences constitue un véritable traumatisme pour la personne âgée et pourrait souvent être évité par une meilleure organisation.

## Avoir une approche réfléchie et mesurée de l'offre future

Au-delà de la forme et de la qualité que prendra l'EHPAD de demain, viendra rapidement en débat la question de la quantité de l'offre supplémentaire nécessaire à l'horizon 2030-2040. Faut-il oui ou non autoriser de nouveaux établissements et services ? Sur cette question, le contexte est marqué par deux évolutions contradictoires :

- La première évolution, c'est celle qui, depuis 2010 et l'entrée en vigueur de la loi HPST, a fortement réduit le volant de nouvelles créations d'EHPAD. Certes, chaque PLFSS prévoit chaque année la création de quelques milliers de places mais à un rythme qui rompt avec la période très dynamique d'autorisations qui a jalonné les années 90-2010.
- La seconde évolution est à venir : c'est la progression, à partir de 2030, du nombre de personnes âgées en perte d'autonomie et, dès 2025, du nombre des 80 ans et plus.

**Faut-il donc rouvrir massivement le robinet des autorisations ?** La réponse est « oui » quand on regarde l'évolution à venir des personnes âgées dépendantes.

On le voit ici : les simulations réalisées par le Cabinet Roland Berger sont certes mécaniques puisqu'elles calculent le nombre de lits supplémentaires nécessaires dans l'hypothèse où le taux d'institutionnalisation demeurerait identique, ce qui n'est ni probable... ni exclu. **Les évaluations porteraient alors sur 62 000 places supplémentaires d'ici 2030 et sur 135 000 places**

**nouvelles entre 2030 et 2040, soit 197 000 places dans les 22 ans à venir, soit 9 000 places par an.**

La réponse sera en revanche plus mesurée si l'on prend en compte trois autres facteurs : l'arrivée à un âge de plus en plus tardif en EHPAD ; des taux d'occupation qui demeurent dans certains territoires bien en deçà des 100% et des stratégies de maintien à Domicile de plus en plus affirmées.

**Personne ne peut donc à ce stade avoir de certitudes sur la nature et la quantité de l'offre à déployer dans les 15 ans à venir.**

Nous pensons donc utile de créer un **groupe d'étude rattaché à France Stratégie** qui serait en charge d'étudier sereinement les besoins à l'horizon 2030 puis 2040 tant en matière d'EHPAD que de services d'aide et de soins à Domicile ou de RSS.

*Nous pensons donc utile de créer un groupe d'étude rattaché à France Stratégie*

Mais au-delà des seuls besoins quantitatifs, il convient aussi de prendre en compte **la nécessité de rénover voire de rebâtir des établissements anciens**, et ce donc à quantité d'accueil inchangé. Certes comme le montre le tableau suivant, ce défi est surtout celui du secteur public puisque les EHPAD publics constituent 60% des EHPAD datant d'avant 1971.

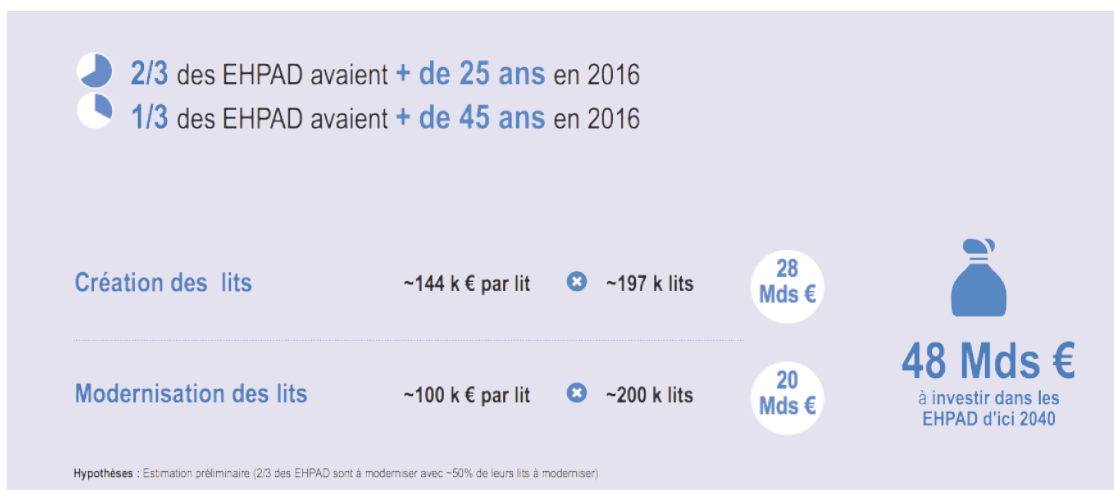
Quelles que soient les fourchettes privilégiées en termes de création et/ou de rénovation d'EHPAD dans les 20 prochaines années, une seule certitude : **il faudra investir plusieurs dizaines de milliards d'euros.**



**Le besoin d'accueil va s'intensifier pour tous les types de structures : +216 000 places à l'horizon 2030 et même +280 000 à 2040**

# Pour un « big bang » de l'offre

Ces besoins pourraient nécessiter 48 Mds € à horizon 2040 ne serait-ce que pour créer et renover les EHPAD...



Etude sur "L'accompagnement de la perte d'autonomie en France" Roland Berger - septembre 2018

Une simulation réalisée par le Cabinet Berger montre que, construction et rénovation comprises, la facture pourrait être de 48 milliards d'euros d'ici 2040 répartis entre 28 Mds € de création et 20 Mds € de rénovation

Il est fort peu probable que des dotations publiques permettront à elles seules de financer de tels investissements. En raison de la crise budgétaire des Conseils Départementaux puis de la diminution continue depuis 2006 des Plans d'Aide à l'Investissement de la CNSA, l'Etat aura du mal, seul, à relever ce défi. **Dès lors, il faudra bien tenter de mobiliser des fonds privés pour financer la rénovation immobilière du secteur public.**

Le SYNERPA souhaite, là aussi de manière réfléchie et prospective, que soit correctement évaluées les sommes nécessaires à l'adaptation quantitative et qualitative du parc d'EHPAD. Non pour solliciter des fonds publics supplémentaires mais plutôt pour voir où, quand et comment mobiliser des fonds privés.

**Il est donc indispensable de créer un Grand Plan d'investissement 2020-2030 dont les investisseurs privés seraient les principaux pourvoyeurs.**

Enfin, l'offre peut être aussi évaluée en fonction du type de besoins spécifiques exprimés par telle ou telle population. On pense d'abord évidemment aux personnes en situation de handicap et notamment de handicap mental qui, comme leur famille, vont vieillir. Ce phénomène, nous le connaissons depuis longtemps. Les premiers rapports datent des années 90. Mais dans ce domaine, les réponses continuent de balbutier.

## Pour une mesure objective de la qualité

Il faut le redire haut et fort : l'élévation du niveau de qualité fut la grande affaire de la précédente décennie. **Jamais, le niveau de confort, la qualité architecturale, la taille des chambres, la surface des parties communes et des locaux de soins, la participation des familles, la formation des personnels, n'avaient connu une telle progression en aussi peu de temps.**

En l'espace de 15 ans, la face du monde des EHPAD en a été profondément bouleversée. Ce constat, pourtant objectivement évident, jure avec l'ambiance du moment où l'EHPAD-bashing bat son plein dans les médias. Les récents mouvements sociaux en EHPAD ont entraîné moult reportages et articles charriant une image déplorable de la qualité des services dans ces établissements. Personne, ni les professionnels, ni les pouvoirs publics, n'a pourtant intérêt à ce que les français perdent confiance dans leurs maisons de retraite. **Objectiver la qualité pour sortir des jugements irrationnels : voilà l'enjeu.**

*Objectiver la qualité pour sortir des jugements irrationnels : voilà l'enjeu*

Au moment où vient de s'opérer une transition entre l'ANESM et la Haute Autorité de Santé (HAS), nous devons rappeler que notre secteur a moins besoin d'opuscules ou de « recommandations » que d'une démarche structurée et pilotée au niveau national, adaptée aux caractéristiques des établissements et services. L'heure est à la modernisation du dispositif pour le rendre plus performant et à la hauteur des enjeux du secteur. »



