



ACTES DU
11^e COLLOQUE
NATIONAL
Les politiques vieillesse

23 JANVIER 2019 PARIS

SEUL LE PRONONCÉ FAIT FOI



SOMMAIRE

LOI GRAND AGE ET AUTONOMIE : LES REVENDICATIONS DE LA FNADEPA..... 3

Jean-Pierre RISO, président de la Fnadepa

DU CURATIF AU PRÉVENTIF, ENJEUX ÉCONOMIQUES ET DE SANTÉ PUBLIQUE..... 9

Pr Françoise FORETTE, directrice d'International Longevity Centre France

UNE NOUVELLE LOI POUR L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES ÂGÉES EN 2019 : QUE PEUT-ON EN ATTENDRE ? 21

Annie VIDAL, députée de Seine-Maritime, membre de la commission des Affaires sociales de l'Assemblée nationale

Benoît CALMELS, délégué général de l'UNCCAS

Jean-Philippe VINQUANT, directeur général de la cohésion sociale

UNE COOPÉRATIVE GESTIONNAIRE D'EHPAD, DE SSIAD ET D'ACCUEIL DE JOUR : PROTOTYPE D'UNE NOUVELLE ORGANISATION..... 36

Sophie QUELENNEC, directrice de la plateforme Lépine de Versailles

NOUVELLE LOI, EHPAD DE DEMAIN, REGROUPEMENTS... : VERS LA FIN DES ESMS ACTUELS ?..... 42

Dr Pierre JEANDEL, directeur médical de l'Association des Foyers de province

Jean-Jacques COIPLLET, directeur général de l'ARS Pays de la Loire

VERS UNE SOCIÉTÉ INCLUSIVE, LES PROJETS DE LA CNSA 53

Marie-Anne MONTCHAMP, présidente de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

CLÔTURE 59

Jean-Pierre RISO, Président de la FNADEPA



Les revendications de la FNADEPA

Jean-Pierre RISO, président de la FNADEPA

Mesdames les Députées,
Mesdames et messieurs,
Chers amis,

Au nom des membres du bureau et d'Annabelle VEQUES-MALNOU, Directrice de la FNADEPA, je vous souhaite la bienvenue à ce 11^e Colloque national sur les Politiques Vieillesse.

Je voudrais d'abord vous transmettre les excuses de Madame la ministre des Solidarités et de la Santé, qui était retenue ce matin par le Conseil des ministres et cet après-midi, par les traditionnelles questions au gouvernement à l'Assemblée nationale.

Je veux ensuite vous remercier pour votre venue en si grand nombre. Vous êtes en effet plus de 320. Votre participation record témoigne non seulement de la densité et de la richesse du programme, mais aussi de votre ambition à participer activement à l'aboutissement d'une période singulière pour notre secteur.

Il est utile de faire un rapide saut en arrière. Ceux d'entre vous qui étaient ici même, il y a pile un an, se souviennent sûrement des manifestants présents à l'ouverture de notre colloque. Rappelez-vous en effet du début 2018 : les personnels des établissements et services pour personnes âgées ont exprimé, au travers d'un mouvement inédit, leur volonté d'un autre modèle d'accompagnement du Grand Âge. Par leur mobilisation, les résidents et leurs familles ont largement contribué au succès de ce mouvement dont la FNADEPA, en tant que Fédération professionnelle de directeurs, a été solidaire.

Je veux remercier ici tous nos adhérents qui, par

leurs actions et leur engagement, ont relayé les positions de notre Fédération. En témoignant ainsi de son entière solidarité avec les équipes et leurs légitimes revendications, le réseau de la FNADEPA a contribué à faire entendre l'ardente volonté de changement de notre secteur.

Ce message a été parfaitement reçu puisque, plusieurs parlementaires se sont saisis du sujet - dont Mme Monique Iborra que je salue et remercie de sa présence et Mme Annie Vidal qui va nous rejoindre tout à l'heure, puis le Président de la République, et enfin, Madame la Ministre des Solidarités et de la Santé. Le 1^{er} octobre s'ouvrait ainsi la Concertation Grand Âge et Autonomie. D'aucuns diront : encore une !

Je veux dire ici la confiance que je place dans les travaux pilotés par Dominique LIBAULT qui se terminent dans les tout prochains jours. Non par naïveté ou opportunisme, mais par conviction et engagement ! Et pas seulement parce que la FNADEPA les a enrichis...

Ma conviction réside dans le constat partagé que notre modèle — à bout de souffle et fréquemment en décalage avec les aspirations de nos concitoyens — ne pourra pas survivre sans une profonde révolution.

Il est urgent d'aboutir à cette réforme qui met en jeu le fondement même du vivre ensemble ! Car notre société doit aujourd'hui être plus inclusive pour répondre mieux aux attentes et aux besoins de tous. Sur ce sujet, les travaux initiés par le Conseil de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie depuis près d'un an constituent une large source d'inspiration pour nos directeurs. Je vous assure que la FNADEPA participe et continuera à participer avec ardeur aux chantiers



de la CNSA car ils portent en eux des projets structurants et ambitieux. Et d'ailleurs Mme Marie-Anne Montchamp viendra vous parler tout à l'heure.

Mon engagement est celui de chacun d'entre vous ; de toutes celles et de tous ceux qui, par leurs précieuses contributions et leur militantisme, nous permettent d'étayer des positions politiques nationales connectées aux réalités des territoires. Je vous en remercie chaleureusement. Votre engagement au sein de notre réseau témoigne au quotidien de la vitalité de nos établissements et services, de la qualité de vie qui y règne et du professionnalisme des équipes qui y travaillent. La participation de tous garantit la réussite collective de notre réseau dans lequel chacun occupe une place unique.

Notre Fédération est associée à l'ensemble des réflexions sur le vieillissement, qu'il s'agisse du Ministère, du Sénat ou de l'Assemblée nationale, de la CNSA et bien d'autres encore. Ce n'est évidemment pas le fruit du hasard : c'est le résultat de positions constructives et courageuses, toujours portées avec exigence et respect. Celles et ceux qui, partout en France portent les engagements de notre réseau auprès des instances régionales et départementales, en font de même.

Chers amis,

Vous l'avez lu, j'ai décidé d'intituler ce moment « Loi Grand Âge et Autonomie : les revendications de la FNADEPA ».

Comme je l'ai évoqué tout à l'heure, après la fin des travaux de la Concertation dans les tout prochains jours, nous allons entrer dans la phase de préparation de cette grande loi promise avant la fin de l'année.

Et, dicton rugbyistique bien connu, « pour transformer l'essai », je vais maintenant poser devant vous nos axes prioritaires de

revendications. Il y en a huit.

Axe n° 1 : Des moyens financiers enfin à la hauteur.

Même s'il faut reconnaître les efforts réalisés ces dernières années en la matière, force est de constater que les moyens financiers restent aujourd'hui très insuffisants. Ils le sont tout autant à domicile qu'en établissement puisqu'ils ne permettent pas de répondre efficacement aux besoins et aux attentes de nos aînés confrontés de plus en plus souvent à la grande perte d'autonomie.

La FNADEPA milite donc pour que des moyens à la hauteur et pérennes soient enfin alloués à l'accompagnement du Grand Âge dans notre pays. Combien, me direz-vous ? Selon le Haut Conseil de l'Âge, environ 7 milliards d'euros à horizon 2024. Parce que répondre dignement à l'avancée en âge est avant tout un enjeu de société qui exige cet engagement budgétaire.

En matière de financement, la FNADEPA reste attachée à une solution protéiforme reposant néanmoins sur la solidarité nationale et, donc, sur un socle important de protection sociale. Les débats sont en cours et nous y participons activement, notamment dans les groupes de travail de la Concertation Grand Âge et Autonomie dédiés à la gouvernance et aux métiers, et par notre action au sein du Haut Conseil de l'Âge, instance fondamentale de propositions sur le sujet.

Axe n° 2 : La gouvernance et le pilotage.

Chacun ici reconnaît des faiblesses structurelles à la gouvernance et au pilotage de notre système actuel d'accompagnement du Grand Âge.

Reposant sur la collaboration d'acteurs nationaux, régionaux et départementaux, il présente un défaut majeur : il ne permet pas d'assurer un traitement équitable sur le territoire



national. En effet, tant à domicile qu'en établissement, les modalités de financement, d'évaluation et de régulation demeurent hétérogènes... et souvent inégalitaires. Un millefeuille bien indigeste ! Les conséquences impactent alors à la fois les personnes âgées, les équipes et les directeurs d'établissements et services.

La gouvernance doit impérativement être renouvelée ; il convient, tout en respectant chaque acteur — CNSA, Agences régionales de santé, conseils départementaux, organismes de Sécurité sociale, communes et intercommunalités — de clarifier le rôle et les missions de chacun.

La FNADEPA a fait des propositions fortes afin de répondre à cet impératif de rénovation, d'égalité et de justice des citoyens. Pour en citer quelques-unes : renforcer la mission de pilotage de la CNSA, mettre un terme au double financement des Ehpad en privilégiant la compétence des agences régionales de santé, confier aux conseils départementaux des missions d'observatoire et de régulation de l'offre et des besoins...

Axe n° 3 : Les métiers.

Réussir la transformation de notre modèle d'accompagnement du Grand Âge, c'est d'abord redonner du sens aux métiers et de la reconnaissance à celles et ceux qui les exercent. La FNADEPA n'a eu de cesse de répéter cette évidence.

Chacun d'entre nous est aujourd'hui confronté à la difficulté de recruter, de former, de fidéliser, de donner de la valeur aux engagements de tous. Sans doute dans des proportions jusqu'alors jamais atteintes dans notre secteur.

Dans ses propositions, la FNADEPA a rappelé avec force que le succès était conditionné par quatre mesures vitales :

- l'augmentation significative du nombre

de professionnels,

- la revalorisation des métiers, en particulier financière évidemment
- la création de nouveaux métiers du grand âge et de passerelles,
- le renforcement des formations professionnelles.

Cela doit passer nécessairement par une campagne nationale de communication positive et par un plan métier visible et ambitieux.

Sur ce sujet prioritaire, et reconnu comme tel par l'ensemble des acteurs ayant pris part à la concertation, la FNADEPA ne saura aucunement se satisfaire de mesurètes d'affichage et exige des actions fortes et concrètes !

La FNADEPA attend tout cela de la future loi. Néanmoins, nous savons tous que nous restons aussi, de notre place de directeur, responsables de la mise en œuvre d'actions concrètes d'amélioration de la qualité de vie au travail. Nous avons toujours de vraies capacités dans ce domaine et je sais que vous agissez au quotidien !

Axe n° 4 : Les paniers de services et le reste à charge.

La FNADEPA défend devant la CNSA et la DGCS un ambitieux modèle de financement des Services d'Aide à Domicile, inspiré par l'expérience de nos adhérents. Ce modèle garantit à la personne accompagnée, au-delà d'une plus grande diversité dans les aides mises en œuvre, une maîtrise de son reste à charge. Il promet par ailleurs une pérennité financière reposant sur une contractualisation porteuse de missions d'intérêt général. Le Service d'Aide à Domicile devient ainsi partenaire du Conseil départemental... et non plus simple prestataire de services.

Notre mobilisation pour réduire le reste à charge en établissement est également totale et relève de la même conception politique. Réduire le reste à charge doit permettre de mettre un terme à la



dichotomie et la concurrence malsaine entre services à domicile et établissements afin que chacun puisse choisir son lieu de vie en adéquation avec ses besoins et ses attentes.

Axe n° 5 : Les parcours des personnes âgées.

Aujourd'hui, le parcours de vie des personnes âgées laisse penser à un parcours du combattant. En effet, entre des informations pas toujours accessibles et des coordinations peu structurées ou peu complémentaires, les transitions entre les différentes étapes de la vie ne s'articulent que trop rarement. Il faut les rendre plus fluides et plus cohérentes.

Au sein de notre réseau, nous réclamons une simplification des procédures et une rationalisation des instances concourant à la mise en œuvre de ces parcours de vie. Nos associations départementales et régionales portent en elles l'essence même de ce travail en réseau favorable à la réalisation de cette ambition.

Axe n° 6 : La prévention de la perte d'autonomie et le bien-vieillir.

La FNADEPA milite pour un renforcement de la prévention de la perte d'autonomie. À cet égard, nous nous réjouissons de la mise en œuvre, avec la loi d'Adaptation de la Société au Vieillessement, des Conférences des Financeurs qui concernent dorénavant aussi bien les Services d'Aide à Domicile et les Résidences-Autonomie, que les Ehpad. Ces conférences, partout où elles fonctionnent bien, sont un bel exemple d'efficacité et de mobilisation rationalisée et coordonnée de moyens financiers pour prévenir la perte d'autonomie et maintenir le lien social.

Néanmoins, la loi devra aller beaucoup plus loin pour favoriser une politique de prévention d'envergure. Dans cette optique, la FNADEPA fera valoir avec détermination auprès des instances les actions de prévention menées sur nos territoires. Elle continuera aussi à s'inspirer des

expériences conduites par nos voisins européens et à les valoriser auprès des directeurs.

Axe n° 7 : Les aidants, les familles et le bénévolat.

De nos jours, aussi bien à domicile qu'en établissement, les aidants et les familles jouent un rôle essentiel. La FNADEPA s'engage pour une meilleure reconnaissance des aidants leur permettant ainsi de garder toute leur place auprès de nos aînés. Il convient aussi de favoriser les instants de répit. Il faut donc que se mettent en œuvre partout et très rapidement les dispositifs prévus par la loi ASV, notamment le financement de l'aide au répit. Il faut aussi arrêter d'opposer dans les plans d'aide APA, accueil de jour en Ehpad et aide humaine à domicile.

Il faut enfin innover pour renforcer le rôle de l'aidant dans l'accompagnement à domicile et l'accueil en établissement. En Catalogne, la place de l'aidant familial en établissement est reconnue et valorisée... par la réduction du reste à charge payé par le résident !

Axe n° 8 : Le cadre de vie.

Selon une étude récente, près de 90 % des Français souhaitent rester à leur domicile jusqu'à la fin de leurs jours. Mais, trop souvent, ce choix s'accompagne d'une forme « d'emprisonnement à domicile », dans un appartement ou une maison qui est en totale inadéquation avec une perte d'autonomie grandissante.

La FNADEPA revendique, là encore, une loi ambitieuse pour que l'adaptation des logements et le recours aux nouvelles technologies deviennent des orientations politiques prioritaires... comme au Danemark par exemple ! Et j'invite tous ceux qui veulent découvrir le modèle danois, à participer à notre prochain voyage d'études début avril.



Chers amis,

Sur ces points et beaucoup d'autres encore, la FNADEPA se mobilisera pour porter les espoirs des personnes âgées, de leurs familles et des professionnels de l'accompagnement du Grand Âge.

Fidèle à ses valeurs et à ses méthodes, la FNADEPA n'aura de cesse d'œuvrer pour une transformation profonde de notre modèle d'accompagnement du Grand Âge.

Pour réussir le pari de cette mutation et le bon usage des nouveaux financements, nous devons imaginer, inventer, innover et bâtir. Partout, dans les départements et les régions, nos adhérents doivent se mobiliser et participer aux instances et, ainsi, peser collectivement sur les décisions engageant l'avenir de nos établissements et services.

Nous devons repenser les Services d'Aide à Domicile, les actions qu'ils mettent en œuvre, les territoires qu'ils couvrent, les partenariats qu'ils construisent entre eux et avec les autres acteurs, leurs relations avec les Conseils départementaux. Je vous invite d'ailleurs à lire notre « Autoportrait engagé de l'aide à domicile » pour en savoir plus !

Nous devons articuler les habitats alternatifs (résidences-autonomie, résidences-services...) en évitant des concurrences néfastes à tous, les adapter à leurs territoires et aux attentes des personnes, les préserver de contraintes fragilisant leur existence même.