A ce stade, quelques règles claires méritent d'être rappelées :

- Il est essentiel de lier les processus d'évaluation interne et externe au Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) et à des projets d'établissements, qui méritent d'être plus ambitieux et prospectifs.
- Il est tout aussi important d'élaborer un référentiel national d'évaluation interne et externe qui devrait contenir un socle d'indicateurs nationaux inspiré des recommandations de bonnes pratiques, du tableau de bord de la performance de l'ANAP, des objectifs de la Stratégie Nationale de Santé (prévention, nutrition, activité physique...).
- Pour favoriser la dynamique de parcours, il serait utile de distinguer clairement un socle commun à tous les ESMS et des parties spécifiques en fonction de types de services (EHPAD, SAAD, SSIAD, MAS, FAM...).
- Enfin, il conviendra de revoir en profondeur les modalités d'évaluation. On parle ici tant des

procédures méthodologiques que des organismes en charge de cette évaluation. Sur ce point, le foisonnement des organismes habilités fut peut-être au début une étape nécessaire. Il est devenu aujourd'hui un point faible nuisant à la qualité comme à la crédibilité des évaluations.

**Ces outils doivent désormais être rendus publics pour que les consommateurs que sont les personnes hébergées et leurs familles, aient à l'avenir une vision claire, objectivée et certifiée de la qualité des prestations.**

La valorisation des pratiques, des projets et la communication des évaluations permettront de rassurer le grand public et de favoriser la transparence, gage de confiance.

Dans le même esprit, le SYNERPA s'impliquera dans l'élaboration de questionnaires de satisfaction nationaux destinés à mieux prendre en compte l'avis et les besoins des personnes.

Enfin si l'amélioration des pratiques est un réel enjeu, l'utilisation des CPOM comme outil de pilotage régional est à renforcer. Des efforts restent à réaliser tant au niveau des projets et des actions menées que des perspectives de financements alloués. La perspective du déploiement des incitations financières à la qualité dans le secteur médico-social est une opportunité à saisir.

# Sans les salariés, rien de possible

*« Il n'y a de richesse que d'hommes » écrivait le philosophe Jean Bodin au XVI<sup>e</sup> siècle. Plus que jamais cet adage vaut pour les EHPAD, les Résidences Services et les services d'aide et de soins à Domicile. La qualité d'une structure d'accompagnement est directement indexée sur la qualité de son personnel. Et la qualité du personnel est directement indexée sur la qualité de la formation et, de manière générale, sur la qualité de vie au travail.*

Des salariés formés, motivés, impliqués : voilà une condition sine qua non pour qu'un EHPAD ou un service à Domicile, délivre un accompagnement de qualité. C'est d'ailleurs bien, sur cette question des personnels, qu'ont porté les récents mouvements sociaux dans les EHPAD. Leur bien-être, leur motivation, leur nombre, leur rémunération, leur formation, parfois leur souffrance : ces sujets sont suffisamment fondamentaux pour que le SYNERPA en ait fait depuis des années sa priorité.

## Un secteur à l'énorme potentiel social

On ne dira jamais assez à quel point la filière du Grand âge est, au moins pour trois raisons, une des filières économiques françaises les plus prometteuses des 30 prochaines années.

- **Ce secteur est d'abord fortement créateur d'emplois.**

Régulièrement, le secteur de l'aide aux personnes âgées est cité parmi les secteurs les plus pourvoyeurs d'emplois en France. La DARES estime ainsi à 200 000 le nombre d'emplois soignants et non-soignants qui pourraient être créés dans les 10 prochaines années dans le secteur des EHPAD tandis que le besoin d'emplois dans l'aide à Domicile est évalué à 150 000 postes. Etant données les évolutions démographiques des 20 prochaines années, le secteur de l'aide et du soin à la personne âgée apparaît comme **la plus grande des assurances anti-chômage.**

- **Ce secteur est en pleine mutation**

Au-delà de son évolution quantitative, le secteur du Grand Âge est également au cœur d'une mutation qualitative. Loin de l'image d'Épinal de l'aide-ménagère, **les métiers du Grand Âge sont désormais confrontés aux révolutions numériques, à la modernisation des méthodes d'accompagnement et aux évolutions de management.** Surtout, ce secteur est plus que jamais imprégné des valeurs d'humanité et de fraternité auxquelles sont attachées les nouvelles générations.

- **Un secteur propice aux évolutions de carrière**

Enfin, le secteur du Grand Âge permet des carrières et des réussites individuelles étonnantes. Combien de cadres d'EHPAD ont débuté secrétaires ou aides-soignants ? Combien de jeunes sortis de l'école sans diplômes en ont acquis « sur le terrain » grâce à des formules d'alternance ou d'apprentissage ? En faisant la part belle au sens des relations humaines, ces carrières permettent des parcours professionnels divers et riches.

## La lutte contre la pénurie de personnels

Malgré les atouts objectifs de ces carrières, force est de constater que ce secteur d'activité souffre d'une pénurie endémique de personnels et de vocations qui a même eu à s'aggraver ces derniers temps. Or, l'évolution de la pyramide des âges des soignants, du médecin coordonnateur aux IDE, en passant par les aides-soignantes, ne laisse qu'augurer une aggravation de la situation dans les 10-15 prochaines années si rien n'est fait.

**Le Président de la République et la Ministre de la Santé, viennent dans le Plan Santé 2022, de décider de supprimer le numerus clausus des médecins, illustrant ainsi qu'une politique publique volontariste est possible.**

Il faut donc prendre le problème à la racine et commencer par lutter contre la désaffection des jeunes pour ces métiers du Grand Âge puisque de l'aveu des responsables locaux les écoles et autres centres de formation ne parviennent plus aujourd'hui à trouver un nombre suffisant de candidats. Récemment, un propos du Président de la République a fait polémique : il interpellait un jeune horticulteur en recherche d'emploi en lui expliquant que le secteur de la restauration souffrait de demandes non satisfaites. Mais la réalité vécue dans notre secteur est la même : le SYNERPA avait l'habitude de participer depuis de nombreuses années au salon Paris pour l'Emploi où nos adhérents étaient en capacité de proposer plusieurs milliers d'emplois. Problème : ils ne voyaient venir vers eux que des jeunes diplômés dans d'autres domaines que l'aide aux personnes âgées. Quant aux plus diplômés, peu de chances qu'ils embrassent des carrières dans ce secteur, mal aimé parce que mal connu, le secteur du grand âge est pourtant un secteur moderne, ou tous les profils ont une carrière possible.



Là encore, il convient d'entreprendre une politique qui s'attaque à la source du problème :

- **D'abord en menant des actions spécifiques auprès des publics scolaires** (stages de 3<sup>e</sup> ou quête d'une structure d'accueil en Bac Pro ou BTS). Une opération nationale d'envergure pourrait être envisagée avec les Conseils Départementaux qui ont la particularité d'être responsables des EHPAD, des SAAD et des collèges. C'est là que des vocations pourraient naître pour se diriger ensuite vers des diplômes d'aide-soignante ou d'auxiliaire de vie.
- **Ensuite en développant l'apprentissage** qui reste trop peu développé encore dans notre secteur. Aujourd'hui, l'apprentissage dans la branche de l'Hospitalisation Privée représente 30 millions d'euros et seuls 10 Centres de Formation des Apprentis se sont créés en France dans ce secteur. C'est trop peu. Et l'apprentissage doit pouvoir être un dispositif ouvert à tous les métiers, soignants, non soignants, de niveau BAC au BAC + 5.
- **Enfin, en lançant une grande campagne gouvernementale d'information et de sensibilisation en faveur des métiers du Grand Âge.**  
Admettons qu'il devient anormal qu'une campagne médiatique n'ait jamais été lancée pour promouvoir un secteur d'activité potentiellement créateur de centaines de milliers d'emplois (soins, accompagnement, animation, restauration, hôtellerie...) quand de telles campagnes en revanche se déploient régulièrement pour recruter dans la Police ou l'Armée. Or, pour lancer une telle initiative, nul besoin d'attendre la loi de 2019.