Nous devons imaginer l'Ehpad de demain, sans nier les réalités des Ehpad d'aujourd'hui, leur histoire, leur structuration et leur organisation. Nous devons proposer, en nous inspirant de nos succès, des évolutions de nos établissements vers une plus grande ouverture sur le domicile, les territoires et les partenaires locaux.

Au sein de notre beau réseau de 1 200 directeurs, nous disposons à la fois d'une forte expérience de terrain et d'un militantisme porteur d'engagement politique et citoyen.

Ainsi, collectivement, nous avons la responsabilité d'être acteurs de la transformation du modèle d'accompagnement du Grand Âge.

Collectivement, nous avons la responsabilité de faire la preuve, par nos réussites locales, de la force des décroissements entre Services d'Aide à Domicile, habitat alternatif et établissements (et nos associations locales constituent de formidables lieux d'expérimentation en la matière).

Collectivement, nous avons la responsabilité de nous ouvrir à d'autres secteurs, et notamment celui du handicap. Inspirons-nous aussi de ce que font nos voisins européens et œuvrons à « faire sauter » les verrous !

Collectivement, nous avons la responsabilité de développer de vrais et justes partenariats avec le secteur sanitaire, pour enfin construire des passerelles améliorant la qualité de vie de nos aînés et les conditions de travail de nos équipes. Les personnes âgées seront le premier public accueilli dans les établissements de santé dans les 30 ans à venir. C'est aussi ça le papy-boom ! Il est donc capital que les structures, sanitaires et médico-sociales collaborent mieux ensemble et que leurs professionnels se rencontrent davantage. L'expérimentation portée par l'ARS Hauts-de-France se révèle très intéressante. Il faudra aussi que le plan « MaSanté2022 » intègre le secteur médico-social dans ses axes prioritaires.

Collectivement, nous avons la responsabilité d'inspirer de profondes transformations dans l'accompagnement de nos aînés, qu'ils vivent à leur domicile ou dans tout autre domicile que celui qui fut longtemps le leur. Nous devons penser autrement la notion de domicile pour la



rendre plus large et plus inclusive. Nous devons militer avec force pour que nos établissements restent avant tout « des lieux de vie », où l'on peut aussi, si besoin, recevoir des soins. Nous devons faire connaître au grand public, les instants partagés par les personnes âgées accompagnées à domicile et en établissement. Ils sont, hélas, souvent occultés par les rares dysfonctionnements qui — s'ils sont inacceptables et que nous dénonçons toujours avec vigueur — ne constituent en aucun cas une généralité.

Dans cette période charnière de l'histoire de notre secteur et de notre société, nous avons collectivement la responsabilité d'exiger de l'État les moyens suffisants et pérennes. Car ne nous y trompons pas : penser que notre pays saura valoriser la formidable chance de voir vieillir de plus en plus longtemps sa population, sans moyens supplémentaires, serait une faute.

Mais, en même temps, imaginer que ces nouveaux moyens régleront tout est une faute tout aussi grande. La transformation nécessaire est globale !

Notre réseau est aujourd'hui prêt à prendre toute sa place dans cette transformation ; je veux vous dire notre fierté à porter votre voix et remercier l'ensemble de nos adhérents pour leur confiance.

Pour conclure, je tiens à remercier tous les intervenants qui nous font l'honneur d'être parmi nous aujourd'hui. Par leur expertise et leur engagement au quotidien, ils vont enrichir notre vision et nous permettre, sans nul doute, de renforcer nos positions politiques pour « Ensemble donner plus de vie à leurs jours ».

Je vous remercie de votre attention et je laisse la parole à Valérie LESPEZ qui va nous accompagner tout au long de cette journée.



DU CURATIF AU PREVENTIF, ENJEUX ÉCONOMIQUES ET DE SANTÉ PUBLIQUE

Pr **Françoise FORETTE**, directrice d'**International Longevity Centre France**

Valérie LESPEZ, APM Gérontonews

Bonjour à tous,

Je suis Valérie LESPEZ, journaliste au sein de l'AMP, l'agence de presse médicale de Toulouse.

Je suis ravie de passer la journée avec vous pour discuter des politiques vieillesse. Merci au président, Jean-Pierre RISO, qui a fait le point sur les enjeux pour le secteur et pour la FNADEPA. Durant votre discours, vous avez notamment insisté sur les actions nécessaires de prévention.

C'est exactement ce dont vous allez nous parler, Professeur FORETTE. Vous êtes directrice de l'*International Longevity Centre France*. Vous allez développer pour nous les nouveaux enjeux économiques et de santé publique dans ce contexte de vieillissement de la population, ainsi que le nécessaire passage du curatif au préventif.

Françoise FORETTE, directrice d'**International Longevity Centre France**

Merci beaucoup de votre introduction. Je voulais d'abord remercier Monsieur le Président et Madame la Directrice générale de m'avoir invitée à ce colloque. Je dois dire que j'ai été très impressionnée et intéressée par le plan d'action de la FNADEPA.

Le vieillissement, comme vous le savez, est caractérisé par une diminution des fonctions à l'échelon moléculaire, ainsi qu'une augmentation de l'incidence des maladies liées à l'âge.

Néanmoins, il est très intéressant de considérer qu'il s'agit d'un processus extraordinairement hétérogène. En effet, nous ne sommes pas du tout égaux devant le vieillissement.

Cette hétérogénéité est due à des facteurs génétiques, que je ne commenterai pas ici, mais aussi à des facteurs environnementaux, notamment le niveau socioéconomique, ainsi que les progrès de la médecine sur le plan de la prévention et de l'accès aux soins.

Par conséquent, nous allons nous concentrer sur ces facteurs environnementaux, et surtout, sur la prévention, car le meilleur traitement de la perte d'autonomie est bien évidemment celui-ci.

Il est vrai que l'accroissement de la longévité constitue un privilège dont nous pouvons nous réjouir. Néanmoins, il ne s'agit d'un privilège qu'à la condition que la majorité de la population soit active et en bonne santé. Ainsi, une fois de plus, et je ne le répèterai jamais assez : la prévention doit jouer un rôle majeur.

La société européenne et française par groupe d'âge.

Sur ce *slide*, vous pouvez consulter le pourcentage de la société européenne par groupe d'âge, avec à gauche, la population de 0 à 24 ans, et à droite, la population de plus de 80 ans. Comme vous pouvez le constater, en France comme en Europe, nous assistons à une augmentation considérable de la population des plus de 80 ans, alors que la population des jeunes



diminue. Bien évidemment, la population des plus de 80 ans est celle qui risque le plus de perdre son autonomie.

L'écart de l'espérance de vie entre les hommes et les femmes.

En France, l'espérance de vie des femmes atteint 85,4 ans, et celle des hommes, 79,5 ans. À gauche, vous pouvez constater que les femmes parvenues à l'âge de 60 ans disposent de presque 30 ans de vie devant elles. C'est dire à quel point il est important de se conserver en bonne santé pour vivre ces 30 ans dans les meilleures conditions possibles.

Pour information, l'écart maximal de l'espérance de vie entre les hommes et les femmes a été recensé en 1987. Néanmoins, par la suite, nous pouvons constater qu'il a diminué. Il n'était pas bénéfique pour les femmes, dans la mesure où il laissait des veuves qui vivaient seules, et parfois isolées jusqu'à la fin de leurs jours. Ce changement de tendance n'est pas tant dû à l'amélioration de l'espérance de vie des hommes, qu'à la diminution de l'espérance de vie des femmes, qui est essentiellement liée au tabagisme.

La population des seniors.

Dans l'ensemble, en France, la population des seniors est en bonne santé. Une ancienne enquête de l'INSEE démontrait que seuls 6,63 % de la population des plus de 60 ans était atteinte de perte d'autonomie. À l'heure actuelle, les nouvelles études démontrent que ce chiffre a augmenté, et se situe plutôt entre 7 et 8 %. Néanmoins, cela signifie que 92 % de la population des plus de 60 ans est totalement autonome. Bien évidemment, les pourcentages liés à la perte d'autonomie augmentent avec l'âge. À titre d'exemple, 30 % des hommes de plus de 90 ans font face à une perte d'autonomie, ce qui signifie également que 70 % d'entre eux sont encore parfaitement autonomes.

La prise en charge de la perte d'autonomie.

En 2017, ces 8 % ont tout de même représenté 1,2 million de personnes bénéficiaires de l'APA. Ce chiffre n'a pas augmenté de façon extraordinaire, en dépit de l'augmentation du nombre de personnes âgées. Il ne s'agit pas du raz-de-marée qui avait été prédit. Au sein de ces 1,2 million de personnes en perte d'autonomie, environ 60 % bénéficient d'un accompagnement à domicile, et 40 % d'un accompagnement en établissement.

Le coût pour la collectivité de la dépendance *stricto sensu* est d'environ 5,6 milliards d'euros, et non pas 30 milliards d'euros comme il est très souvent annoncé. En effet, dans ces 30 milliards d'euros, il est recensé bien d'autres éléments que la seule prise en charge de l'autonomie. Par exemple, l'assurance maladie est prise en compte. Or, nous bénéficions de l'assurance maladie à tous les âges. Il n'existe donc aucune raison de la prendre en compte dans ce calcul. En outre, les personnes qui ont droit à l'allocation logement, qu'elles soient autonomes ou non, ne devraient pas être prises en compte dans le calcul de la perte d'autonomie.

D'un point de vue humain et économique, il est clair que la prévention est une priorité absolue pour éviter la perte d'autonomie des personnes qui vieillissent.

Comme le Président l'a dit tout à l'heure, de façon générale, la prise en charge de la perte d'autonomie en France n'est pas convenable. Il s'agit d'un drame humain et financier pour les personnes atteintes et leurs proches. De plus, nous savons que la qualité des soins est souvent insuffisante, faute de personnel formé en nombre suffisant.

En outre, il n'existe pas d'évaluation du coût de la perte d'autonomie à domicile. Parfois, ce coût est simplement calculé en fonction de l'offre. Ainsi, il conviendrait de mettre en place de véritables



études de terrain, en allant dans les familles, afin de calculer l'ensemble des coûts. En effet, le reste à charge est trop lourd pour la majorité des familles, puisque les coûts dits d'hébergement mensuel varient de 1.600 euros à plus de 5.000 euros dans certaines maisons de retraite, alors que la moyenne des retraites est de seulement 1.365 euros.

Améliorer la prise en charge de la perte d'autonomie constitue donc l'enjeu majeur. Tous les gouvernements ont apporté des améliorations. Cependant, tous se sont heurtés au manque de financement. Par conséquent, il convient de disposer d'argent neuf. En effet, les caisses de l'État sont vides, et les familles sont déjà écrasées par les coûts induits par la perte d'autonomie.

Une assurance autonomie publique et obligatoire.

Ainsi, au sein de notre organisme de recherche, nous avons réfléchi à la mise en place d'une assurance autonomie publique et obligatoire, qui pourrait constituer une véritable solution à ces problématiques.

Pourquoi une assurance autonomie publique obligatoire ? Parce que l'environnement démographique de la perte d'autonomie s'y prête. En effet, à titre d'exemple, chacun de nous paie des cotisations extrêmement importantes pour la retraite, et cela nous paraît normal, car nous espérons tous disposer d'une retraite suffisante. De même, nous payons énormément de cotisations d'assurance maladie, et cela nous paraît normal, puisque tout le monde bénéficie de l'assurance maladie à un moment où un autre de sa vie.

Or, comme nous avons dit tout à l'heure, la démographie montre que seuls 8 % de la population des seniors est dépendante. Si tout le monde cotise, il n'y aurait que 2,6 % de bénéficiaires. Ainsi, il est clair que les cotisations

seraient minimales.

Nous avons donc travaillé avec de jeunes actuaires afin d'établir les moyens nécessaires pour mettre en place une assurance publique obligatoire.

Pourquoi serait-elle obligatoire dès les premiers émoluments ? Parce qu'avant 60 ans, nous ne pensons pas à l'éventualité d'être dépendant. Il s'agit du problème majeur avec les assurances privées sur le marché, car les personnes commencent à cotiser à 60 ans, ce qui occasionne des prix très élevés pour des prestations insuffisantes.

Pourquoi cette assurance serait-elle publique ? Essentiellement dans le but d'éviter la sélection des patients. Il faudrait évidemment que le montant des cotisations soit faible. Pour information, une étude récente a démontré que les Français accepteraient de verser une cotisation à hauteur d'un euro par jour. Néanmoins, cela équivaldrait tout de même à 30 euros par mois, ce qui peut paraître élevé pour certains citoyens qui disposent d'un bas salaire. Par conséquent, il conviendrait plutôt de baser le montant de cette cotisation sur les revenus, comme c'est le cas pour l'assurance maladie. En revanche, les prestations devraient être uniquement basées sur les besoins.

Il existe un point de divergence entre le Président du Haut-Conseil, Monsieur FRAGONARD, et moi-même concernant l'APA. En effet, personnellement, je pense qu'il conviendrait d'associer cette assurance autonomie à l'APA, pour deux raisons : tout d'abord, parce que l'APA établit parfois un plan de soin que les familles comprennent difficilement, et ensuite, parce que cette assurance autonomie ne suffirait pas à faire en sorte que la prise en charge de la dépendance soit convenable.

Pourquoi n'ai-je pas appelé cette assurance autonomie le « cinquième risque » ? Parce que



j'aimerais qu'elle soit gérée par un autre organisme que le système de la Sécurité sociale. À ce titre, la CNSA me paraîtrait être l'organisme idéal.

D'après le calcul effectué par nos actuaires, l'assurance autonomie telle que précédemment définie apporterait à la collectivité environ 16 milliards d'euros : 1.275 euros mensuels seraient reversés aux plus dépendants, et 925 euros mensuels aux dépendances modérées, en sus de l'APA. Toujours d'après nos actuaires, ce régime serait viable jusqu'en 2060, ce qui donnerait une marge pour réfléchir à d'autres financements. Je pense que cette assurance pourrait sortir les familles et les accompagnants du cauchemar financier de la dépendance.

Ainsi, nous avons livré cette proposition au Haut-Conseil. Comme je l'ai évoqué, l'ajout de l'APA ne plaît pas à Bertrand FRAGONARD, qui m'a indiqué dit que j'étais dépensière, ce à quoi j'ai répondu : « Non. J'ai passé 30 ans de ma vie auprès de personnes âgées, dont certaines en long séjour. Je connais donc bien les besoins des personnes âgées, ce qui n'est pas le cas de nos hauts-fonctionnaires. »

La prévention.

Par ailleurs, il existe trois catégories au sein de la population des personnes de plus de 60 ans : les personnes dépendantes, qui représentent environ 8 %, les personnes âgées fragiles, qui représentent environ 15 %, et les personnes âgées en bonne santé, qui représentent environ 77 %.

Pour information, « en bonne santé » ne signifie pas indemne de maladies chroniques. Ce terme implique un bien-être et une autonomie dans la vie quotidienne. Bien entendu, l'enjeu de la prévention est d'augmenter le poids de cette troisième catégorie.

Les cibles de la prévention sont les maladies liées

à l'âge, la fragilité, et l'inactivité.

Les maladies liées à l'âge.

La majorité des maladies dites liées à l'âge et qui sont source de dépendances ont des facteurs de risques modifiables. Elles sont donc accessibles à la prévention. Parmi elles, nous comptons les maladies cardio-vasculaires, les accidents vasculaires cérébraux, l'arthrose, l'ostéoporose, etc. Toutes ces maladies ont des facteurs de risque qui peuvent être corrigés. Cela ne signifie pas que nous pouvons éviter ces maladies, mais il s'agit tout de même d'un point extraordinairement important.

Il n'est jamais trop tôt ou trop tard pour effectuer de la prévention. Elle doit commencer dès l'enfance pour les maladies cardio-vasculaires, en empêchant par exemple les jeunes enfants de fumer dans les cours de récréation. De même, après 80 ans, lorsque les facteurs de risque sont corrigés, l'incidence des maladies réduit.

À ce propos, notre groupe avait participé à l'étude européenne HYVET. Cette dernière avait démontré que le traitement de l'hypertension artérielle après 80 ans avait eu pour conséquence une réduction de 30 % de l'incidence d'accidents vasculaires cérébraux, de près de 40 % de la mortalité par AVC, et de 21 % de la mortalité globale.

Pourquoi la prévention n'est-elle pas toujours opérationnelle ? Parce que la prévention passe d'abord par le style de vie, et donc par l'éducation. Or, malheureusement, il existe une inégalité très importante en fonction de l'éducation. Cette dernière est liée à la culture sanitaire, à la nutrition, à l'activité physique modérée ou prolongée, à l'activité intellectuelle, à l'activité professionnelle, à l'activité de loisir, et la responsabilité personnelle. Ainsi, à notre avis, le seul moyen d'éviter les inégalités en santé qui découlent de l'éducation est de proposer des programmes de prévention au sein des



entreprises, sur le temps de travail.

L'espérance de vie selon les catégories socioprofessionnelles.

Pour information, l'écart entre l'espérance de vie moyenne d'un homme à 35 ans diffère de 6 ans entre les cadres supérieurs et les employés. Vous rendez-vous compte de ce cadeau de 6 ans de vie pour le cadre, et de l'injustice terrible que cela représente pour l'employé ? Chez les femmes, les écarts d'espérance de vie entre catégories socioprofessionnelles sont moins prononcés. En outre, le niveau d'éducation compte beaucoup. En effet, la mortalité des personnes qui ne disposent aucun diplôme est deux fois et demie supérieure à la mortalité des personnes qui ont fait des études supérieures.

Les acteurs de la prévention.

Bien évidemment, le premier acteur de la prévention est l'école. Juste après vient le milieu professionnel, qui constitue le lieu privilégié pour faire de l'éducation à la santé. En outre, les institutions de retraite et de surveillance jouent un rôle non négligeable. De plus, la gériatrie universitaire et les gérontopoles occupent une place très importante en matière de recherche, de nouveautés pédagogiques et de nouveautés de traitement. Enfin, je mets en dernière position le Médecin généraliste, bien que je lui accorde une importance énorme. Néanmoins, vous savez que le nombre médecins généralistes diminue, et ce phénomène n'est pas près de s'arrêter. Or, ces derniers se retrouvent à devoir prendre en charge un nombre très important de tâches. Ainsi, il conviendrait qu'ils soient aidés par l'ensemble de la société pour effectuer ces missions de prévention.

En outre, pour réduire les inégalités liées au niveau d'éducation, notre groupe de recherche avait effectué une étude de prévention en entreprise. Elle visait à démontrer aux employeurs et aux pouvoirs publics qu'un

programme de prévention à la santé en entreprise pouvait renforcer la culture sanitaire, changer les comportements, et améliorer ainsi le bien-être et l'efficacité du personnel. Ces programmes ont été déployés dans trois entreprises. Les résultats sur les connaissances, les comportements, et l'image de l'entreprise se sont avérés très positifs pour chacune d'entre elles. Pour information, cette étude a été publiée en 2014.

Cette étude française est d'ailleurs en accord avec l'ensemble des études étrangères, qui montrent toutes le bénéfice d'un programme de prévention en entreprise. En revanche, l'impact sur les arrêts de travail est difficile à mettre en évidence en France. Nous ne nous sommes donc pas frottés à ce sujet épineux.

Pour autant, des chercheurs canadiens l'ont fait. Ils ont ainsi démontré une réduction de 3 jours d'arrêt de travail sur les participants à ces programmes de prévention par rapport aux non-participants. Ils ont également démontré l'existence d'un retour sur investissement pour l'entreprise, à hauteur de 15 dollars canadiens. Il s'agit d'un point très important pour l'entreprise. De plus, toutes les générations peuvent être touchées par ces programmes : les personnes s'approchant de la retraite, mais aussi les jeunes parents, qui vont pouvoir effectuer de la prévention à destination de leurs enfants.

Bien évidemment, toutes les maladies ne se préviennent pas de la même façon. Ainsi, la maladie d'Alzheimer pose un redoutable problème. Elle atteint aujourd'hui environ 900.000 personnes, même s'il n'existe pas de registre officiel à ce sujet. À l'heure actuelle, les traitements symptomatiques de cette maladie sont déremboursés. Pour information, cette maladie est responsable de 70 % des institutionnalisations, et de 72 % des demandes d'APA. Il existe des outils de prévention qui doivent être confirmés. Nous ne disposons pas encore de traitement curatif pour cette maladie.



Néanmoins, des progrès considérables ont été effectués, notamment grâce aux marqueurs biologiques. En effet, il sera potentiellement possible d'effectuer le diagnostic bien avant l'apparition des signes cliniques de la maladie. Ainsi, si des traitements qui empêchent la maladie de progresser sont mis au point, il conviendra de les prendre le plus tôt possible.

En outre, il existe une autre très bonne nouvelle : la fréquence de cette maladie semble diminuer, aussi bien aux États-Unis qu'en Europe. Pourquoi diminue-t-elle ? Probablement parce que la maîtrise des facteurs de risques cardiovasculaires est meilleure. De même l'élévation du niveau d'éducation permet de disposer d'un cerveau super-entraîné, qui réagit mieux. Les signes cliniques apparaissent donc beaucoup plus tard. Enfin, il existe une stimulation cognitive beaucoup plus importante et prolongée à l'heure actuelle, grâce aux médias et aux réseaux sociaux. Cette stimulation prolongée a des effets bénéfiques sur la majorité des personnes.

La fragilité

La fragilité est un état de vulnérabilité à un stress, qui est secondaire à de multiples déficiences du système physiologique. Ainsi, lorsque nous rencontrons un stress, et que nous sommes fragiles, nous avons plus de risques de verser dans la perte d'autonomie qu'une personne qui ne le serait pas.

Les critères de l'état de fragilité sont notamment une fatigue inhabituelle, une diminution de la force de la masse musculaire, une perte de poids inappropriée, une diminution de la vitesse de marche, ainsi qu'une diminution de l'activité physique, voire une sédentarité. Si ces symptômes sont observés chez une personne âgée, même autonome, vous pouvez vous dire qu'elle est probablement fragile.

Or, la fragilité est un facteur de risque majeur de perte d'autonomie, d'hospitalisation, et de décès.

À ce titre, il existe un document très intéressant, qui vient d'être publié, et qui montre qu'il s'agirait également d'un risque de développement de la maladie d'Alzheimer.

En outre, nous travaillons avec la CNAV pour mettre au point un test de 3 questions, permettant aux personnes de s'autodétecter fragiles, et de leur démontrer si besoin qu'elles doivent aller consulter leur médecin praticien. Nous avons déjà mené une étude pilote sur 300 personnes, qui a prouvé que le questionnaire était très opérationnel. Nous essayons de confirmer ces résultats sur 5.000 personnes.

La fragilité est-elle réversible ? La réponse est « oui ». Nous pouvons agir sur un certain nombre de symptômes, notamment grâce à la kinésithérapie et à la pratique d'une activité physique. De plus, l'ostéoporose se traite, tout comme la dénutrition. Il existe également des services spécialisés de rééducation très efficaces pour les troubles de l'équilibre de la marche. Enfin, une meilleure intégration sociale reste absolument indispensable pour éviter l'état de fragilité.

L'inactivité

La troisième cible de la prévention concerne l'inactivité. Sur ce tableau, vous pouvez consulter l'espérance moyenne de vie en France pour l'année 2012, mise en perspective avec la cessation de l'activité professionnelle. Or, d'après ces résultats, nous avons l'impression que plus nous vivons longtemps, moins nous travaillons, alors qu'il conviendrait plutôt de faire l'inverse. Pour information, cette divergence des courbes n'est observable qu'en France.

L'inactivité impacte la santé et la longévité. En effet, au regard des courbes relatives à la mortalité, nous constatons que le risque le plus grand concerne les inactifs, même s'ils ne sont pas retraités. Vous allez me dire : « Ces personnes sont peut-être inactives parce qu'elles ont une



maladie, ce qui explique un taux de mortalité supérieur. » Néanmoins, même si nous prenons en compte ce facteur dans l'analyse statistique, l'inactivité demeure un facteur de risque très important.

Tous les types d'activités, qu'elles soient mentales, de loisirs, physiques, professionnelles, ou sociales, augmentent l'espérance moyenne de vie, en améliorant les fonctions cognitives. C'est dire à quel point promouvoir tous les types d'activité à partir d'un certain âge est indispensable. En effet, lorsque nous sommes à la retraite, le pire est de s'asseoir sur son canapé et d'y rester.

L'emploi en France selon l'âge

Pourtant, en France, le taux d'emploi des personnes plus âgées n'est pas très élevé par rapport à nos voisins européens. En 2012, seuls 44 % des personnes entre 55 à 64 ans étaient en activité. À l'heure actuelle, ce chiffre culmine à 49,5 %. Or, ce chiffre est inférieur à la moyenne européenne, qui est de 55 %, et notamment à moyenne en Suède, qui est de 75 %. S'agissant du taux d'emploi après 65 ans, les taux sont passés de 3 à 6 % en France, pour une moyenne européenne à 12 %.

Pourquoi les personnes plus âgées travaillent-elles moins en France ? Parce qu'il existe des discriminations très importantes dans le monde professionnel, et cela depuis de nombreuses années. Pour information, le facteur discriminant le plus important est d'abord l'âge, suivi par le sexe, la couleur de la peau, la religion, etc.

L'âge du départ en retraite

Nous avons réalisé une étude pour déterminer si l'âge du départ en retraite était lié aux risques de démence. L'ensemble des données croisées a permis de démontrer que le report d'un an du départ à la retraite était associé à une diminution de 3,1 % des risques de démence. Ainsi, si l'âge de

la retraite est repoussé de 60 à 65 ans, nous pouvons espérer une réduction de 15 % du risque de démence.

Ces résultats sont en accord avec ceux d'autres études. Ainsi, une étude longitudinale HRS a démontré un effet quantitativement et qualitativement comparable sur l'âge de la mise en retraite. De plus, une étude israélienne a prouvé qu'indépendamment du statut de santé initial, le fait de travailler à 70 ans est associé à un bon état de santé.

En outre, une autre étude a mis en perspective la réduction des fonctions cognitives avec la date de la mise en retraite. Par exemple, lorsque nous sommes inactifs depuis 15 ans, nos fonctions cognitives sont réduites à un facteur de 2,32 %. Toute activité non professionnelle peut améliorer ce taux, en particulier l'apprentissage d'une langue étrangère, ou même l'engagement au sein d'une organisation politique ou syndicale.

En revanche, lorsque nous devenons aidants d'une personne très handicapée, comme cela est le cas pour les personnes retraitées devant s'occuper d'un parent plus âgé, les répercussions sur la santé sont très mauvaises. Pour cette raison, il convient d'aider les aidants de façon considérable.

L'optimisme

Par ailleurs, l'optimisme a un impact fantastique sur la santé. Nous savons que les personnes qui travaillent longtemps sont en général optimistes. D'après une étude menée sur 15 ans, les personnes optimistes voient le risque de développer une maladie cardio-vasculaire réduire de 40 %, par rapport aux personnes pessimistes. Par conséquent, il faut cultiver l'optimisme, qui est absolument essentiel pour vieillir en bonne santé.

Conclusion



En conclusion, la prévention à tous les âges répond au défi de la longévité. Il convient d'améliorer la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie, de développer la recherche sur la longévité, de développer massivement la prévention des maladies liées au vieillissement, et bien sûr, de réduire le pourcentage de personnes en perte d'autonomie.

Je pense qu'il faut promouvoir massivement le maintien dans l'emploi des plus de 50 ans, changer la mentalité des employeurs et des employés, et changer les conditions de travail. Il convient de cesser de croire que la longévité est un poids, alors même qu'il s'agit en fait d'une fantastique opportunité pour tous, et particulièrement pour la croissance économique et pour l'emploi, à l'inverse de ce qui est dit.

Dans quel état d'esprit aborder la vieillesse ? Il est possible d'être optimiste et volontariste, à l'image de François MAURIAC :

« Ce n'est pas parce que l'on a un pied dans la tombe qu'il faut se laisser marcher sur l'autre. »

Il est possible d'être nostalgique, avec René CHATEAUBRIAND :

« Je vois les reflets d'une aurore dont je ne verrais pas se lever le soleil. »

Ou philosophique, avec Alain CORDIER :

« Il nous faut considérer le vieillissement comme une aventure du vivant qui implique d'abandonner l'étape de sécurisante du présent, et d'accepter que le futur soit une ouverture à l'infini. »

Je vous remercie de votre attention.

Valérie LESPEZ

Merci beaucoup professeur FORETTE. Je retiens donc qu'adhérer à la FNADepa constitue un facteur de bien vieillir.

Puisque nous disposons d'un peu de temps, je me permets de vous poser quelques questions subsidiaires. Pouvez-vous nous dire quelles sont ces trois questions de l'étude sur lesquelles vous travaillez avec la CNAV ?

Françoise FORETTE

Les trois questions sont les suivantes : « Est-ce que vous vous sentez extraordinairement fatigué ? », « Est-ce que vous avez perdu involontairement environ 5 % de votre poids depuis deux ans ? », « Êtes-vous incapable de vous lever cinq fois de suite de votre chaise sans vous aider de vos bras ? »

Si vous répondez « oui » à deux ou trois questions, vous pouvez vous considérer comme fragile, et dans ce cas, il convient de consulter un médecin praticien. Si vous répondez « oui » à une question, vous êtes dans un état de préfragilité, et vous pouvez là aussi aller consulter un médecin. Ce dernier vous dira probablement de mieux vous nourrir et de faire de l'activité physique. Si vous répondez « non » à toutes les questions, vous êtes robuste. Vous pouvez continuer ainsi.

Valérie LESPEZ

Pensez-vous que votre modèle d'assurance dépendance publique et obligatoire ait une chance de voir le jour ?

Françoise FORETTE

Il conviendrait de le demander à Bertrand FRAGONARD. En effet, ce dernier pense qu'il ne faut pas appliquer l'APA en sus de l'assurance dépendance. Or, je pense que l'APA est pédagogique, puisqu'elle montre aux familles les types de soins à effectuer. En outre, elle



permet de donner aux familles du temps pour souffler, car elles peuvent l'utiliser pour demander à quelqu'un de s'occuper de la personne dépendante.

Malheureusement, je ne pense pas que ce modèle ait une chance de voir le jour. Il faut dire que je ne suis pas allée sur les barricades des gilets jaunes pour leur demander de payer une cotisation supplémentaire. Pour autant, cette cotisation pour la dépendance serait minime en comparaison avec les autres cotisations payées. En effet, je répète que le poids de la dépendance est très faible au niveau des dépenses de l'État.

Néanmoins, les idées avancent progressivement. Aujourd'hui, l'intérêt est de porter ce modèle à l'attention publique. Malheureusement, du fait de la mobilisation des gilets jaunes, l'État dépense beaucoup d'argent pour des objectifs qui n'étaient pas les siens auparavant. Ainsi, j'ai peur que certains financements, dont nous pouvons penser qu'ils avaient été réservés pour la dépendance en 2024, soient dépensés autrement, et dans l'urgence.

Valérie LESPEZ

J'ai une dernière question sur la maladie d'Alzheimer. Comme nous le savons, il n'existe pas de remède. Néanmoins, vous avez dit qu'il existait quelques espoirs.

Françoise FORETTE

Il existe beaucoup d'espoir dans ce domaine. En effet, la recherche est très importante.