*Enfin, en lançant une grande campagne gouvernementale d'information et de sensibilisation en faveur des métiers du Grand Âge*

Ajoutons que cette campagne se révèle nécessaire voire obligatoire après tous les reportages qui ont fini de réduire encore les aspirations des jeunes, voire des professionnels en reconversion, à rejoindre le secteur !

Cette campagne doit se faire en partenariat avec Pôle emploi présent sur tous les territoires pour pouvoir proposer des carrières, des formations aux demandeurs d'emploi et leur offrir un métier d'avenir !

## Le Grand Âge : un terreau fertile pour l'innovation sociale

Loin d'être un domaine d'activité en panne, le secteur du

grand âge a mené depuis des années une politique sociale ambitieuse et dynamique au moins dans trois domaines :

### ■ Une politique conventionnelle active

Dès 2002, le secteur de l'Hospitalisation Privée a mis en place une Convention Collective Unique (CCU) dotée d'une annexe spécifique intégrant une grille de classification et des dispositions particulières sur le champ des EHPAD. Cette convention collective n'a eu de cesse d'évoluer au cours des 15 dernières années.

**Une grille de classification des rémunérations, évolutive**, révisée à 2 reprises en 2008 et 2013, qui fait l'objet aujourd'hui d'un nouveau travail de révision avec un triple objectif : s'adapter à la réalité pour faire évoluer les emplois, intégrer les nouveaux métiers et valoriser certaines fonctions.

Cette grille de classification est accompagnée chaque année d'une revalorisation salariale négociée avec les partenaires sociaux. Les salaires sont ainsi augmentés chaque année et la **fidélisation des personnels encouragée par une prime d'ancienneté de 1% à chaque date anniversaire.**

### ■ Une politique de prévention des risques

La Prévention des risques professionnels est un axe majeur sur lequel travaille le SYNERPA depuis plusieurs années. Parce que notre secteur d'activité est souvent décrit comme comprenant des métiers difficiles, le SYNERPA a mis en place en place un partenariat avec la CNAM et l'INRS pour concevoir un référentiel de formation inédit et spécifique aux EHPAD : le dispositif HAPA « hébergement, accompagnement et accueil des personnes âgées ».

Ce dispositif est désormais pleinement intégré dans le paysage des EHPAD adhérents permettant aux CARSAT d'être en lien direct avec les établissements pour mettre en place des démarches de prévention des risques professionnels. Le SYNERPA travaille aujourd'hui à son adaptation au secteur du Domicile.

Depuis 2010, le SYNERPA a ainsi signé des conventions nationales d'objectifs avec la CNAM pour permettre aux établissements et aux services de bénéficier de subventions pour accompagner les démarches de prévention des risques formation, équipement (rails aux plafonds, dispositif d'alerte, anti-chutes). Au final, près de 10 millions d'euros de co-financement, ont été investis par les Carsat, via la signature de contrats de prévention

# Sans les salariés, rien de possible

## ■ Une politique de formation ambitieuse

Avec une contribution de 100 millions d'euros versée par les entreprises, la branche de l'Hospitalisation privée (FHP/SYNERPA) a autofinancé, chaque année, pendant une décennie, des milliers de formations d'aide-soignant, d'accompagnement éducatif et social, d'infirmiers, de directeurs de structures. **Tous les niveaux d'emploi ont pu bénéficier d'une véritable politique de formation, la branche en ayant fait un outil central du management.**

Toutes les voies de la formation ont été plébiscitées : alternance avec le contrat et la période de professionnalisation, l'apprentissage, la VAE... Le secteur s'est sans cesse adapté aux différentes réformes pour développer, via l'ensemble des dispositifs, la formation des personnels.



## ■ Une politique d'amélioration de la Qualité de Vie au Travail

Quant aux actions sur la **Qualité de vie au travail (QVT)**, elles ont un rôle essentiel pour attirer et fidéliser le personnel. À ce titre, les préconisations issues du groupe de travail mené en ce début d'année 2018 par la Direction Générale de la Cohésion Sociale mériteraient d'être plus largement diffusées et à être transformées en indicateurs-clés, notamment dans les référentiels que ne manquera pas de préparer pour demain la Haute Autorité de Santé.

## Repenser la formation

Lutter contre la pénurie de personnels et fluidifier les parcours professionnels nécessitent de repenser assez largement la formation et d'en assouplir les rigidités.

## ■ Améliorer la formation initiale

Les changements que nous appelons de nos vœux doivent s'opérer **dès la formation initiale en développant les modules spécifiques de gériatrie et de gérontologie**, notamment dans les domaines les plus sensibles que sont la Maladie d'Alzheimer et les maladies neuro-dégénératives, domaines dans lesquels les jeunes soignants sont encore insuffisamment formés.

D'autres champs doivent faire l'objet **de formations spécifiques tels que l'accompagnement de la fin de vie ou les approches non médicamenteuses**. Or, ces modules ne sont pas encore assez intégrés dans la formation initiale des AS et IDE et nécessitent dès lors des formations de remise à niveau dans les établissements et services.

## ■ Dynamiser la VAE et créer des paliers diplômants intermédiaires

Pour « débloquer » la situation, le monde de l'aide aux personnes âgées mériterait de **mettre au cœur de son système de formation la Validation des Acquis de l'Expérience**. Les années ont montré combien des personnels à la formation initiale faible mais à la motivation maximale pouvaient progresser et mener une véritable carrière évolutive au sein des EHPAD ou des SAAD-SSIAD. Mais ces mêmes années ont aussi montré que beaucoup de salariés, compétents dans leurs métiers, le sont moins dans l'expression écrite et orale et que certaines catégories de personnel, par manque de confiance ou du fait de lacunes, n'osent pas s'engager dans des dispositifs de VAE et moins encore vers des concours. Il faut donc adapter nos dispositifs aux forces et faiblesses de ces professionnels comme il faut en finir avec des formations trop normées qui sont parfois un obstacle à un accompagnement adapté aux personnes âgées.

**Enfin, partenaires sociaux et puissance publique doivent élaborer un dispositif spécifique aux métiers du grand âge** qui permettent notamment de traiter les marches de l'escalier les plus compliquées à grimper soit, le passage d'Agent de Service Hôtelier (ASH) à AES, soit le passage d'AES à Aide-soignante.

Et à cet égard, rien n'empêche d'être innovant en permettant aux EHPAD d'assumer eux-mêmes une partie de la formation initiale. Ils savent en effet former, suivre, corriger les pratiques et pourquoi pas diplômer. De fait, **une formation via un MOOC d'assistant(e) gériatrique** ou d'accompagnant(e) gériatrique portant sur les techniques de bases de prise en charge, de stimulation, de manutention, de soins de base, ... auprès

des personnes âgées en perte d'autonomie permettrait, sous validation d'une commission départementale, de diplômer des milliers de personnes fondamentalement utiles à la prise en charge quotidienne des soins. Cela permettrait également, à l'issue de 2 ans d'exercice dans l'établissement et une fois leur diplôme obtenu via le MOOC de se raccrocher à la procédure de VAE d'Aide-Soignante. L'ascenseur social et l'attractivité de nos métiers s'en trouveraient ainsi confortés et renouvelés.

### ■ 2019 : Une réforme d'envergure de la Formation Professionnelle

La loi « Pour bien choisir son avenir professionnel » et son important volet « Formation Professionnelle » pourrait être, si tous les acteurs se prêtent au jeu, un véritable tremplin pour les métiers du soin et de l'accompagnement à la personne fragile qui souffrent d'une pénurie, non seulement française, mais européenne et mondiale.

Le gouvernement souhaite, en effet, dès janvier 2019, supprimer les nombreux OPCA (organismes collecteurs et redistributeurs des fonds de formation) et les transformer en OPCO (Opérateurs de compétences) regroupant des filières ayant en commun une pertinence économique ainsi qu'une pertinence métier.

Le rapport Marx-Bogorski, paru à la mi 2018, recommande une dizaine d'OPCO maximum dont un OPCO unique Santé-Médico-Social, regroupant les secteurs associatifs et commerciaux, voire même en étroit partenariat avec le secteur public.

Exit donc UNIFAF, UNIFORMATION, ACTALIANS, AGEFOS, OPCALIA... Et Bienvenue donc au 1<sup>er</sup> janvier 2019 à un unique OPCO Santé-Médico-Social.

Longtemps dubitatif face à un tel regroupement, le SYNERPA, toujours pragmatique, y voit désormais une formidable opportunité de valoriser les métiers du soin et de l'accompagnement à la personne fragile, dangereusement en tension, et d'obtenir, de fait, des financements plus importants auprès du nouvel opérateur national « France Compétence » qui aura, quant à lui, pour rôle de redistribuer les fonds de formation, qui seront à compter de 2019 collectés par les URSSAF...

Les syndicats professionnels ainsi que l'ensemble des partenaires sociaux, toutes branches confondues, ont donc quelques mois seulement pour mettre en œuvre cette franche révolution silencieuse, en traçant les contours de leur nouvel OPCO et en y organisant la gouvernance... Tout un programme dans lequel le SYNERPA comptera assurément.

## Redéfinir les missions des soignants en EHPAD

Plus fondamentalement, ce sont les fonctions exercées par les soignants en EHPAD qu'il convient de remettre en question à moyen et long terme. Trois questions se posent :

### ■ Le tryptique du « cure »

Depuis les années 2000, les EHPAD fonctionnent sur la base d'un trio AS / IDE / MC, soit des fonctions issues de la culture curative du système hospitalier. Encore aujourd'hui, il faut une attitude particulièrement volontariste pour utiliser sa dotation « soins » à autre chose qu'à ce trio.

Les EHPAD ont néanmoins pu, au fil de la médicalisation, se doter de nouvelles compétences : Ergothérapeute, Psychomotricien, Psychologue, mais aussi Diététicien ou diplômé de STAPS. Toutes ces nouvelles professions qui vont au-delà du « cure » sont désormais très présentes, très actives et très appréciées en EHPAD. Renforcer leur temps de présence et leur rôle nous paraît aujourd'hui essentiel.

### ■ La création de postes intermédiaires

Au-delà de la VAE, les EHPAD sur le terrain, constatent à quel point il est compliqué pour une aide-soignante de passer les diplômes d'infirmière.

C'est la raison pour laquelle de nombreux professionnels revendiquent la création d'une fonction intermédiaire entre l'Aide-Soignante et l'IDE. Tout en maintenant un diplôme d'AS de niveau V, il faut poursuivre la création d'un diplôme d'AS de Niveau IV comme cela a été annoncé dans le Plan Métiers présenté par Agnès Buzyn. A l'instar de ce qui a été fait avec le nouveau statut d'IDE de « pratique avancée », l'émergence d'Aides-Soignantes devenues Assistantes de Soins Techniques permettrait d'acter des évolutions de tâches de l'IDE vers l'aide-soignante afin que les normes rejoignent la réalité. On pense notamment ici à la distribution des médicaments, à la lecture des bandes glycémie, aux aspirations endotrachéales, au passage sous-cutané...

*C'est la raison pour laquelle de nombreux professionnels revendiquent la création d'une fonction intermédiaire entre l'Aide-Soignante et l'IDE*

Toutes ces initiatives doivent permettre de renforcer la responsabilité d'une AS pour mieux lutter contre le nomadisme dont elles font de plus en plus l'objet. Un nomadisme qui se traduit par une volonté croissante de refuser les CDI pour préférer multiplier les CDD.

# Sans les salariés, rien de possible

## ■ Le renforcement des missions du Médecin Coordonnateur

Le renfort d'un médecin coordonnateur a constitué un des grands acquis de la réforme de la tarification des années 2000. Aujourd'hui, l'attractivité de cette fonction s'est émoussée et il est dorénavant de plus en plus difficile de trouver un médecin coordonnateur. Il est peut-être **temps désormais d'étoffer sérieusement les missions – donc le temps de travail et la rémunération – du médecin coordonnateur en lui donnant de nouvelles responsabilités** : celle de piloter la télémédecine, de devenir la tour de contrôle de l'activité que l'EHPAD est susceptible de déployer vers le Domicile et, le cas échéant, de voir élargi son droit de prescription.

Car si le droit de prescription permettait de renforcer l'implication du médecin coordonnateur, de créer un lien direct entre ce dernier et chacun des résidents, il pourrait aussi contribuer à en trouver d'abord puis à les fidéliser ensuite. Pour autant, on ne peut taire, ici, les réticences exprimées par certains EHPAD qui s'interrogent légitimement sur l'effet délétère qu'une telle évolution pourrait avoir sur la situation des médecins « de famille » qui aujourd'hui, encore, interviennent nombreux en établissement.

## ■ Reconnaître la fonction d'Infirmière Coordinatrice

Autant le Médecin coordonnateur a des missions définies par décret, autant l'IDEC n'a jamais été officiellement reconnue par aucun texte au-delà d'une mention dans l'arrêté portant cahier des charges des conventions tripartites de 1999. Or, elle a acquis au fil des années une importance toute particulière dans l'organisation des soins et la gestion des équipes. **Reconnaître la mission d'IDEC ou de Cadre de Santé serait de nature à renforcer la légitimité de cette fonction.**

## ■ Développer un véritable parcours professionnel entre EHPAD, Domicile et RSS

Au moment où professionnels et pouvoirs publics réfléchissent à une intégration plus systématique entre EHPAD, SSIAD et SAAD, le premier enjeu est de développer les équivalences entre les formations destinées aux deux secteurs. Tout a été fait, depuis des années, pour séparer Domicile et établissement en matière de métiers, de diplômes, de formations et de conventions collectives.

Par ce cloisonnement, le secteur de l'aide à Domicile à la personne fragile, aux emplois précaires et morcelés,

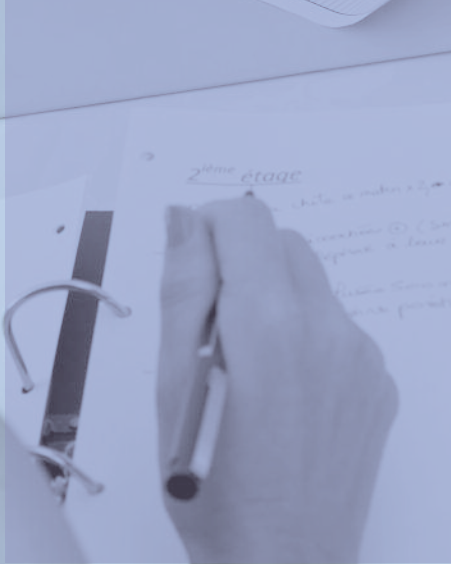


se prive d'un accès direct et simplifié aux métiers en EHPAD, métiers qui sont pourtant à 80% temps plein et CDI, tandis que le secteur des EHPAD, en grande tension sur les métiers, se prive d'un accès direct et simplifié au vivier de nouveaux candidats que constitue le secteur de l'aide à Domicile à la personne fragile, soit un bel arrangement « perdant/perdant ».

Récemment toutefois, la création du diplôme d'Accompagnant Educatif et Social ou encore, la nouvelle représentativité patronale du SYNERPA dans la branche des Services à la personne, branche (SAP) qui étonnamment, négocie la convention collective des structures privées d'aide à Domicile à la personne fragile, contribue progressivement à gommer cette frontière.

**Mais il faut désormais aller plus loin en menant une véritable politique volontariste de regroupement des filières professionnelles EHPAD/Aide à Domicile à la personne fragile et Résidences Services Seniors afin d'enrichir significativement la technicité et l'attractivité des métiers du Grand Âge.**

À cet égard, le regroupement Santé-Médico-Social du futur OPCO, qui doit à notre sens impérativement comprendre les 3 filières EHPAD/RSS/Aide et soins à Domicile à la personne fragile, sera un signal fort et déterminant pour l'avenir.