Deux types de lésions ont été identifiées dans la maladie d'Alzheimer : les dépôts amyloïdes, liés à la protéine amyloïde, et la dégénérescence neurofibrillaire, liée à la protéine Tau. À l'heure actuelle, la majorité des recherches a porté sur la réduction de la protéine amyloïde au sein du cerveau, notamment par le biais de vaccins. Pour le moment, cela n'a pas fonctionné.

Ainsi, nous orientons désormais nos recherches sur l'autre lésion, que nous appelons la dégénérescence neurofibrillaire, et qui se trouve à l'intérieur même des neurones. Ces recherches portent sur la protéine Tau. Il existe un énorme pan de recherche dans ce domaine. Nous y parviendrons, mais aucune échéance ne peut être donnée.

Valérie LESPEZ

Y a-t-il des questions dans la salle ?

De la salle

Le sujet de la difficulté de l'accès aux soins n'a pas été évoqué. Or, aujourd'hui, il s'agit d'un enjeu majeur. Est-ce qu'il existe une passerelle entre les études et cet enjeu de société qu'est l'accès aux soins ?

Françoise FORETTE

Je pense qu'il faut donner davantage de responsabilités aux infirmières, comme cela est le cas aux États-Unis. En effet, les infirmières ne sont certes pas capables de faire le travail d'un médecin, et réciproquement. Néanmoins, elles peuvent être formées pour faire de la prévention, ce qui est d'ailleurs de plus en plus le cas. À titre d'exemple, au gérontopole de Toulouse, il existe beaucoup d'infirmières de pratiques avancées, qui se déplacent au domicile des patients, afin de permettre un meilleur accès aux soins.

En France, l'accès aux médecins généralistes est devenu de plus en plus difficile. En effet, il s'agit d'un métier absolument magnifique, mais esquinçant. Les horaires de travail sont terrifiants. De plus, à l'heure actuelle, il s'agit d'un métier frustrant, car le progrès des techniques médicales est fulgurant. Or, lorsque vous êtes médecin généraliste, vous devez tout savoir sur les différents champs de la médecine, ce qui est loin d'être évident.



Néanmoins, il existe encore des vocations chez les médecins praticiens. En outre, je crois beaucoup aux mesures de facilitation d'installation sur l'ensemble des territoires, dans des cadres où les médecins peuvent travailler aux côtés de dentistes, de kinésithérapeutes, d'infirmières, etc. Il s'agit probablement de l'avenir de la profession.

De la salle

Bonjour, je suis directeur d'un Ehpad dans la Sarthe.

Vous avez parlé de l'importance des programmes de prévention dans l'entreprise. Avez-vous les références des trois entreprises que vous avez mentionnées ?

Françoise FORETTE

J'ai effectivement parlé de trois entreprises, qui n'étaient d'ailleurs pas des entreprises de santé, même si nous comptons une entreprise de médicaments.

Un organisme de formation est venu au sein des entreprises pour présenter ses programmes aux petits groupes d'inscrits. Ces derniers pouvaient également être coachés, s'ils en éprouvaient l'envie. Les résultats se sont avérés satisfaisants, dans la mesure où ces programmes ont réveillé une sorte de conscience préventive.

Pour information, au sein de l'entreprise de médicaments, il existait une salle de sport qui avait été fermée, faute d'utilisateurs. Or, elle a été rouverte avec succès, après la tenue de ces programmes. Je pense que ce cas est très intéressant, car il montre que les personnels sont plus en forme lorsque l'on se préoccupe de leur

santé, et qu'ils commencent d'eux-mêmes à avoir des réflexes de prévention importants.

Valérie LESPEZ

Ces programmes de prévention étaient-ils généraux ou spécifiques ?

Françoise FORETTE

Il s'agissait de programmes de prévention générale.

Pour information, nous avons choisi plusieurs thèmes habituels de prévention, tels que la nutrition, l'activité physique, etc. Les collaborateurs devaient remplir un questionnaire avant/après le programme, afin que nous puissions juger de son efficacité.

Or, bien que ces programmes n'eussent pas été centrés sur le tabac, nous nous sommes rendu compte que beaucoup de personnes s'étaient arrêtées de fumer. Nous avons également constaté que beaucoup de personnes avaient repris une activité physique. En outre, l'étude canadienne montre que le retour sur investissement de ces programmes de prévention a été très satisfaisant pour les entreprises, notamment en termes d'arrêts de travail. Néanmoins, nous ne disposons pas de ces données pour la France.

De la salle

Bonjour,

Je voudrais poursuivre votre réflexion concernant l'activité. Aujourd'hui, nous vivons dans une société au sein de laquelle être actif est reconnu. Or, la robotisation est en forte croissance. Demain, l'inactivité sera présente. Ainsi, comment ferons-nous pour diminuer le vieillissement ?

Françoise FORETTE

Je ne pense pas que l'activité humaine disparaîtra du fait de la robotisation.

Néanmoins, il conviendrait que la promotion de



l'activité n'aboutisse pas à une stigmatisation de l'inactivité. En effet, lorsque j'explique qu'il est positif de continuer son activité professionnelle, je ne parle que des métiers dans lesquels il existe une stimulation intellectuelle importante. Bien sûr, il convient d'arrêter le plus tôt possible les métiers avec une forte pénibilité physique.

De plus, lorsque je parle des métiers dans lesquels il existe une stimulation intellectuelle, je fais autant référence au professorat de philosophie, qu'à d'autres métiers, qui demandent également de stimuler les fonctions cognitives, comme les métiers de l'artisanat.

En outre, il est important d'arrêter son activité professionnelle si nous disposons d'un autre projet de vie à un moment donné. Il convient de ne pas stigmatiser les personnes qui sont à la retraite. En effet, il n'est pertinent de continuer à travailler que lorsque nous pouvons le faire, et que nous ressentons l'envie de le faire.

Par conséquent, en France, le problème majeur concerne les conditions de travail en entreprise. Je suis absolument épouvantée lorsque je constate le nombre de personnes stressées au travail. Bien sûr, lorsque nous sommes malheureux au travail, nous n'avons pas envie de travailler plus longtemps. Ainsi, je pense qu'il est nécessaire de changer le mode de management, qui n'est pas adapté à la mentalité française.

De la salle

Bonjour,

Vous avez évoqué des débats datant de 2007, concernant la compensation des handicaps et de la perte d'autonomie tout au long de la vie.

Tout d'abord, j'estime dommage de mettre en place des barrières d'âge, à 60 ans. En effet, il est possible de perdre son autonomie à n'importe quel âge, et de se retrouver avec un handicap à gérer.

De plus, en 2007, la Commission Gisserot évoquait déjà le sujet de la cinquième branche. Ainsi, les idées que vous avez proposées sont effectivement simples et efficaces. Néanmoins, à mon avis, elles sont trop simples pour être retenues.

En outre, aujourd'hui encore, le contexte français n'est pas favorable à notre secteur d'activités. Déjà, en 2003, nous avons préparé une campagne de communication pour la cause des personnes âgées dans le pays. Or, le gouvernement était occupé par des manifestations d'enseignants. Ainsi, les revendications du secteur d'activités n'ont pas pu être entendues, sauf après l'épisode de canicule de l'été 2003.

Le vieillissement est un problème de société. À mon avis, il s'agit de l'un des rôles régaliens de l'État que de prendre en main la question de la compensation des coûts de la dépendance. Je rappelle que les personnes âgées sont de véritables acteurs économiques, car certains mettent tous leurs revenus dans des soutiens à domicile. Ainsi, ils font fonctionner un certain nombre d'établissements, et font vivre des professionnels.

Douze ans après la Commission Gisserot, nous en sommes au même point. Des efforts ont été réalisés en matière de santé publique. Néanmoins, je pense qu'un système socle solidaire devrait être mis en place. Les leviers ne manquent pas pour y parvenir. Il conviendrait simplement de prendre des décisions politiques. En outre, les gens qui le souhaitent pourront toujours se surassurer.

S'agissant de l'APA, il existe une inégalité de compensation au sein du territoire. Ainsi, il conviendrait de créer un système socle solidaire qui pourrait compenser la perte d'autonomie partout et durant toute la vie.



De manière générale, j'ai le sentiment que nous tournons en rond concernant la politique envers les personnes âgées, car les marges de manœuvre de mobilisation des pouvoirs publics sont mises à mal.

Je suis malgré tout optimiste.

Françoise FORETTE

Je suis entièrement d'accord avec vous.

Valérie LESPEZ

Merci à tous, et merci à vous,
Professeur FORETTE.



UNE NOUVELLE LOI POUR L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES ÂGÉES EN 2019 : QUE PEUT-ON EN ATTENDRE ?

Annie VIDAL, députée de Seine-Maritime, membre de la commission des Affaires sociales de l'Assemblée nationale

Benoît CALMELS, délégué général de l'UNCCAS

Jean-Philippe VINQUANT, directeur général de la cohésion sociale

Valérie LESPEZ

Ce matin, nous avons entendu les revendications de la FNADEPA sur la future loi « Grand âge et autonomie » promise par le gouvernement. Nous allons maintenant discuter avec nos trois invités de ce que nous pouvons attendre de la concertation en cours.

Nous sommes ravis d'accueillir Annie VIDAL. Vous êtes députée de La République en Marche ! de Seine-Maritime. Vous êtes membre de la Commission des Affaires sociales de l'Assemblée nationale. Vous êtes surtout l'auteur d'un rapport sur la démarche d'évaluation dans le secteur médico-social, et plus particulièrement en Ehpad. Vous êtes aussi très active dans le cadre de la concertation « Grand âge et autonomie », puisque vous coprésidez l'un des groupes de travail sur les aidants.

Benoît CALMELS, vous êtes délégué général de l'Union nationale des centres communaux d'action sociale (UNCCAS). Vous êtes partie prenante de cette concertation.

Jean-Philippe VINQUANT, vous êtes le directeur général de la cohésion sociale. Par votre fonction, vous pilotez la concertation. Nous allons commencer par vous, si vous le souhaitez. En

effet, nous sommes impatients de savoir où en est cette concertation. Je crois que les équipes de travail achèvent leurs travaux ces jours-ci. Dites-nous s'il existe quelques pistes retenues à ce stade.

Jean-Philippe VINQUANT, directeur général de la cohésion sociale

Merci beaucoup.

Bonjour à toutes et tous,

Effectivement, ma direction, sous l'autorité d'Agnès BUZYN, est très fortement investie dans ce débat national. Il convient de rappeler que ce débat recouvre plusieurs composantes. En effet, au-delà de la question centrale de la qualité de l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie, ce sujet est aussi sociétal. Il questionne la place des personnes âgées ou très âgées au sein de la société.

L'ampleur du phénomène démographique implique qu'une proportion croissante de la population française va être âgée ou très âgée. Ce constat nous impose d'avoir d'une vision très globale, et de mettre en place un débat qui embrasse l'ensemble des composantes du projet de vie des personnes âgées ou très âgées.



C'est pourquoi, au-delà des ateliers nationaux en cours, il existe une consultation citoyenne très vivace, *via* une plateforme de contribution et de questionnement sur les attentes que perçoivent les personnes âgées, leurs familles, et les professionnels. Cette plateforme a permis de recueillir plus de 415.000 contributions. Des votes ont été effectués sur un certain nombre de sujets soumis à cette consultation citoyenne. Nous disposerons donc d'un matériau de travail très riche, car les citoyens se sont véritablement emparés du sujet.

Il existe une deuxième composante au sein de ce grand débat national : l'étape régionale. En effet, la consultation des personnes âgées et de leurs familles dans le cadre de groupes d'échanges a permis de faire remonter des problématiques très concrètes. Aujourd'hui, les citoyens n'ont pas le sentiment que l'ensemble des institutions et des professionnels agit de façon coordonnée, claire, et lisible, au bénéfice des personnes âgées et de leurs accompagnants.

En outre, des ateliers ont été mis en place au niveau national. Coordonnés par Dominique LIBAULT, ils permettent de traiter les différents points décisifs et majeurs concernant la prise en compte de la perte d'autonomie et la place des personnes âgées dans la société.

Ces ateliers balayaient autant des sujets de prévention de la perte d'autonomie — puisque nous savons que des interventions précoces peuvent favoriser le maintien en autonomie des personnes âgées —, que des questions de gouvernance et de financement. Ces dernières sont très importantes. D'une certaine façon, en annonçant ce projet de loi, le Président de la République a évoqué ce nouveau risque à construire l'accompagnement de la perte d'autonomie des personnes âgées.

Chacun des ateliers tient actuellement ses dernières séances. Il remettra ses éléments de constat et de diagnostic, mais aussi ses

propositions, au rapporteur général Dominique LIBAULT, pour que ce dernier puisse rédiger son rapport à partir de l'ensemble de ces travaux (la consultation citoyenne, les groupes régionaux, et les ateliers nationaux).

Nous avons eu une première réunion avec l'ensemble des présidents, des coprésidents, et des membres des ateliers. Cette dernière a permis de faire apparaître des points d'accord très forts sur le constat des forces et des faiblesses de notre système actuel, et de dessiner des voies de progrès très largement consensuelles.

Je pense que les débats porteront sur la priorisation parmi les différentes actions qu'il semble nécessaire d'engager rapidement et de poursuivre dans la durée.

En effet, les évolutions démographiques seront progressives, mais importantes. Le nombre de personnes âgées en perte d'autonomie se rapprochera de 1,5 million à l'horizon 2040, et atteindra les 2 millions en 2060. Nous connaissons d'ores et déjà les enjeux. Néanmoins, il convient que nous nous inscrivions dans une temporalité qui nous permette d'appréhender ce nombre croissant de personnes très âgées en perte d'autonomie.

En outre, il conviendra de mener un débat sur la part des dépenses publiques que nous consacrerons à l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie. Des chiffres ont déjà été évoqués au sein de rapports parlementaires. En outre, les travaux du Haut-Conseil de l'âge ont développé des esquisses des montants de financement qu'il semblerait nécessaire d'apporter.

Il s'agit d'un grand choix national, qu'il conviendra de discuter au sein du Parlement, sur la base de l'ensemble des consultations citoyennes. Il est nécessaire de chiffrer l'effort qu'il nous faudra consentir pour garantir un accompagnement



bienveillant et de qualité à l'ensemble des personnes âgées en perte d'autonomie, en lien avec leurs accompagnants et leurs aidants, que nous devons décharger d'une partie du poids très lourd qu'ils portent au quotidien. En effet, les professionnels et les structures doivent se sentir à même de mener à bien leur mission, sans rencontrer des difficultés liées au manque de temps et de moyens.

Par ailleurs, au sein de mon atelier, il se dessine d'ores et déjà un certain nombre de propositions. Par exemple, sur le financement des Ehpad, nous avons proposé la fusion des sections « Soins » et des sections « Dépendance ». Cela permettrait de mettre fin à ce cloisonnement, qui a abouti à un partage difficilement perceptible entre ce qui est payé par l'Assurance maladie, au titre des soins, et ce qui est financé par les Conseils Départementaux et par les personnes elles-mêmes, au titre de la dépendance en établissement.

Il me semble qu'il s'agit d'une réforme nécessaire si nous souhaitons améliorer la qualité des interventions, renforcer les moyens des établissements pour l'accompagnement des personnes, et mettre la prévention de la perte d'autonomie au cœur des missions des professionnels des Ehpad. Cette réforme permettra également de clarifier ce que les résidents et leurs familles acquittent au titre de l'hébergement, puisque nous pourrions recentrer la section hébergement sur le séjour, c'est-à-dire la mise à disposition d'une chambre, la restauration, et l'animation de la vie sociale.

Nous avons également mis en place un débat sur la réforme de l'APA, pour faire en sorte que les composants « Aide humaine », « Aide technique », et « Droit au répit » soient plus clairement identifiés au sein de cette allocation. En effet, si nous voulons réussir le pari du maintien à domicile, qui est la volonté d'une majorité de la population âgée privée d'autonomie, nous devons renforcer les aides

humaines, sans que cela ne se fasse au détriment du financement des aides techniques. En outre, le droit au répit doit être plus largement accessible.

Voici les orientations qui se dessinent dans mon atelier. Elles sont très consensuelles. Il conviendra bien sûr d'en mesurer les conséquences. De grands choix devront être effectués en termes de priorités dans l'allocation des financements publics.

En outre, le sujet du reste à charge a été au cœur des débats au sein des groupes. Ce dernier est très important au sein des Ehpad. Ce problème est connu, et nous avons proposé différents scénarios d'évolution de la solvabilisation pour l'accès des personnes âgées dépendantes aux établissements d'hébergement.

De plus, depuis plusieurs mois, nous travaillons sur une réforme de la tarification des services d'aides et d'accompagnement à domicile, aux côtés de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et des fédérations et associations du secteur. Nous avons effectué des propositions pour limiter ces tarifs, afin qu'il n'existe pas de mauvaise surprise sur le reste à charge.

Je viens de vous présenter un point de situation du débat national, qui est très riche. Je souligne que beaucoup de points d'accord ont été trouvés sur les diagnostics et les voies de progrès.

Valérie LESPEZ

En termes de méthode, comment procèdent les différents groupes pour effectuer leurs propositions ?

Jean-Philippe VINQUANT

Chaque atelier doit effectuer des propositions sous la forme de scénarios modulaires. Le but est de mettre en perspective différentes manières de déployer ces propositions. Par la suite, le



rapporteur général, Dominique LIBAULT, devra combiner l'ensemble des contributions des différents groupes au sein de son rapport.

Certes, certains scénarios sont cumulables entre les différents groupes. Par exemple, au sein de mon groupe, certaines propositions sur l'Ehpad de demain sont très complémentaires avec celles réalisées au sein du groupe présidé par Anne BURSTIN et Marc BOURQUIN. Néanmoins, le travail de synthèse doit être facilité par l'identification de scénarios modulaires.

Valérie LESPEZ

Lorsque vous présentez vos propositions, sont-elles consensuelles ? Allez-vous dans le détail des débats internes ?

Jean-Philippe VINQUANT

Sur certains sujets, il existe effectivement des voix différentes qui s'expriment au sein des groupes.

À titre d'exemple, au sein de notre groupe, nous avons débattu de la question de la convergence entre la perte d'autonomie des personnes âgées et la politique inclusive du handicap. Lors de plusieurs séances, nous avons discuté de la fusion éventuelle entre l'APA et la PCH, ainsi que d'un rapprochement des dispositifs d'évaluation.

Certains membres du groupe sont très favorables à la mise en place d'un dispositif unique et uniforme pour les personnes âgées et les personnes handicapées. D'autres pensent, de manière assez majoritaire, que la politique de l'âge n'est pas la même que la politique inclusive du handicap.

À ce sujet, nous avons même réalisé quelques cas pratiques. Pour ce faire, nous avons demandé à un service d'évaluation d'un Conseil Départemental, compétent sur la PCH et sur l'APA, d'appliquer la grille des prestations compensatrices du handicap à des dossiers de

personnes âgées en perte d'autonomie.

Or, nous nous sommes aperçus que si la personne en question appartient au GIR 4, elle ne pourrait pas bénéficier de la prestation compensatrice du handicap. De même, si elle appartient au GIR 2, elle pourrait certes prétendre à cette prestation, mais ne pourrait pas bénéficier de l'aide-ménagère.

Ce sujet a fait l'objet de beaucoup de débats. Au sein des comptes rendus, nous avons donc eu recours à la formule suivante : « *Certains pensent qu'une convergence forte devrait être mise en place par rapport à la politique du handicap. Néanmoins, nous sommes dans l'idée majoritaire qu'il existe une politique de l'âge à part entière, un continuum dans la prise en charge de la perte d'autonomie, et que la convergence avec la politique inclusive du handicap ne peut pas être complète.* »

Valérie LESPEZ

Si le directeur général de la cohésion sociale pense qu'il convient de fusionner les sections « Soins » et « Dépendance », pouvons-nous dire que cela signifie que ce changement aura bien lieu ?

Jean-Philippe VINQUANT

Il s'agit d'une proposition consensuelle. Ainsi, elle sera peut-être reprise par le rapporteur général au sein de sa synthèse, puis par le gouvernement.

Néanmoins, cela n'est pas une mince affaire que de fusionner ces deux sections. En effet, entre l'intention, la proposition, et sa mise en œuvre, il existe beaucoup de chantiers techniques et financiers. Il conviendrait également de discuter avec les agences régionales de santé et les Conseils Départementaux, puisque cette fusion concernerait deux sections pilotées par deux autorités différentes.



Ainsi, j'ai bon espoir que ces propositions pourront être reprises. Cependant, j'imagine qu'un travail préparatoire d'au moins 18 mois serait nécessaire.

Valérie LESPEZ

Merci beaucoup Monsieur VINQUANT.

Je me tourne maintenant vers vous, Madame VIDAL. J'aimerais vous poser les mêmes questions pour le groupe que vous coprésédez. En outre, j'aimerais connaître votre regard sur cette concertation en tant que parlementaire. Trouvez-vous cet exercice intéressant et utile ? Au sein de votre groupe, quels types de propositions avez-vous effectués ?

Annie VIDAL, députée de Seine-Maritime, membre de la commission des Affaires sociales de l'Assemblée nationale

Bonjour à toutes et à tous,

Bien évidemment, je trouve que cet exercice est intéressant, et nous faisons tout pour qu'il soit utile.

Tout d'abord, je suis très heureuse qu'au sein de cette mission Libault, dont l'objectif est de préfigurer ce que sera le futur projet de loi « Grand âge et autonomie », il existe un atelier comprenant les aidants, la famille, et le bénévolat.

En effet, les proches aidants prennent une part extrêmement importante dans l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie. Pour cette raison, je pense qu'il convient de ne pas dissocier le binôme aidant/aidé au sein de cette loi.

Par ailleurs, il convient de souligner que les 25 membres de mon atelier sont quotidiennement confrontés à la réalité du terrain. En effet, ce groupe de travail est composé

de présidents de région, de présidents des ARS, de représentants de familles, de directeurs d'établissements, de représentants du personnel soignant, de représentants de France Alzheimer, ou de représentants de France Répit. Ainsi, les propositions issues de cet atelier seront concrètes et liées au terrain.

En outre, nous travaillons en ateliers participatifs, afin que chaque membre puisse donner son regard sur les différentes questions à partir de ses propres expériences.

De cet atelier, il ressort quelques éléments saillants. Tout d'abord, avant d'effectuer des propositions sur la situation des proches aidants, il conviendrait préalablement de disposer d'une meilleure adéquation entre les besoins de l'aidé et l'offre apportée. Cette réflexion est complémentaire avec les travaux menés au sein d'autres ateliers.

En outre, aujourd'hui, il apparaît que nous ne disposons pas de chiffres précis concernant les aidants. Il est nécessaire de mieux connaître cette population. À ce sujet, cet après-midi, nous allons assister à la présentation de l'enquête DREES, qui mettra à jour un certain nombre d'éléments. Si besoin, nous souhaitons demander un complément à cette enquête, afin de disposer d'une meilleure connaissance de la socio-démographie des aidants, de leur situation professionnelle, ou de leurs lieux de résidence (grande ville ou secteur rural).

D'autre part, des débats ont eu lieu sur la question de la reconnaissance des aidants, et notamment sur la mise en place d'un éventuel statut pour ces derniers. Néanmoins, d'après les échanges, les aidants ne chercheraient pas à obtenir un statut, mais souhaiteraient plutôt constituer un groupe auprès duquel se reconnaître et se référer.

Pour information, 50 % des proches aidants disposent d'un emploi, et ce chiffre devrait



encore augmenter. Il conviendrait donc d'aider ceux qui sont salariés. Aujourd'hui, il existe déjà un congé proche aidant. Néanmoins, en 2018, seulement 10 demandes ont été recensées. Cette situation s'explique probablement par des motifs financiers. Pour cette raison, le gouvernement s'est d'ores et déjà engagé à réviser le congé proche aidant.

En outre, de plus en plus d'entreprises s'engagent dans la reconnaissance de la situation des aidants. Ainsi, certaines mettent en place des stratégies qui leur facilitent la vie, notamment par le biais d'horaires adaptés et de télétravail. À ce titre, depuis quelques années, le prix « Entreprises & salariés aidants » est décerné à certaines sociétés.

D'autre part, nous avons beaucoup réfléchi à la territorialisation de l'offre. En effet, dans certaines situations, des personnes peuvent devenir aidantes du jour au lendemain. Or, il est parfois difficile pour ces dernières de s'y retrouver entre tous les dispositifs existants, qui ne sont pas accessibles de la même manière. Par conséquent, l'idée de mettre en place un guichet unique est arrivée en force, et a fait l'objet d'un certain consensus.

Pour aller davantage dans le détail, il existerait donc un acteur de centralisation de l'information, soutenu par un système informatique. La déclinaison serait ensuite définie en fonction des territoires.

Par ailleurs, nous avons souligné l'importance du bénévolat et des associations d'aide dans le maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie, au-delà des offres de prestation. En effet, il existe une manne importante de personnes qui ont envie d'apporter leur aide à leur voisin ou un membre de leur famille. Or, il peut être difficile de s'occuper d'une personne en perte d'autonomie.

Il convient donc de faire société autour de l'expression de ces solidarités, en

complémentarité entre professionnels, familles, associations, et bénévoles. À ce titre, beaucoup d'actions menées devraient être développées, structurées, et organisées au niveau national.

Valérie LESPEZ

Merci de ce résumé.

Je me tourne maintenant vers vous, Monsieur CALMELS. Jugez-vous ces travaux utiles et efficaces ? Pensez-vous qu'ils permettent de bien préparer l'avenir ?

Benoît CALMELS, délégué général de l'UNCCAS

Avant tout, je tiens à préciser que votre président m'a autorisé à être un peu corrosif. Néanmoins, je suppose qu'il s'agit de l'une des raisons pour lesquelles j'ai été invité.

Tout d'abord, je souhaiterais revenir en arrière, lorsque nous avons commencé à évoquer cette concertation. Rappelez-vous : il s'agissait d'une interview télévisée. Le président de la République était assis face à deux monstres sacrés, dans un lieu important. Puis, soudainement, nous entendions parler de personnes âgées, de grand âge, et de risque. L'émotion était vive sur les réseaux sociaux. Nous comprenions que nous nous apprêtions à évoquer une question essentielle : le financement du grand âge relève-t-il de la solidarité nationale ?

Sachez qu'au sein de l'UNCCAS, nous entretenons un grand espoir quant à cette concertation, d'autant plus que nous avons vécu la stratégie pauvreté, qui avait été voulue et présentée par le Président de la République.

Ainsi, nous avons décidé de s'engager pleinement dans les travaux menés par les ateliers nationaux. Nous estimons qu'il convient tout mettre sur la table, de tout changer, et d'être véritablement disruptif. Nous nous sommes donc inscrits au sein



de différents groupes, et avons émis des propositions.

Néanmoins, à ce jour, notre regard est sinon inquiet, du moins interrogé. Nous craignons de revenir au même point qu'au début. En effet, je rappelle que nous avons déjà failli vivre le grand soir avec Pascale BOISTARD, avec Michèle DELAUNAY, puis avec Roselyne BACHELOT.

Je salue les mesures évoquées, notamment sur les Ehpad. Néanmoins, sans critique aucune envers mes interlocuteurs, j'ai le sentiment qu'il s'agit simplement d'une série de mesures similaires à celles énoncées 25 ans plus tôt. Les constats et les débats sont toujours les mêmes.

À titre d'exemple, lors de l'un des ateliers nationaux, certains membres se sont enflammés en disant : « La solution serait de créer des lieux de vie, où chaque personne âgée disposerait d'un studio, et pourrait participer à des animations l'après-midi. » Nous leur avons répondu que ce dispositif existait déjà : cela s'appelle les résidences autonomie.

Ce que nous souhaitons souligner, c'est que lorsque nous participons à ces concertations, nous avons l'impression de revivre le même moment, en revenant sans cesse aux mêmes problématiques.

Ainsi, pour en revenir au sujet, Dominique LIBAULT nous présentera les mesures retenues au sein de son rapport. Nous exprimerons notre avis sur ce dernier. Puis, une loi sera mise en place. Je me tourne donc vers vous, Annie VIDAL et Jean-Philippe VINQUANT, en tant que représentants du Parlement.

Sur la question du grand âge, nous avons constaté une véritable recherche de contact des deux Assemblées avec des acteurs du terrain. Ainsi, lorsque le travail législatif débutera, il conviendrait de ne pas oublier ces derniers. Il

serait nécessaire de « transformer l'essai », de voter une loi véritablement disruptive, et d'aborder la question du grand âge de manière pleine et entière.

En outre, cette loi devra certes être votée pour résoudre les problèmes actuels, mais aussi les problèmes futurs. En effet, sur les communes, les investissements sont mis en place à l'échelle de deux mandats. Par conséquent, il convient de réfléchir à la situation de la population âgée d'ici 2030, voire 2040.

Par ailleurs, suite aux Assises nationales sur la convergence tarifaire, qui ne se sont pas bien déroulées pour le CCAS, nous avons mis en place un groupe de travail pour savoir d'où venait le problème. Je vais maintenant vous donner le détail de la réflexion sur deux sujets évoqués lors de ces ateliers sur les hébergements.

Premièrement, il a été dit que le modèle actuel des résidences autonomie n'existera plus d'ici 30 ans. La personne âgée souhaitera plutôt disposer d'un habitat inclusif, intégré à la cité, afin d'être un citoyen comme un autre.

Par conséquent, il serait possible d'imaginer des opérations immobilières mélangeant des appartements adaptés aux personnes âgées, des appartements pour les familles monoparentales, et des appartements pour les étudiants, comme c'est déjà le cas à Tours ou dans d'autres villes. Les appartements pour les personnes âgées seraient ainsi intégrés au sein de la ville, et non plus placés dans un ghetto immobilier.

Deuxièmement, il a été dit que les Ehpad ne seront plus des maisons de retraite. Certains pensent qu'ils deviendront des lieux surmédicalisés, comparables à des annexes d'hôpital, pour que la fin de vie se passe de la manière la plus digne possible.

Valérie LESPEZ



Ces sujets concernent le long terme. Ils ne sont pas abordés au sein des ateliers.

Benoît CALMELS

Certaines personnes évoquent ces sujets à long terme. Néanmoins, au sein du secteur, les mesures sont globalement prises sur du court-terme.

Les collectivités sont les principales fautives sur cet état de fait. En effet, il existe une problématique de taille : la règle budgétaire fonctionne par annualité. Ainsi, la réflexion sur un budget est limitée à un an. Or, l'analyse des besoins sociaux implique que la réflexion sur l'évolution du territoire soit menée sur cinq ou dix ans.

En outre, l'année 2019 permettra de rappeler aux futurs élus que la politique sociale n'est pas « chère », il s'agit d'un investissement. Les personnes âgées doivent être considérées comme les autres.

De plus, il est important de rappeler qu'une personne de 60 ans n'est pas forcément une personne fragile. Elle n'a pas forcément besoin d'être protégée, et n'a pas forcément envie de séjourner en résidence autonomie ou en Ehpad. Une personne de 60 ans peut simplement souhaiter vivre sa vie, qui est encore assez longue, et qui se passera probablement très bien.

Valérie LESPEZ

Merci.

Annie VIDAL, vous avez été interrogée sur la question suivante : pouvons-nous faire confiance au parlement ?