# Financement : trouver des solutions justes, efficaces et innovantes

*Curieux paradoxe ! Alors que ce gouvernement ne s'était engagé à rien en matière de financement de la perte d'autonomie, le voici potentiellement en position d'être l'auteur de cette grande œuvre législative que le secteur attend depuis 20 ans. S'il est un peu tôt pour s'enthousiasmer, le Président ne s'étant engagé ni sur un scénario, ni sur un montant, il est en revanche bien temps de faire des propositions et de participer au débat citoyen auquel nous appelle la Ministre.*

« Ce nouveau risque, nous en connaissons les évaluations premières : 9 à 10 milliards d'euros, nous disent certains ». Voilà en quels termes s'est exprimé Emmanuel Macron le 13 juin dernier. Il a évoqué un « nouveau risque » et non, comme Nicolas Sarkozy jadis, un « 5<sup>e</sup> risque ».

Ce qui signifie clairement qu'il n'a pas à ce stade arrêté son choix sur un scénario déjà établi. Inconvénient : il n'est pas possible à ce stade d'avoir un avis. Avantage : la page blanche laisse à l'ensemble des partenaires le pouvoir de proposer. C'est à cet exercice que va donc se plier aussitôt le SYNERPA en commençant à distinguer les différents objectifs à financer.

## Quatre blocs à financer

Il nous paraît essentiel pour clarifier le débat d'énumérer les 4 sources de dépenses potentielles.

### ■ L'augmentation des ratios de personnel en EHPAD et à Domicile

*Tout le monde s'accordant à dire que les ratios de personnels soignants en EHPAD et à Domicile sont insuffisants et qu'ils devraient donc être plus élevés*

Ce point est évidemment celui qui a été au cœur de la polémique durant toute l'année 2017/2018, tout le monde s'accordant à dire que les ratios de personnels soignants en EHPAD et à Domicile sont insuffisants et qu'ils devraient donc être plus élevés.

Il est vrai qu'ils sont insuffisants. Il est vrai que tout EHPAD ou Service à Domicile fonctionnerait mieux s'il avait des dotations et tarifs, dépendance et soins, plus généreuses. Il est vrai enfin que beaucoup de pays voisins

ont des ratios de personnels soignants plus élevés qu'en France. Pour un EHPAD de 100 lits, l'Espagne aura 40 soignants, l'Allemagne 38, la Belgique 35 tandis que la France plafonne péniblement à 33...en queue de peloton...

Dès lors, sur cette année 2017/2018, chacun y est allé de son vœu. Caroline Fiat, députée de la France Insoumise, propose d'atteindre sur 4 ans un ratio de 60 personnels soignants pour 100 résidents. Le rapport du

Conseil Economique, Social et Environnemental a fait la même suggestion. Une suggestion à quelques 4 ou 5 milliards d'euros...

Pour l'heure, le financement dédié à cette hausse de l'encadrement en personnel en EHPAD notamment, est nettement plus modeste puisque la Ministre l'a évalué à 360 millions d'euros entre 2019 et 2021, soit 120 millions d'euros par an, soit environ 3 500 postes soignants supplémentaires par an pour 7 000 EHPAD. Soit in fine, un demi-poste par an et par EHPAD...

Il est sûr qu'à ce rythme, nous ne risquons pas de rattraper nos voisins européens qui sont déjà à près de 8 à 10 soignants de plus par structure...

### ■ La construction de nouveaux EHPAD et la rénovation des anciens

Nous l'avons dit plus haut : la construction et la rénovation de lits nécessaires pour affronter le défi démographique à horizon 2040 se chiffrent en dizaines de milliards d'euros (entre 40 et 50 Mds €). Certes, une grande partie de ces coûts devront être pris en charge, d'une manière ou d'une autre, par des investisseurs privés. Mais étant donné le parc d'EHPAD publics à rénover, on imagine mal que le coût soit indolore pour l'Etat.

### ■ Le coût pour l'assurance maladie de l'offre future

Les 360 millions d'euros mentionnés au point 1 ne visent que la médicalisation des établissements existants aujourd'hui et cela est déjà très largement insuffisant. Mais si 60 000 lits doivent être construits à horizon 2030, ils coûteront évidemment aussi en fonctionnement et donc en « médicalisation ». C'est, au bas mot, 500 millions d'euros supplémentaires qui devront donc être mobilisés au fil des ans dans les PLFSS successifs.

### ■ Enfin, la solvabilisation des personnes âgées à Domicile comme en établissement

Au fond, c'est de cela dont il s'agit essentiellement lorsqu'on évoque un potentiel 5<sup>e</sup> risque. Comment réduire la facture pour les résidents qui absorbent au fond plus de 60% du coût global ?

Ce qui est ici ciblé à travers ce nouveau risque, ce sont bien les frais personnels engagés tant pour les différents tickets modérateurs « dépendance » liés à l'APA que pour l'hébergement en EHPAD ou des heures d'aide à Domicile, les soins étant déjà intégralement pris en charge par l'assurance maladie.

Le Chef de l'Etat ne s'engage pas dans le financement d'un nouveau risque pour financer uniquement le « ticket modérateur » de l'APA en EHPAD... C'est bien aussi l'hébergement – le gros de la dépense des familles – que vise ici la solvabilisation d'un nouveau risque. Quant au Domicile, sont visés évidemment tous les frais d'aide à Domicile qui sont non seulement insuffisants en volume (en nombre d'heures) mais également en prise en charge (parfois moins de 18 €/heure).

Et c'est là évidemment que toute évaluation devient hasardeuse, puisque les familles financent aujourd'hui plus de 6 milliards d'euros en EHPAD, en prix de journée « Hébergement » et tickets modérateurs « dépendance », l'évaluation du reste à charge à Domicile étant plus aléatoire.



## Deux questions à trancher

Dans ce vaste débat qui s'engage, le SYNERPA doit prendre toute sa part. Sa part « professionnelle » quand les intérêts des EHPAD, des RSS, des SSIAD-SAAD sont directement en jeu ; sa part « citoyenne » lorsque nous serons invités à réfléchir à des questions qui n'impactent pas directement la marche quotidienne de nos structures.

### ■ Quelle évolution en matière de tarification des EHPAD et des Services à Domicile ?

Le rapport Ricordeau l'a montré avec brio : la réforme tarifaire actuellement en cours est loin de régler tous les

problèmes et d'épuiser le débat du financement des soins et de la dépendance en EHPAD. Pour le SYNERPA, les choses sont claires : il est essentiel **de conserver l'esprit de la réforme telle qu'elle a été engagée dans la loi ASV, à savoir** : déterminer les dotations soins et dépendance en fonction de l'unique critère de l'état des personnes hébergées. À cet égard, la très attendue décision du Conseil d'Etat du 9 juillet 2018, suite aux recours d'une dizaine de départements contre cette réforme tarifaire des EHPAD, ne souffre aucune ambiguïté et confirme le total bien-fondé de cette réforme.

Mais puisque le Gouvernement a rouvert le débat, le SYNERPA souhaite en profiter pour reposer **trois débats** :

#### • Le retour à une tarification binaire

Tout le monde s'accorde à trouver les modalités de tarification des EHPAD particulièrement complexes. Tout le monde s'accorde également à considérer comme factice la division entre dépendance et soins, notamment dans le cadre de l'accompagnement des personnes atteintes de troubles cognitifs.

Dès lors, pourquoi ne pas considérer que l'objectif, à moyen terme, devrait nous conduire à revenir à une tarification binaire, Hébergement d'un côté, Soins-Dépendance de l'autre comme l'ont fait, là encore, tous nos voisins européens ?

Une telle démarche permettrait de gagner en lisibilité de financement et de gouvernance, en équité (notamment entre les territoires) mais également en transversalité. Evidemment une telle réforme suppose un accord entre les Départements et l'Etat. Mais pourquoi un tel accord ne pourrait-il être trouvé en rebattant les cartes des responsabilités respectives des uns et des autres ?

Une tarification unique pourrait très logiquement conduire à la définition d'une autorité de tarification unique, les conseils départementaux et les ARS pouvant parfaitement se concerter en amont.