Annie VIDAL

Au sein de cette concertation, la manière dont nous travaillons pour préfigurer ce que sera la future loi « Grand âge et autonomie » répond à votre souhait d'être inséré à la préparation de ce texte.

En tant que parlementaire et à titre personnel, je reviendrai bien évidemment vers vous lors du travail législatif. Je l'avais déjà fait dans le cadre de mes travaux sur l'évolution de l'évaluation dans les Ehpad. J'avais commencé par m'autosaisir d'un rapport local, pour ensuite enrichir ma réflexion à partir de l'expérience terrain au sein du rapport national qui m'avait été demandé. J'avais mené ce travail aux côtés de professionnels.

Ainsi, lorsque la première version du projet sera écrite, et qu'il conviendra de la faire évoluer, nous irons bien évidemment vers les professionnels, les fédérations, et les associations pour enrichir ce texte.

Par ailleurs, Benoît CALMELS, lorsque vous affirmez que nous ne nous projetons pas du tout sur la question du devenir de l'Ehpad, je ne suis pas d'accord avec vous. Bien au contraire, dans les différents travaux que j'ai pu conduire, je n'ai entendu parler que de la question de l'Ehpad de demain.

En effet, nombreux sont ceux qui considèrent que le modèle actuel de l'Ehpad n'est pas adapté pour les années futures. Cette situation est normale, car ce modèle a été pensé à une autre époque, et correspondait donc à d'autres nécessités.

Nombreux sont ceux qui pensent que l'Ehpad de demain devra être réservé à des personnes en plus grande perte d'autonomie. En effet, il conviendra très certainement de construire des Ehpad plus médicalisés, qui se rapprocheront davantage des unités de soins de longue durée qui existent aujourd'hui. Cependant, il serait également nécessaire de mettre en place une organisation plus inclusive pour ceux qui



disposeraient encore d'autonomie.

Il existe de nombreuses discussions sur la politique en faveur de l'âge. Elles ne prendront peut-être pas toutes corps dans un texte de loi. Bien évidemment, une vision devra être déterminée à l'échelle nationale afin que les politiques locales puissent la décliner sur de futurs projets d'urbanisme.

Par ailleurs, pour reprendre les propos de Benoît CALMELS sur le financement, il s'agit en effet d'une réelle question. Certains ont évoqué le 5^e risque. Ce point a été largement discuté lors des années précédentes par les différentes politiques en place. Je ne suis pas en mesure de vous dire ce qu'il en sera, mais ce débat sera bien présent.

Valérie LESPEZ

Jean-Philippe VINQUANT, qu'en est-il du financement ?

Jean-Philippe VINQUANT

Je ne suis pas complètement décisionnaire sur ce sujet. Je peux néanmoins vous apporter quelques points d'éclairage sur ce « nouveau risque social » évoqué par le Président de la République.

Quelle est l'attente par rapport à l'évolution de la prise en compte du sujet de la perte d'autonomie ?

Premièrement, il est demandé une plus grande égalité et une plus grande universalité des droits. Pour ce faire, il convient de mettre en place un socle national qui soit mieux garanti, car nous constatons parfois des problèmes d'accès en fonction des territoires. En effet, nous nous trouvons sur un champ largement décentralisé, avec des politiques qui peuvent être très hétérogènes d'un territoire à l'autre, et avec des niveaux de financement très différents.

Nous avons d'ailleurs pu le constater lors de la réforme de la tarification des Ehpad. Le problème ne venait pas tant des dotations et des forfaits soins, que de la disparité des niveaux de financement des Conseils Départementaux.

Deuxièmement, s'agissant de l'évolution vers un 5^e risque, il est souhaité que les débats entre les différentes composantes de la politique de protection sociale soient un peu plus clairs et transparents. Nous pouvons d'ailleurs le constater avec les projets de loi sur le financement de la Sécurité sociale. Des propositions sont effectuées par le gouvernement sur l'affectation des recettes entre les différents risques. Conjointement, il existe un débat démocratique sur les priorités en matière de financement.

Actuellement, l'allocation des moyens pour la perte d'autonomie est découpée en trois tranches : l'ONDAM médico-social, le budget de la CNSA, et les budgets présentés par les Conseils Départementaux.

Je pense donc que, dans le cadre de cette construction d'un nouveau risque, il conviendrait de donner plus d'importance au débat sur la politique d'affectation des moyens de la perte d'autonomie des personnes âgées.

À ce titre, il existe un groupe spécifiquement dédié au financement de la perte d'autonomie. Il permet à chacun de s'exprimer sur les niveaux de financement qui devront être fixés pour la perte d'autonomie. Néanmoins, étant donné que les travaux sont encore en cours, je ne dispose pas des conclusions de ce groupe.

Valérie LESPEZ

S'agissant des financements, est-ce que le mouvement des gilets jaunes ne vient pas impacter l'enveloppe qui aurait pu être mise de côté pour la réforme ?



Jean-Philippe VINQUANT

Des réponses ont été apportées par le gouvernement, notamment sur le sujet du pouvoir d'achat. Bien évidemment, ces réformes auront un impact sur les dépenses de l'année 2019.

Dans le cadre de la crise des Ehpad et des difficultés des services d'aide et d'accompagnement à domicile, nous avons constaté qu'il était nécessaire de renforcer impérativement les moyens financiers mis en place.

Au travers du bilan du premier volet de la feuille de route de la ministre, nous pouvons constater que des financements nouveaux sont en train d'arriver. Nous avons accéléré la convergence des moyens, notamment au niveau des Ehpad.

Une partie de la salle exprime son désaccord.

Jean-Philippe VINQUANT

Je reconnais que vous n'avez pas encore perçu l'ensemble des bénéfices.

Pour information, au sein de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2019, il a été voté une disposition pour accélérer l'augmentation des moyens des Ehpad.

De plus, en 2018, d'autres financements ont été distribués sur le sujet de la qualité de vie au travail en Ehpad.

En outre, nous avons mis en place un plan de généralisation sur trois ans du dispositif des astreintes ou des gardes de nuit d'infirmières en Ehpad. Bien sûr, ce plan ne sera pas appliqué en même temps sur l'ensemble des établissements. Les modalités de mise en place de ces astreintes pourront être discutées entre partenaires territoriaux. Elles pourront être partagées sur plusieurs Ehpad, ou au sein même des équipes.

Ce plan se diffuse peut-être à un rythme qui peut engendrer de l'impatience ou de la frustration. Néanmoins, toutes les mesures que je viens d'évoquer sont bien en cours, et couvrent les années 2019 et 2020.

Le sujet du financement est de grande ampleur. Néanmoins, la hausse démographique se situera plutôt entre 2025 et 2030. À ce moment, il pourra donc être programmé une progressivité des financements nouveaux.

Valérie LESPEZ

Avant de laisser la parole à la salle, je souhaitais que vous évoquiez l'offre de demain pour le secteur médico-social.

Jean-Philippe VINQUANT

Je serais moins pessimiste que Benoît CALMELS sur le sujet de l'évolution des résidences autonomie. En effet, j'estime qu'il ne manque pas grand-chose à ces dernières pour qu'elles deviennent des projets d'habitat inclusif pour les personnes âgées en perte d'autonomie.

Au sein de la loi de l'adaptation de la société au vieillissement, quels sont les deux verrous qui empêchent la réforme des résidences autonomie ?

Premièrement, il est possible que la proportion du public non âgé ait été calibrée de manière un peu trop juste. En effet, nous avons fixé un *quantum* maximal de 5 % pour le public hors personnes âgées.

Deuxièmement, il a été décidé de limiter la proportion de la population des GIR 1 et GIR 3 à 15 %, afin que les personnes puissent vieillir sans avoir à changer une nouvelle fois de résidence.

Si nous réfléchissons au sujet de la mutualisation



de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), il serait possible de permettre plus largement aux personnes de rentrer autonomes dans les résidences, et d'y vieillir, sans avoir à déménager en cas de perte d'autonomie.

Si nous lions ce sujet de développement des résidences autonomie au dispositif de maintien inclusif inscrit dans la loi ELAN, nous pourrions remettre des personnes âgées ou handicapées au cœur des villes moyennes désertées par des familles pour des questions de qualité de vie.

Par conséquent, je suis optimiste sur l'évolution des résidences autonomie. Je pense qu'elles pourraient devenir des composantes très intéressantes de l'offre de demain. En effet, j'estime qu'elles pourraient constituer des solutions pour les personnes âgées encore en capacité d'assurer une partie de leur vie quotidienne, mais qui pourraient ensuite avoir besoin d'une aide renforcée en cas de perte d'autonomie.

Valérie LESPEZ

Je vais maintenant laisser la parole à la salle.

De la salle

Bonjour,

Je voudrais revenir sur les résidences autonomie. En effet, il s'agit d'un sujet qui me préoccupe énormément. Au passage, nous avons d'ailleurs écrit un courrier à l'UNCCAS à ce sujet, et nous attendons sa réponse.

En novembre 2018, nous discutons avec l'UNCCAS de la pérennité des résidences autonomie, et elle avait déjà estimé que leur avenir était très incertain.

Personnellement, je travaille beaucoup sur l'habitat inclusif. Je compte d'ailleurs quelques personnes en situation de handicap au sein de ma

résidence autonomie. Aujourd'hui, un problème très important se pose : beaucoup de résidences autonomie territoriales sont associées avec des bailleurs sociaux. Or, les Conseils d'administration de ces bailleurs sociaux sont dirigés par des politiques.

Ainsi, depuis plusieurs années, voire décennies, nous ne parvenons pas à faire bouger les lignes. Nous avons sollicité différentes personnalités politiques, notamment le Président et le Vice-

Président du département du Pas-de-Calais, et même un Sénateur. Tout cela n'a mené à rien.

Certes, j'ai pu constater sur le logiciel Adèle que des aides de la CARSAT et des prêts CDC à 1 % seraient mis en place. Néanmoins, sans la mobilisation des bailleurs sociaux, il est impossible de mener des travaux de modernisation des établissements d'hébergement.

Benoît CALMELS

Avant tout, je signale que j'ai prévu de me déplacer dans le Pas-de-Calais pour répondre directement à ces questions.

Tout d'abord, je confirme que le fait qu'un bailleur social soit propriétaire des murs constitue un véritable problème, notamment pour la rénovation et la réhabilitation des résidences autonomie territoriales.

Par ailleurs, en tant que directeur général d'une association d'élus, je peux difficilement émettre une critique sur ces derniers. Je comprends bien que la situation puisse être difficile. Les fonctionnaires sont parfois bloqués par certaines décisions politiques. Cependant, il convient de souligner que l'immense majorité des élus politiques sont impliqués et volontaires.



De la salle

J'aimerais soulever une deuxième question : quid de la loi ASV pour les résidences autonomie ?

En effet, je suis d'accord pour pérenniser les résidences autonomie. Néanmoins, il conviendrait d'envisager une équivalence à la section de soins, afin que la résidence autonomie devienne un maillon intermédiaire entre l'Ehpad et le domicile. Il serait donc nécessaire de mutualiser les moyens médicaux.

Jean-Philippe VINQUANT

Tout d'abord, s'agissant de la transformation des résidences autonomie, comme vous le savez, un plan d'investissement a été conforté par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'autonomie et par la caisse de l'assurance vieillesse. Il a permis d'accompagner un certain nombre de projets. Le besoin d'investir pour rénover et transformer les structures a donc clairement été identifié.

En outre, vous l'avez peut-être constaté, l'APA et Action Logement ont annoncé des investissements pour l'adaptation des structures au vieillissement. Le plan Action Logement représente 9 milliards d'euros sur 5 ans. Les grandes actions devraient être prochainement précisées par le Conseil d'administration d'Action logement.

De plus, d'autres types de financement peuvent être mobilisés, notamment ceux provenant la Caisse des Dépôts et consignations, lorsque la résidence dispose d'une équivalence d'habilitation aux APL.

Ainsi, il convient maintenant de donner de la visibilité et de la clarté au sein du plan d'investissement pour l'évolution et la rénovation des structures.

S'agissant des personnels et de l'encadrement au sein des résidences autonomie, nous pouvons

réfléchir à la façon d'assurer plus de présence, notamment par la voie de la mutualisation de l'APA ou par la voie de l'intervention de SSIAD, afin de structurer une prise en charge soignante. Les débats sont l'occasion de prendre en compte ce type de sujet.

De la salle

Bonjour,

Je suis inquiète, car je pense que les représentants du SSIAD ne sont pas très nombreux. Nous entendons beaucoup parler d'Ehpad et d'Ehpa. Quid de notre posture de soin à domicile ? En effet, nous sommes confrontés aux mêmes problématiques que nos collègues d'Ehpad ou d'Ehpa. Notre dotation en soin est limitée à 35 euros par jour, alors que nous pouvons passer trois à quatre fois chez la personne en milieu rural ou urbain.

Pour information, la ville de Cholet compte environ 50.000 habitants. Or, le SSIAD de cette ville comprend seulement 140 places pour répondre aux problématiques du vieillissement de la population et des personnes qui veulent rester à domicile.

Par conséquent, que vont devenir les SSIAD au sein de cette loi ?

Jean-Philippe VINQUANT

S'agissant des SSIAD, qui sont des composantes très importantes de la sécurisation du séjour à domicile, il conviendrait d'avoir deux niveaux de réflexion.

Premièrement, nous n'avons pas réussi à conduire collectivement la réforme du modèle des SSIAD, qui est pourtant évoquée depuis de très nombreuses années. Des travaux avaient déjà été effectués. Néanmoins, ils avaient échoué sur la question de la différenciation du tarif et de la dotation des SSIAD, en fonction de la



lourdeur du besoin en soins des personnes accompagnées.

À ce sujet, comme vous le savez, une étude nationale a été lancée afin de disposer de meilleurs indicateurs de la charge de travail des SSIAD par rapport au niveau de financement qu'ils reçoivent. Nous avons donc la ferme intention d'aboutir sur cette réforme.

Deuxièmement, étant donné que le plan « Solidarité grand âge » avait mis l'accent sur la création de places en Ehpad, les agences régionales de santé avaient disposé de très peu de marge pour développer des SSIAD. À ce titre, certaines prescriptions médicales n'avaient pas pu être suivies par une intervention de SSIAD.

Désormais, l'accent est davantage mis sur le maintien à domicile. Ainsi, je pense que nous pouvons envisager une dynamique nouvelle pour le développement des SSIAD.

Par ailleurs, une question se pose sur l'intérêt d'avancer sur le modèle des SPASAD. Pour rappel, ce dernier intègre les interventions des SSIAD. Ce sujet a été évoqué au sein de l'atelier sur l'évolution de l'offre de demain.

Pour le moment, nous nous heurtons à l'existence d'un double-financement de ce modèle SPASAD : d'une part, les agences régionales de santé, et d'autre part, les Conseils Départementaux.

Le modèle SPASAD est très intéressant et assez fortement plébiscité. Nous avons une évaluation en cours de l'expérimentation SPASAD, qui a été financée dans le cadre de la loi d'adaptation de la société au vieillissement. Ainsi, si nous souhaitons développer ce type de service intégré et coordonné, il conviendra d'effectuer un choix sur les modalités de promotion.

Ce sujet a donc bien été inclus dans le champ de réflexion du débat national. Il conviendra de le traiter lors de la synthèse.

De la salle

Bonjour à tous,

Je m'interroge fortement sur un sujet qui n'a quasiment pas été abordé pour le moment. En effet, nous parlons d'une loi d'accompagnement des personnes âgées. Je rappelle que pour accompagner, il est nécessaire de disposer d'accompagnants. Or, il est constaté une pénurie d'accompagnants, d'autant plus importante en ce qui concerne les accompagnements diplômés. À ce sujet, nous avons déjà tiré la sonnette d'alarme à plusieurs reprises. Quelles sont les actions prévues pour remédier à cette situation ?

Applaudissements de la salle.

Jean-Philippe VINQUANT

Bien sûr, un atelier sur les métiers des aidants a été mis en place. Très clairement, y compris dans les expressions de Dominique LIBAULT, le souci apporté aux professionnels est absolument central.

En effet, nous aurons beau concevoir les meilleurs dispositifs pour les personnes en perte de dépendance, si nous ne disposons pas de professionnels qualifiés, mobilisés, et reconnus, nous rencontrerons de très grandes difficultés à garantir la qualité des prises en charge.

Ainsi, dans le cadre de l'atelier sur les métiers, le sujet des professionnels est étudié sous plusieurs angles.

Tout d'abord, il convient de savoir quels sont les différents professionnels qui doivent contribuer à l'accompagnement des personnes âgées.

Il s'agit également d'une question d'attractivité des métiers. Ainsi, les conditions de travail doivent être améliorées, car ces professions sont marquées par une charge physique et psychologique très lourde. En effet, elles sont le



réceptacle d'une forte attente de la société.

D'autre part, il convient de poser la question de la rémunération et du niveau de reconnaissance accordés à l'accompagnement des personnes âgées.

De façon plus générale, il est important que les professionnels de santé et les professionnels du social disposant de diplômes d'état fassent plus volontiers le choix de s'investir dans l'accompagnement des personnes âgées.

En effet, actuellement, lorsque les professionnels de santé doivent faire le choix de leur établissement ou de leur secteur d'exercice, il apparaît que l'Ehpad constitue la dernière option qu'ils envisagent au sein du groupe hospitalier.

Ainsi, cette appétence pour les métiers de l'âge viendra de la considération que nous aurons des personnes âgées dans la société. Il s'agit de la seule manière de créer des vocations.

À titre d'exemple, dans le champ de l'activité hospitalière, la fonction d'anesthésiste-réanimateur est plutôt bien rémunérée. Néanmoins, du fait du manque d'attractivité de ce métier dans le secteur public, certains établissements ne parviennent toujours pas à recruter assez d'anesthésistes-réanimateurs pour faire tourner leur bloc.

Ainsi, l'attractivité des métiers de l'accompagnement du grand âge passe évidemment par leur valorisation et leur rémunération. Néanmoins, si les gens ne sentent pas qu'il s'agit d'une mission importante et que la société y accorde du prix, ils s'en détourneront.

Benoît CALMELS

Je souhaiterais également rebondir sur l'intervention de Monsieur Alexandre DELMAS. Selon moi, il existe trois problématiques sur le sujet de la pénurie d'aidants.

Premièrement, il est difficile de recruter des jeunes qui entrent dans la vie active en leur disant qu'ils s'occuperont de personnes déclinantes, en perte d'autonomie, ou séniles.

Deuxièmement, les jeunes n'ont pas forcément envie d'aller travailler dans un secteur dont on dit qu'il est en souffrance depuis 25 ans.

Troisièmement, l'attractivité du métier est freinée par le *bashing* opéré ces derniers temps sur les Ehpad. Certes, il existe des problèmes au sein de quelques établissements. Néanmoins, il convient de ne pas généraliser un comportement minime d'une partie minime de la population.

Applaudissements de la salle.

Annie VIDAL

Pour compléter vos propos, il est vrai que l'hypermédiatisation a fait un tort considérable à l'ensemble de la profession. J'ai entendu plusieurs professionnels me dire à quel point ils avaient souffert de ces communications.

S'agissant de ces métiers du grand âge, je voudrais souligner que beaucoup font le choix de cette profession, car ils ont envie d'être auprès des personnes âgées et de les accompagner jusqu'à leur fin de vie.

Enfin, pour information, quelques professionnels m'ont suggéré que le métier du grand âge pourrait devenir une spécialisation. Il conviendrait de mener une réflexion à ce sujet.

De la salle

Bonjour,

Tout à l'heure, Jean-Philippe VINQUANT nous a parlé de la possibilité de créer une seule section « Dépendance et soins ». Or, je souhaiterais évoquer mon inquiétude à ce sujet. En effet, je ne vois pas pourquoi une collectivité territoriale, en



tant que système d'organisation administrative, déciderait de ne plus s'occuper de ce point.

En outre, je crains qu'une fois de plus, nous finissions par mettre en place un organisme qui chapeauterait les départements et l'ARS, et qui constituerait un élément supplémentaire au sein du millefeuille administratif.

Annie VIDAL

L'idée n'est pas de créer des strates supplémentaires.

Benoît CALMELS

Il convient de garder la foi, et d'être un peu d'optimistes.

Lorsque nous avons travaillé sur la stratégie pauvreté, le Président du Conseil Départemental

de la Meurthe-et-Moselle a dit : « *Je pense que les départements n'ont plus les moyens d'effectuer ces financements. Remontons au niveau national. Ne nous occupons plus de l'APA ou de la PCH. Remplissons notre rôle de Conseil Départemental, à savoir d'être les organisateurs de la réponse territoriale. Avec l'aide de l'État, assurons-nous que les lois soient bien appliquées partout sur le territoire.* »

Gardons confiance en la jeune génération d'élus. L'avenir sera plus radieux.

Valérie LESPEZ

Merci beaucoup Monsieur.



UNE COOPÉRATIVE GESTIONNAIRE D'EHPAD, DE SSIAD ET D'ACCUEIL DE JOUR : PROTOTYPE D'UNE NOUVELLE ORGANISATION

Sophie QUELENNEC, directrice de la plateforme Lépine de Versailles

Valérie LESPEZ

Bonjour Madame Sophie QUELENNEC,

Vous dirigez la plateforme Lépine de Versailles. Il s'agit d'une coopérative gestionnaire d'Ehpad, de SSIAD, et d'accueil de jour. Vous allez nous raconter comment est née cette plateforme. Peut-être certains membres de la salle pourront-ils piocher quelques idées dans ce que vous allez nous présenter. Je vous laisse la parole.

Sophie QUELENNEC, directrice de la plateforme Lépine de Versailles

Merci à vous.

Bonjour à tous,

En avant-propos, je tenais à souligner l'état d'esprit qui est à l'origine de ce projet que nous avons développé au cours de ces dernières années. Nous avons tous de bonnes habitudes, qui structurent nos équipes de soins au quotidien. Néanmoins, nous avons également de mauvaises habitudes, que nous finissons par accepter, parce qu'il nous manque des moyens financiers ou du personnel. Pour cette raison, nous nous sommes rendu compte que nous pouvions finir par nous habituer à ce que certaines personnes soient plus ou moins bien traitées.

Par ailleurs, pour en revenir à la genèse de ce projet, avant que cette coopérative naisse, une nouvelle municipalité avait été élue dans la ville

de Versailles. Pour information, la précédente municipalité avait pour projet de créer un grand Ehpad sur le site de Lépine, programmé pour accueillir 250 places.

Très vite, la nouvelle municipalité a souhaité réorienter le projet dans la continuité du parcours de la personne âgée. Elle voulait disposer d'une structure polymorphe, qui puisse proposer différents services pour la population âgée du territoire de Versailles.

Parallèlement à cela, il s'avérait que l'Ehpad se trouvait sur deux sites vieillissants. Le premier bâtiment datait des années 1980. Il comprenait 38 chambres doubles. Le second avait été construit au milieu des années 2000. Néanmoins, il comprenait un certain nombre de malfaçons. Enfin, il existait un SSIAD, qui était situé à proximité de l'Hôtel de Ville de Versailles. Tous ces services travaillaient de manière relativement cloisonnée.

Pour résumer, il existait une problématique immobilière, des bâtiments vieillissants qui séparaient les équipes les unes des autres, et une volonté d'innover pour répondre aux différentes demandes des personnes âgées du territoire de Versailles. J'ajoute que l'Ehpad était dans une gestion financière compliquée.

Ainsi, puisqu'il convenait de financer ces travaux de construction et de rénovation et qu'il était nécessaire que les services adoptent un fonctionnement décroisé, la ville de Versailles



a décidé de rencontrer différents partenaires, y compris issus du secteur privé et lucratif.

Finalement, plusieurs chemins se sont croisés : celui de Bernard DEVERT, le Président fondateur d'Habitat et Humanisme, celui de François de MAZIERES, le maire de Versailles, et celui de Corinne BEBIN, 5^e adjointe du maire, déléguée à l'action sociale et à la santé.

La fédération Habitat et Humanisme était déjà rompue aux sociétés coopératives d'intérêt collectif (SCIC), puisqu'il s'avérait que leurs foncières qui réhabilitent les Ehpad étaient des SCIC.

Ainsi, tout a démarré en 2012, avec la création de la coopérative. Au départ, elle ne comptait qu'un seul salarié. Elle servait essentiellement au financement et au suivi des travaux. En 2015, il a été posé la première pierre de la construction. Les déménagements des deux Ehpad et du SSIAD ont eu lieu en 2015, 2016, et 2017. Puis, au début de l'année 2017, l'ensemble des fonctionnaires titulaires a été transféré, et nous avons tous commencé à travailler au sein du même site, et avec la même gestion.

Lors des années 2015 et 2016, l'essentiel du travail a donc consisté à suivre les travaux et à s'occuper du volet des ressources humaines. En effet, ce transfert a suscité énormément de discussions, de rumeurs, et de crainte de la part des titulaires comme des contractuels. Il a fallu rassurer tous les collaborateurs.

Nous avons mené un accord d'adaptation, qui a été signé en 2016. Ce dernier a permis à l'ensemble des salariés, fonctionnaires ou non, d'être transférés dans cette nouvelle structure privée à but non lucratif.

Valérie LESPEZ

Combien de salariés ont été transférés ?

Sophie QUELENNEC

Environ 65 % des agents ont suivi ce déménagement. Actuellement, tous les salariés se trouvent en CDI de droit privé. Parmi eux, nous comptons des titulaires de la fonction publique territoriale, des titulaires de la fonction publique hospitalière, et des anciens contractuels.

En 2016, le travail a consisté à mener le dialogue social avec les partenaires, et à les rassurer au maximum. Nous avons organisé beaucoup de réunions pour mettre en place l'accord d'adaptation. À la suite de ces dernières, nous mettions en place des réunions plénières pour expliquer à nouveau la situation et reformuler les informations, afin d'éviter qu'il existe une distorsion dans la communication.

Nous avons fini par convaincre les salariés que ce projet était vraiment intéressant, car nous leur avons beaucoup parlé de leurs métiers. Ils ont compris que ce projet était aussi leur projet. En effet, il ne s'agissait pas seulement de transférer un Ehpad qui avait des problèmes économiques, mais de répondre aux nouveaux besoins des personnes âgées, en assurant la continuité de leur parcours.

Ce matin, nous parlions de l'émergence des nouveaux besoins, et du fait que la situation des SSIAD n'était pas assez évoquée. Or, je pense qu'il s'agit d'une activité d'avenir. L'Ehpad a pleinement son rôle à jouer. Néanmoins, je pense qu'il conviendrait d'aborder l'ensemble des services comme un tout, et de cesser de cloisonner Ehpad, SSIAD, et accueil de jour. À titre d'exemple, nous songeons à nous rapprocher d'un service d'aide à domicile, afin de compléter notre offre de service.

De même, nous savons que certains métiers n'existent pas pour le moment, mais devront exister à l'avenir. À titre d'exemple, si j'habite à



Marseille, je devrais pouvoir appeler la structure Lépine de Versailles, afin de savoir si ma mère est bien à son domicile, mange correctement, dispose d'une vie sociale suffisante, etc. Un certain nombre de services de ce type existent en Ehpad, mais pas encore au domicile. Actuellement, la personne âgée au domicile est « saucissonnée » entre son portage de repas, son aide à domicile, ou son bip appel malade.

Ainsi, les acteurs du secteur disposent tous d'un rôle à jouer pour coordonner le parcours des personnes âgées. En effet, si ces dernières étaient davantage en contact *via* des services à domicile avec des professionnels de l'Ehpad, leur entrée en établissement serait moins violente. Il existe donc un travail important à mener en termes de communication et de suivi.

Aujourd'hui, sur le site de Lépine de Versailles, l'Ehpad comprend 112 places., le SSIAD comprend 135 places, l'ESA comprend 45 places, et l'accueil de jour comprend 12 places. Ce projet s'est inscrit d'emblée au sein de son environnement, puisque, selon la volonté du maire, nous disposons d'une salle polyvalente nommée *Atrium*, qui est louée à des particuliers, à des associations, ou à des familles.

Par ailleurs, ce matin, Madame FORETTE a parlé de la population des plus de 60 ans et des plus de 80 ans. Or, je pense que nous nous orienterons progressivement vers une meilleure prise en compte de la fragilité globale de ces populations. Ainsi, à mon sens, il serait pertinent de travailler tous ensemble pour fournir une réponse organisée, mais décroïsonnée.

Un projet comme celui-ci demande beaucoup d'énergie, d'engagement, et d'humilité. Je pense qu'il a été un succès en termes de transfert de gestion, car nous avons très tôt affirmé ce que nous recherchions à long terme. En outre, il existe un équilibre dans la gouvernance de la société de coopérative entre nos deux partenaires fondateurs, puisque la Présidente de la

coopérative est la maire adjointe aux affaires sociales de la ville de Versailles, et que le Directeur général est issu d'Habitat Humanisme. De plus, nous disposons de partenaires au sein du territoire, notamment les hôpitaux et les réseaux gynécologiques.

Par ailleurs, la participation des salariés et des bénéficiaires fait partie des statuts d'une société coopérative. Néanmoins, ce processus a été très long à mener. En effet, au moment du transfert, nous disposions d'une représentation des bénéficiaires, par le biais du Président du Conseil de la vie sociale de l'Ehpad, qui avait pris des parts au sein de la société coopérative. Néanmoins, aucune élection de coopérateurs n'avait été officiellement organisée. À l'époque, je représentais les salariés.

Or, cette année, une élection a eu lieu, et le premier Conseil d'administration a été organisé, avec les représentants des salariés. J'estime qu'il s'agit d'un élément très important. En effet, au sein de notre secteur, nous rencontrons d'importantes difficultés de recrutement, particulièrement en région parisienne, avec des niveaux de salaire qui sont les mêmes qu'en province.

Ainsi, je pense qu'il est très important d'associer les salariés au fonctionnement des structures, de manière cadrée, en leur expliquant bien de quoi il retourne. À mon sens, nous ne pouvons demander aux salariés de co-construire que s'ils sont aussi coresponsables.

Pour finir, lors de notre phase post-transfert, nous avons dû effectuer énormément de paramétrages. En effet, le transfert de gestion a impliqué de changer la majeure partie de nos logiciels d'administration et de gestion. L'ensemble de ces réglages a été achevé à la fin de l'année 2018.

Valérie LESPEZ



En 2019, la construction de l'ensemble est donc terminée.

Sophie QUELENNEC

Tout à fait. Cette opération a demandé énormément de travail.

En effet, les salariés de part et d'autre devaient accepter de changer de culture professionnelle. Le secteur privé disposait d'*a priori* pas toujours favorables sur le secteur public, et le secteur public disposait d'une vision très négative vis-à-vis du secteur privé. Il a donc fallu faire en sorte que ces deux cultures professionnelles se rencontrent.

En outre, il convenait également d'orchestrer la fusion du SSIAD et de l'Ehpad. Je rappelle que le travail à domicile n'est pas le même qu'au sein d'un Ehpad. Il est nécessaire de prendre du temps pour que ces deux services se rencontrent et se comprennent.

Valérie LESPEZ

Merci de votre présentation. Avez-vous des questions dans la salle ?

De la salle

Bonjour,

Je suis ravi de ce que vous venez de nous présenter. Ce projet est superbe, car il permet de prononcer le mot « coopératif » au sein d'une société ultralibérale.