#### • L'ouverture systématique de droit d'option tarifaire

On ne peut assigner aux EHPAD un rôle de prévention et de médicalisation renforcée et lui interdire parallèlement d'opter pour le tarif global de soins. Fermé pendant plusieurs années consécutives, l'accès au tarif global de soins a été rouvert voici cinq ans environ, à hauteur de 10 millions d'euros/an (ce qui constitue un contingentement radical de quelques EHPAD par an à peine). La Ministre a laissé entendre que cette ouverture

# Financement : trouver des solutions justes, efficaces et innovantes

serait encore un peu élargie. Certes, le PLFSS 2019 annonce une ouverture à 20 millions d'euros, au lieu de 10...Le double mais malheureusement bien trop peu...

Car ce que nous revendiquons au SYNERPA depuis toujours, **c'est un véritable droit d'option réel et systématique, persuadés que nous sommes, que les EHPAD qui le souhaitent, peuvent, avec le tarif global, gérer de manière plus efficiente l'organisation et la continuité des soins.**

## • La transformation radicale de la tarification des SAAD/SSIAD

Là encore, c'est un changement radical qui doit prévaloir !

Exit la tarification horaire des SAAD !

Exit le plafonnement de tous les tarifs qui paupérise dangereusement ce secteur d'activité et nuit à la qualité de l'offre !

Exit la tarification uniforme des SSIAD quel que soit l'état de fragilité de la personne aidée !

Exit le cloisonnement des activités, des tarifications et des tarificateurs !

Ce combat, cette revendication, menés et portés depuis des années, deviennent **désormais une condition sine qua non, non seulement de la réussite de toute formule innovante, d'EHPAD à Domicile mais, d'abord et avant tout, de la pérennité économique et sociale des structures.**

Les projets de réforme de la tarification des SAAD et des SSIAD réactivés récemment, mais qui, il faut bien le rappeler, piétinent littéralement depuis une belle décennie, s'envisagent encore aujourd'hui, à la CNSA et à la DGCS, soit au plus haut niveau de l'Etat, dans des groupes de travail séparés.

Si, comme nous l'appelons de nos vœux, un Big Bang de l'offre s'effectue pour voir émerger un acteur global de Services à Domicile (soignants et non soignants). Les conditions du financement de celui-ci et de sa tarification, pour l'unique partie de son activité nécessitant une régulation tarifaire, doit d'ores et déjà, être pleinement refondé pour ne pas constituer un frein à son développement.

L'expérience des SPASAD, qui devait permettre de réduire la frontière entre SAAD et SSIAD et donc entre « care » et « cure », à Domicile, démontre que sans autorisation et financements intégrés de ces services, rien ne sera possible.

Toute l'économie des EHPAD repose sur un prix de journée « Hébergement » comprenant une large part de services (confort, alimentation, animation...) et sur le versement de forfaits soins et dépendance qui permettent mutualisation et gains de productivité.

Toute l'économie de l'aide à Domicile repose sur une tarification individualisée et à l'heure, sous forme de Plans d'aide, variables d'un département à l'autre, qui empêche toute mutualisation et toute conception d'une organisation globalisée. La fin de la tarification horaire constitue aujourd'hui la condition *sine qua non* de la viabilité à long terme de l'économie de l'aide à Domicile.

**EHPAD à Domicile, EHPAD du futur, EHPAD plateforme...** : rien ne sert de verser dans l'incantation si, à un moment donné et, -aujourd'hui est bien choisi-, on ne règle pas rapidement les conditions techniques, réglementaires et financières permettant la faisabilité et la viabilité de ce type de formules.

A notre sens, l'EHPAD à Domicile, peut fonctionner à la condition de lui appliquer la logique tarifaire qui prévaut en EHPAD :

- Un étage « soins - prévention » financé par un forfait Assurance Maladie,
- Un étage « aide à la perte d'autonomie » financé par un forfait APA,
- Un étage « Services de confort et d'aide, d'animation, de restauration » payé par la personne et lui permettant en plus de venir plusieurs fois par mois dans l'EHPAD

Par ailleurs, pourraient être globalisées également **les dépenses de transport sanitaire** qui seraient alors versées au tri-pôle EHPAD-SSIAD-SAAD pour assurer les mobilités nécessaires.

## ■ Quel financement pour la dépendance demain ?

La question du financement de la dépendance s'est invitée soudainement dans le débat politique suite à l'intervention du Président de la République. Personne au fond ne pensait que ce quinquennat serait le théâtre d'une telle réforme.

Si ce débat doit impérativement concerner l'ensemble de la société – et non pas seulement les professionnels de l'accompagnement – le SYNERPA, qui se revendique comme le syndicat du parcours de vie de la personne âgée, doit néanmoins y prendre toute sa place. Il serait peut-être alors judicieux d'affirmer trois messages et de délivrer une proposition :



- **Le premier message consiste à ne pas limiter la question du risque dépendance à la seule question de la solvabilisation des personnes** quand les financements publics auront également à se concentrer, on l'a vu plus haut, sur d'autres objectifs (ratios de personnels, rénovation et construction de lits...)
- **Le deuxième message consiste à rappeler qu'il n'est pas illégitime que les personnes âgées qui en ont les moyens paient.** Cette évidence mérite d'être rappelée au moment où vont arriver à l'âge de la dépendance les cohortes nées en 1945 et dont les revenus ne vont cesser de croître au cours des 20 prochaines années. Qu'il faille se concentrer sur les déciles de revenus les plus bas est une évidence : la solidarité nationale est là pour ça. Mais les personnes âgées de 85 ans et plus qui se situent dans les 3 déciles les plus favorables auront des revenus qui devraient leur permettre de prendre en charge une large part de leurs dépenses. Il faut toujours rappeler qu'aujourd'hui sur 700.000 personnes hébergées en établissement, seules, 116 000 perçoivent réellement l'aide sociale à l'hébergement. Les 84% restants paient seuls ou grâce à leur famille l'intégralité des coûts d'hébergement. Cela ne veut pas dire que cette situation est satisfaisante. Cela signifie qu'une part non négligeable de la population est en capacité de payer et que cette capacité ne va pas s'émousser dans les 20 ans à venir.
- **La troisième idée consiste à creuser toute idée alternative à un risque financé par de nouveaux prélèvements obligatoires.** Nous souhaitons ainsi que puissent être expertisées les solutions consistant à rendre liquide le patrimoine de ceux qui en possèdent. Les seniors étant à 75% propriétaires de leur logement, et celui-ci prenant maintenant une importance particulière lorsqu'on évoque le « parcours résidentiel et/ou de santé » de la personne âgée, les formules tournant autour des logiques de viager doivent être encouragées. Y compris fiscalement.

Mais l'autre idée que le SYNERPA veut encourager, ou pour le moins expertiser, c'est la création d'un véritable étage complémentaire et solidaire. Ce n'est pas parce qu'une solution assurantielle est imaginée qu'elle ne peut pas être solidaire. A un étage de base constitué par l'APA ou par le « nouveau risque » créé par la loi de 2019, nous prônons un système complémentaire comme il en existe en matière d'assurance maladie ou de retraite.



Dès lors, notre proposition consiste pour le SYNERPA à aller tout au long de l'année 2019 à la rencontre de ces institutions (Mutuelles, OCIRP, FFA, Caisse des Dépôts...) pour nouer des contacts et envisager des scénarios liant les financeurs privés (mutuelles, assureurs, retraites complémentaires) et les offreurs de solution que nous sommes.

## Inventer la prise en charge du XXI<sup>e</sup> siècle

*« Inventer la prise en charge du XXI<sup>e</sup> siècle » : l'enjeu formulé ainsi pourrait paraître un brin pompeux. Il n'a jamais au contraire recouvert une réalité aussi urgente et concrète. Quatre (r)évolutions sont face à nous. Elles doivent donc prendre toute leur place dans le débat public et citoyen qui s'ouvre.*

### Les « nouveaux » vieux

Le fait social des 15 prochaines années est clair : l'arrivée des baby-boomers au grand âge va tout bouleverser. En 2030, arriveront en EHPAD les générations nées en 1945. Celles qui avaient 23 ans en mai 68. Fini Edith Piaf. Dans 12 ans en EHPAD, on écouterait les Beatles et les Stones.

Cette génération élevée au biberon de la liberté, du consumérisme et du respect de ses droits et de son autonomie voudra maîtriser son destin. L'appel lancé en mai 2017 par plusieurs acteurs post-soixante-huitards (MM. Kouchner, Gauchet, Pennac, Kahn, Touraine...) et intitulé « Vieux et chez soi » est clair : cette génération ne voudra pas aller en EHPAD et ne voudra pas qu'on l'y contraigne. Le défi est là : s'adapter aux envies de ces « nouveaux vieux ».

### L' « usage » au lieu de la « propriété »

BlablaCar, Uber, AirBnb, Autolib... : tous les exemples montrent que les générations à venir seront plus centrées sur l'usage que sur la propriété. Pourquoi acheter une voiture quand on peut en utiliser une et en changer à loisir ? Pourquoi acheter une maison de campagne quand on peut partout dans le monde avoir son chez soi ?

Cette évolution va toucher tout le monde et tous les secteurs économiques. Qu'on l'appelle « uberisation », « désintermédiation » ou « économie collaborative », elle passera évidemment par le champ du grand âge. Quand ? Comment ? Par quelles portes ou fenêtres ? On ne le sait pas encore. Mais cela viendra assurément. À nous de le prévoir...

Déjà le phénomène consistant à vendre le logement dont on est propriétaire pour louer un appartement adapté dans une Résidence seniors, sécurisée avec Services, participe de cette logique. L'usage plutôt que la propriété.

### La révolution numérique a commencé

Pendant longtemps on a cru que la révolution numérique ne passerait pas la porte des EHPAD. Il n'y avait pas besoin de robots mais bien de personnel. Et

puis...robotique, informatique, GAFAM et personne âgée fragile, cela paraissait...presque antinomique.

Et pourtant, ces certitudes s'écroulent de jour en jour. D'abord parce que les générations qui entreront en EHPAD dans quelques années seront déjà toutes technophiles. Ce sont celles qui à 75 ans ou 80 ans se baladent déjà aujourd'hui sur Facebook, Youtube ou Le Bon Coin. Elles ne cesseront pas d'utiliser « leur » tablette numérique ou leur smartphone sous prétexte qu'elles perdent progressivement leur autonomie.

Ensuite parce que les progrès technologiques et numériques ont, d'ores et déjà, plusieurs applications concrètes, notamment en termes de prévention (auto-diagnostiques, exercices de mémoire...), d'ergonomie ou de lien social (outils numériques de communication entre les résidents et les familles). Dès lors, la diffusion des innovations devient désormais un défi majeur. La CNSA a un rôle à jouer sur ce point en centralisant les innovations, en prévoyant une plateforme permettant aux professionnels de louer de nouveaux outils en attendant (ou pas) leur généralisation.

### EHPAD, RSS, SSIAD, SAAD : des acteurs de la Silver Economie

Enfin, et pour conclure, le secteur du Grand Âge doit désormais s'inscrire pleinement dans l'écosystème de la Silver Economie. Un secteur où évoluent désormais des entreprises comme la Poste, Orange, EDF, Engie, Legrand, le Crédit Agricole, Saint Gobain, Airbnb ou la Caisse des Dépôts.

On peut avoir le réflexe de se dire que ces entreprises sont bien éloignées de l'activité médico-sociale. C'est non seulement de moins en moins vrai, mais surtout, tout ce qui intéresse le vieillissement doit désormais intéresser le SYNERPA. Être pleinement impliqué dans la Silver Economie par le biais de notre présence au sein de « France Silver Eco » et de partenariats avec de grandes entreprises comme avec des start-ups innovantes, est désormais un impératif de développement

### Ici et ailleurs...

Les principaux adhérents du SYNERPA sont désormais présents dans plus de 15 pays étrangers...

Preuve, s'il en était encore besoin, que nous sommes des acteurs économiques d'envergure, investis pour longtemps dans le secteur du Grand Âge et de la perte d'autonomie, au niveau national, européen et mondial.

# HORIZON 2030

## Les 12 propositions du SYNERPA

1

### **Oser une offre globale d'accompagnement**

« Pour un big bang de l'offre » p. 10 à 15

2

### **Réformer le système des Autorisations et des Appels à Projets**

« Pour un big bang de l'offre » p. 16 à 17

3

### **Avoir une approche mesurée et réfléchie de l'offre future**

« Pour un big bang de l'offre » p. 19

4

### **Créer un Plan d'Investissement public/privé 2020-2030 en EHPAD**

« Pour un big bang de l'offre » p. 19 à 20

5

### **Objectiver la mesure de la qualité en EHPAD comme à domicile**

« Pour un big bang de l'offre » p. 20 à 21

6

### **Lancer une campagne de communication nationale en faveur des métiers du Grand Âge**

« Sans les salariés, rien de possible » p. 22 à 23

7

### **Intégrer la gériatrie et la gérontologie à la formation initiale des soignants**

« Sans les salariés, rien de possible » p. 24

8

### **Créer des fonctions intermédiaires entre ASH et AS, entre AS et IDE**

« Sans les salariés, rien de possible » p. 24 à 25

9

### **Développer un véritable parcours professionnel entre EHPAD, Domicile et Résidences Services Seniors**

« Sans les salariés rien de possible » p. 26

10

### **Augmenter les ratios d'encadrement soignant en EHPAD**

« Financement : trouver des solutions justes et innovantes » p. 30

11

### **Réformer la tarification des Services à domicile soignants et non soignants**

« Financement : trouver des solutions justes et innovantes » p. 30

12

### **Solvabiliser les personnes âgées à domicile et en établissement**

« Financement : trouver des solutions justes et innovantes » p. 30 à 31



*Étude*  
**Étude**  
*Étude*  
**SUR**

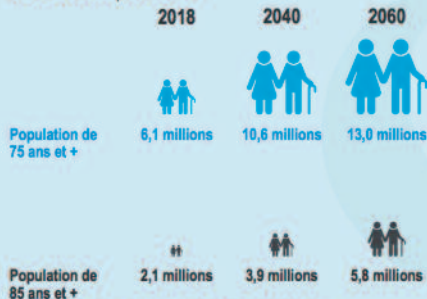
“L’accompagnement  
de la perte  
d’autonomie en France”

SYNERPA/Roland Berger - septembre 2018

# Un bouleversement démographique et social à venir

## L'arrivée du papy-boom à horizon 2040-2060

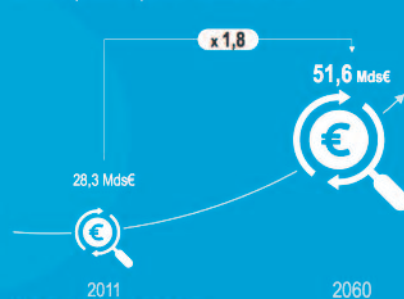
La population âgée française de +85 ans va pratiquement doubler entre 2018 et 2040 et tripler d'ici 2060



Source : INSEE (France) • DDM, données historiques 2016, Projections 2016) ; Roland Berger

## L'impasse budgétaire

La prise en charge de la dépendance représente un coût d'environ 30 Mds € qui devrait quasiment doubler d'ici 2060.



Source : DREES, Ministère de la Santé, Roland Berger

## La durée de dépendance plus longue

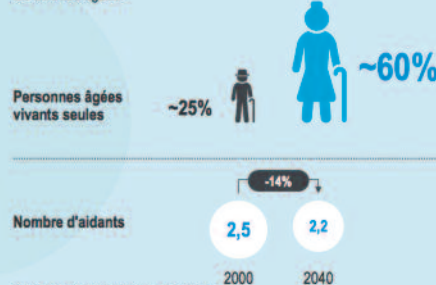
L'espérance de vie sans incapacité augmente moins vite que l'espérance de vie ce qui implique une durée de vie avec incapacité ou en dépendance plus longue qu'auparavant.



Source : INSEE 2016, Roland Berger

## L'évolution des structures sociales

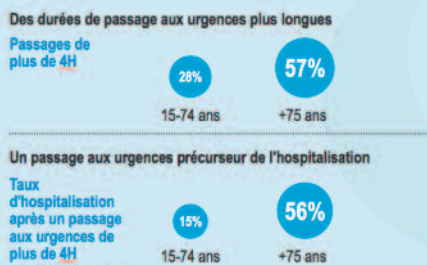
La diminution du nombre d'aîdants familiaux favorise l'isolement des personnes âgées. Le phénomène est particulièrement visible pour les femmes âgées.



Source : Insee (Destine scénario central), Roland Berger

## L'usage des urgences par les personnes âgées

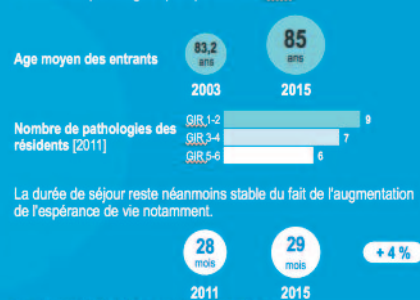
Les + de 75 ans restent aux urgences plus longtemps avant généralement d'être hospitalisés



Source : DREES, Roland Berger

## L'évolution des résidents d'EHPAD

Les résidents en EHPAD y entrent 2 ans plus tard qu'en 2003 et avec de nombreuses pathologies quel que soit leur QIR.



Source : DREES (DREES, QIR, AN) ; Jean de Koningh ; Roland Berger

## Des personnes âgées qui arrivent polymédiquées en EHPAD

Entre 35 et 40% des plus de 75 ans sont polymédiqués (plus de 10 médicaments / jour)



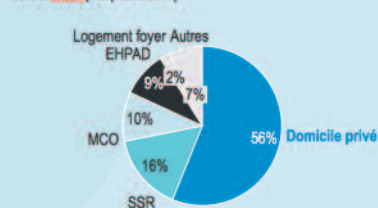
Balaise estimée de la polymédication à l'entrée en EHPAD :

- > Meilleure connaissance du besoin des personnes âgées par le personnel médical (notamment via un suivi médical plus régulier)
- > Évitements des surconsommations

Source : DREES, Roland Berger

## Des résidents en EHPAD provenant principalement du domicile

Plus de la moitié (56%) des résidents en EHPAD y est arrivée directement de leur domicile et environ un quart de SSR gériatrique ou de MCO (hospitalisation)

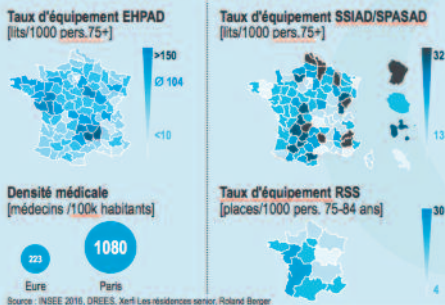


Les personnes âgées privilégient le domicile jusqu'à un niveau de dépendance avancée, pour lequel une chute ou blessure accélère le passage en EHPAD.

Source : DREES, Roland Berger

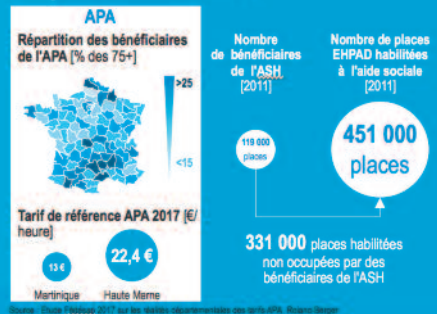
### Des inégalités territoriales fortes...

L'offre et les aides au financement de l'offre sont très inégalement réparties parmi les départements français.



### ... et des aides sociales inadéquates

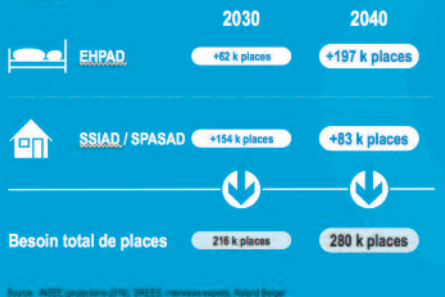
Le nombre de places habilitées à l'aide sociale à l'hébergement est en décalage avec le nombre de bénéficiaires.



Une offre peu adaptée et insuffisante qui va nécessiter un investissement important mais créateur d'emplois

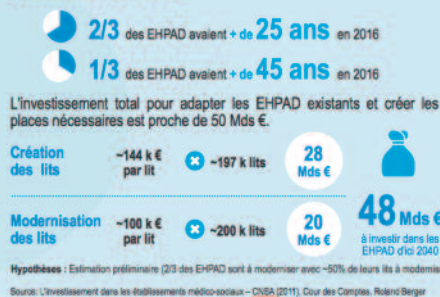
### Un besoin d'accueil qui va s'intensifier...

L'augmentation de la population dépendante pourrait générer un besoin allant jusqu'à ~200 000 places d'EHPAD et ~85 000 places de SSIAD/SPASAD d'ici 2040.



### ... représentant 48 Mds € d'investissement

Le vieillissement du parc d'EHPAD implique un effort important de modernisation pour répondre aux nouvelles attentes des résidents et pour des raisons de sécurité.



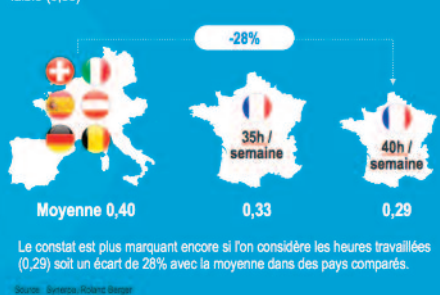
### Un secteur créateur d'emploi

Le secteur de la prise en charge des personnes âgées en EHPAD ou à domicile représente près de 700 000 salariés dont les 2/3 en EHPAD. D'ici 2040, le secteur devrait générer environ 470 k emplois.



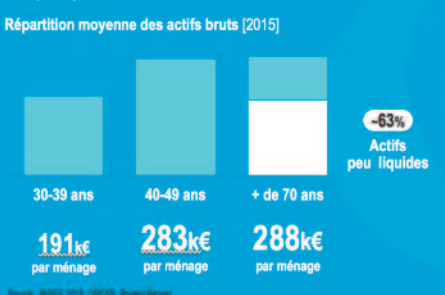
### Notamment pour combler les déficits de personnels soignants

La France est l'un des pays d'Europe avec le ratio soignants / lit le plus faible (0,33)



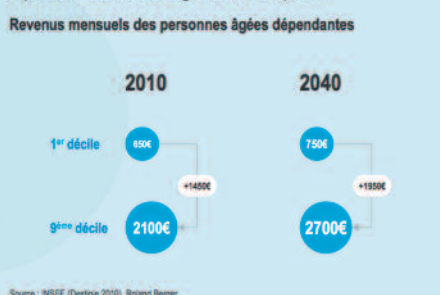
### Un patrimoine important mais peu liquide

Avec un patrimoine moyen d'environ 288 000 euros par ménage, les plus de 70 ans sont relativement solvables, mais ~60% de leurs actifs sont peu liquides.



### et des écarts de revenus qui s'agrandissent

Les écarts de revenus importants entre les personnes âgées dépendantes vont s'accroître d'ici 2040. Le financement de la dépendance doit donc être organisé en conséquence.



Une complexité de financement liée à la liquidité et à l'hétérogénéité des revenus des personnes âgées



**1<sup>ère</sup> CONFÉDÉRATION  
DU PARCOURS  
DE LA PERSONNE ÂGÉE**

Le SYNERPA regroupe 2 500  
adhérents, principaux acteurs  
privés français des EHPAD,  
des Résidences Services Seniors,  
des Services à Domicile à  
la personne fragile.

164, Boulevard du Montparnasse - 75014 Paris  
Tél.: 01 40 47 75 20 - Fax : 01 40 47 75 21 - [contact@synerpa.fr](mailto:contact@synerpa.fr) - [www.synerpa.fr](http://www.synerpa.fr)