Ma question est très pratique. Vous avez choisi le statut de la société coopérative d'intérêt collectif (SCIC). Est-ce que votre établissement est agréé à l'aide sociale départementale ?

Sophie QUELENNEC

Oui, à 100 %.

De la salle

En outre, en tant que SCIC, vous êtes soumis à la TVA. Est-ce que la TVA a impacté le prix de journée, ainsi que le reste à charge des résidents ?

Sophie QUELENNEC

La TVA est incluse dans nos prix de journée. Pour information, l'ensemble de ces réflexions avait été préparé en amont, dans le cadre d'un PPI, sur lequel la société coopérative « Solidarité Versailles grand âge » s'était engagée, afin de fixer un prix de journée maximal en 2018. Ainsi, nous avons respecté ce qui avait été prévu. Nous avons également bénéficié du soutien de nos partenaires financeurs des travaux, le Conseil Départemental et l'ARS.

Il convient de souligner que, même si la concrétisation de la SCIC date de 2012, ce projet est né dix ans auparavant. Ainsi, un long travail préalable avait été mené pour que nous puissions respecter l'enveloppe de l'aide sociale. Étant donné l'importante population de personnes âgées, la ville de Versailles souhaitait également garder un contrôle sur les prix pratiqués sur son territoire.

Ainsi, le prix à la journée demeure correct, surtout dans le secteur des Yvelines, au sein duquel il existe beaucoup d'établissements proposant des prix très élevés.

De la salle

Bonjour,

J'adhère à votre projet. Néanmoins, je souhaitais vous poser une question. Si j'ai bien compris, il s'agit de proposer aux patients un parcours fléché.

Quelle est la place du libre choix pour le patient ?



Est-il possible de ne pas respecter ce parcours, pour des raisons tarifaires ou pour d'autres raisons ?

Sophie QUELENNEC

Nous n'avons pas pensé la notion de parcours sous cet angle. Nous souhaitons surtout faciliter la démarche d'un patient qui devrait effectuer un parcours.

À titre d'exemple, en ce moment, nous devons faire le choix de notre logiciel de soins. Nous souhaiterions qu'il puisse servir au SSIAD, à l'Ehpad, et à l'accueil de jour, ce qui ne signifie pas que le patient soit contraint de suivre un parcours prédéterminé entre ces différents services. Néanmoins, si cela devait arriver, il conviendrait que ce parcours soit effectué de la manière la plus confortable possible pour le patient et pour l'aidant.

Par ailleurs, depuis que nous sommes sur le même site, nous observons que beaucoup plus de patients du SSIAD se rendent naturellement à l'Ehpad. De même, les infirmières coordinatrices du SSIAD et de l'Ehpad se côtoient. À ce titre, lors de la mise en place des fiches de poste, nous avons pris le parti de ne pas séparer les infirmières coordinatrices de SSIAD et les infirmières coordinatrices d'Ehpad. En outre, progressivement, le SSIAD et l'Ehpad ont partagé les astreintes, ce qui a contribué au décloisonnement entre les services.

D'autre part, nous avons beaucoup réfléchi à la réorganisation de l'encadrement. En effet, auparavant, nous avons une directrice d'Ehpad et un directeur de SSIAD. Lorsque le projet a pris forme, nous avons décidé de préserver une configuration similaire de l'encadrement, et j'ai été recrutée en tant que directrice de plateforme.

Or, en 2017, nous nous sommes rendu compte que cette configuration ne pouvait pas demeurer ainsi. Il convenait de mettre en place un

premier cadre responsable de l'ensemble des soins sur tous les services, ainsi qu'un deuxième cadre sur d'autres fonctions. Pour parler familièrement, nous nous sommes donc creusé les méninges.

Aujourd'hui, nous disposons de deux pôles. Le premier Pôle de soins comprend un cadre de santé qui chapeaute trois infirmières coordonnatrices, des infirmières de soins, et des aides-soignantes Ehpad et SSIAD.

Le deuxième Pôle autonomie et qualité de vie comprend le pôle animation, le service d'accueil de jour, et les équipes spécialisées sur l'Alzheimer. Ces trois petits services dépendent du même coordonnateur, car ils travaillent sur les problématiques communes de la désorientation à domicile ou en Ehpad. Au sein de ce pôle, nous retrouvons également l'activité de la sécurité/maintenance, notamment la sécurité alimentaire, et l'hôtellerie/restauration, qui concerne aussi bien l'accueil de jour que l'Ehpad.

Au sein du Pôle animation, à l'heure actuelle, les animatrices sont essentiellement tournées vers l'Ehpad. Néanmoins, elles s'occupent aussi de la coordination de la vie sociale à domicile, au moins pour les opérations ponctuelles comme les spectacles. Elles prennent contact avec le service autonomie de la ville, afin de rompre l'isolement des personnes âgées.

À titre d'exemple, chaque matin, une dame appelle le SSIAD, car elle se sent très seule. Lors de l'un de ces appels, nous avons appris qu'elle s'apprêtait à fêter Noël seule. Ainsi, nous avons pris la décision de répertorier toutes les personnes venues dans nos services qui seront seules lors du 25 décembre 2019, afin de les inviter pour le Réveillon.

De la salle

Bonjour,



Je suis actuellement en formation à l'EHESP pour devenir directeur.

S'agissant des plateformes polymorphes, existe-t-il des professionnels qui travaillent à la fois au domicile et à l'Ehpad ? Dans leurs parcours d'aides-soignants, peuvent-ils passer d'un service à l'autre ?

Sophie QUELENNEC

Nous avons choisi de déployer ce processus de mutualisation par étapes. En effet, il existait une grande crainte de la part des aidants du SSIAD pour travailler au sein de l'Ehpad. Nous avons donc respecté l'identité de l'Ehpad et l'identité du SSIAD.

En revanche, nous avons bien insisté sur le fait qu'il n'existerait qu'un seul contrat pour les aides-

soignants de l'Ehpad et du SSIAD.

Finalement, au bout de 2 ans, certains aidants du SSIAD ont naturellement décidé d'effectuer quelques heures supplémentaires au sein de l'Ehpad. Pour le moment, nous ne constatons pas encore de professionnels de l'Ehpad qui souhaitent travailler pour le SSIAD, car l'aide à domicile demande davantage d'autonomie.

Valérie LESPEZ

Merci beaucoup Sophie QUELENNEC.



NOUVELLE LOI, EHPAD DE DEMAIN, REGROUPEMENTS... VERS LA FIN DES ESMS ACTUELS ?

Dr Pierre JEANDEL, directeur médical de l'Association des Foyers de province

Jean-Jacques COIPLÉ, directeur général de l'ARS Pays de la Loire

Valérie LESPEZ

Nous allons continuer notre après-midi de réflexion aux côtés de deux nouveaux intervenants. Ce thème s'appelle : « Nouvelle loi, Ehpad de demain, regroupements... : vers la fin des ESMS actuels ? ». Il s'agit du prolongement de la discussion déjà entamée ce matin.

Nous accueillons Pierre JEANDEL, le directeur médical de l'Association des Foyers de province, ainsi que Jean-Jacques COIPLÉ, le directeur général de l'ARS des Pays de la Loire.

Est-ce la fin des ESSMS actuels ? Est-ce qu'il conviendrait de créer une toute nouvelle offre, en faisant table rase du passé ? Est-ce qu'il conviendrait plutôt de faire évoluer ce qui existe déjà aujourd'hui ?

Je vous donne la parole, Docteur Pierre JEANDEL.

Dr Pierre JEANDEL, directeur médical de l'Association des Foyers de province

Bonjour à toutes et tous,

Il s'agit de vastes questions. Si vous le voulez bien, nous allons recentrer notre propos sur l'Ehpad.

Nous disposons de dix ans pour effectuer des modifications au sein de l'Ehpad et pour anticiper l'évolution de la population. En effet, comme

chacun le sait, il est probable que le modèle actuel de l'Ehpad soit à bout de souffle. Globalement, l'aspect monolithique de ce modèle a vécu, et a rendu énormément de services. Il correspondait à un besoin d'une époque.

Lorsque nous étudions ce sujet avec davantage de recul, nous pouvons constater de manière frappante qu'une multitude d'actions et de réflexions sont portées par les acteurs du secteur, par les tutelles, et probablement par les pouvoirs publics.

En outre, nous avons entendu ce matin, de la bouche de Monsieur CALMELS, que l'Ehpad de demain servira uniquement à accueillir les GIR 1 et les GIR 3. D'après lui, il sera dédié à l'accueil de la grande perte d'autonomie, pour ne pas dire, des personnes en situation de démence. Ce constat est aussi celui énoncé au sein du rapport du Haut-Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie, paru il y a environ quinze jours.

Ce constat est sans doute vrai, du fait de la médicalisation et de la sanitarisation de la population accueillie. Néanmoins, même si cette évolution est effective, il conviendra de mener une réflexion très poussée sur les méthodes, sur les moyens mis en place, ainsi que sur les métiers de l'Ehpad.

Selon moi, l'Ehpad de demain ne peut pas être résumé à un retour à l'USLD. En effet, du fait de



sa capacité de maillage territorial, de ses compétences en interne, et des moyens mis en place, il dispose sans aucun doute d'un rôle à jouer vis-à-vis de la population âgée. En outre, il devra très vraisemblablement s'ouvrir sur des services à domicile.

L'Ehpad dispose d'une potentialité de projection ou de ressources en interne. Lorsque nous sommes acteurs au sein d'un Ehpad, nous avons du mal à imaginer une structure réduite à l'accueil de personnes démentes.

Il existe une bipolarité entre ces deux tendances concernant l'avenir de l'Ehpad. Or, comme souvent, la justesse se trouve probablement au milieu. Certes, certains établissements s'inscriront probablement dans la très grande dépendance. Nous pouvons d'ailleurs déjà observer certains Ehpad spécialisés dans ce domaine. Néanmoins, d'autres établissements deviendront plutôt des pôles de ressources. Ainsi, un système n'exclura pas l'autre.

Valérie LESPEZ

Le même établissement ne peut-il pas suivre ces deux tendances ?

Dr Pierre JEANDEL

Bien entendu.

Derrière ces réflexions sur les établissements, il existe des facteurs très importants, notamment celui des personnels, qui est essentiel tant sur le plan quantitatif que qualitatif.

Je pense d'ailleurs à ce que Madame Annie VIDAL a dit ce matin concernant la notion d'une qualification des personnels pour l'accompagnement des personnes âgées. Il me semble qu'il s'agit d'un élément très important, sur lequel je reviendrai tout à l'heure.

Valérie LESPEZ

Monsieur Jean-Jacques COIPLÉ, vous êtes vraisemblablement d'accord avec ce qui vient d'être dit, puisque vous défendez également un « Ehpad plateforme », bien que ce terme soit imprécis.

Quelle est votre définition de l'Ehpad de demain ? Comment doit-il s'inscrire au sein de son territoire ? Doit-il proposer des services à domicile ?

Jean-Jacques COIPLÉ, directeur général de l'ARS Pays de la Loire

Bonjour à toutes et à tous,

L'Ehpad de demain, c'est l'Ehpad d'aujourd'hui, qui est au rendez-vous des besoins, qui anticipe les attentes, et qui a bien compris que dans un monde qui évolue à vitesse grand V, il vaut mieux anticiper que subir.

En outre, je remercie Sophie QUELENNEC pour son témoignage tout à l'heure. Elle a apporté des réponses toutes simples et pleines d'humanité, comme le fait d'être attentifs à celles et ceux qui sont seuls à Noël. Cela montre que l'Ehpad dispose d'un rôle majeur à jouer demain.

L'Ehpad de demain, c'est celui qui est au rendez-vous de nos besoins, dans une société dont nous espérons qu'elle sera de plus en plus inclusive, dans le respect et l'accès au droit à la santé, aux loisirs, à la prévention, au logement, au travail, et au droit de vivre et de mourir à la maison. Il s'agit du droit dans son acception la plus noble et la plus républicaine. Bien sûr, tout citoyen dispose également de devoirs. Chacun dispose de la capacité d'être acteur de cette autonomie, jusqu'au dernier souffle de sa vie. Une société inclusive doit nous permettre d'être à l'écoute de nos droits, accompagnés.

Cette vision change la donne, y compris pour le



modèle des Ehpad. En effet, cela signifie très concrètement que dans ce parcours de vie, comme il a été rappelé lors de la concertation « Grand âge et autonomie », les Français aspirent très majoritairement à finir leurs jours à la maison. Néanmoins, dans certaines situations, il n'est pas possible de rester à son domicile, notamment du fait d'une perte d'autonomie, ou de difficultés rencontrées par les aidants.

Par conséquent, les Français auront toujours besoin de réponses protectrices, contenantes, et complémentaires de cette attente pour la fin de vie. L'Ehpad de demain doit donc être en capacité d'offrir des prestations de protection, d'accompagnement de vie, de soins, et de prévention.

L'Ehpad de demain doit également être en capacité d'engager des réponses à domicile, de soutenir les aidants, de développer la télémédecine, de bâtir des ponts avec la médecine ambulatoire, et de faire des liens avec l'hôpital.

En outre, l'Ehpad ne peut plus rester seul sur son territoire. L'Ehpad de demain doit s'inscrire dans une dynamique de mutualisation et de coopération avec les autres acteurs. Nous disposons des outils juridiques pour nous inscrire dans cette dynamique. À ce titre, tout à l'heure, nous avons pu entendre une expérience très intéressante en matière de coopérative, dans le cadre de l'intervention de Sophie QUELENNEC.

L'Ehpad de demain doit constituer une étape parmi d'autres dans le parcours de vie des personnes âgées. Nous pouvons d'ores et déjà le constater à travers les équipes d'Ehpad à domicile, et les dispositifs d'accueil de jour, d'accueil séquentiel, ou d'hébergement temporaire.

À ce titre, je voulais remercier Monsieur Le Président. En effet, il est intéressant de constater combien des initiatives très

pertinentes foisonnent aujourd'hui au sein des territoires. Il conviendrait de mettre en place une bibliothèque des initiatives menées un peu partout. En effet, l'Ehpad de demain n'est pas un objet tombé du ciel, il s'agit déjà une réalité.

Cependant, il est important que nous soyons à vos côtés pour vous aider et vous accompagner dans les territoires et au niveau national, comme c'est déjà le cas dans le cadre de la concertation pour la future loi « Grand âge et autonomie ». En effet, plusieurs questions se posent aujourd'hui, notamment la valorisation et la reconnaissance des métiers de l'accompagnement, la gouvernance globale et institutionnelle pour cet enjeu, ainsi que les montants financiers qui pourront être apportés par la loi.

Aujourd'hui, si l'Ehpad aspire à être en capacité de répondre aux besoins des personnes âgées, sans opposer le domicile à l'établissement, il convient qu'il dispose d'une certaine souplesse, notamment en matière de financement. À ce titre, vous n'êtes pas sans savoir que l'idée de forfaits de financement qui répondraient aux soins, à l'accompagnement, et à la prévention, constitue un élément essentiel de ces réflexions.

Ainsi, je pense que l'Ehpad est en capacité d'être un acteur fondamental sur son territoire du respect des droits, accompagnés.

Valérie LESPEZ

En tant que directeur général de l'ARS Pays de la Loire, vous disposez dès à présent de la possibilité de déterminer l'Ehpad de demain au sein de votre région. Ma question est la suivante : le faites-vous ?

Y a-t-il des personnes travaillant au sein de la région Pays de la Loire au sein de la salle ?

Une partie de la salle répond par l'affirmative.



Jean-Jacques COIPLÉ

Je peux vous citer un certain nombre d'expériences concrètes actuellement menées au sein des établissements de ma région.

Tout d'abord, aux côtés des Conseils Départementaux, nous proposons un accompagnement très incitatif à la rénovation, à la reconstruction, et à la restructuration de certains établissements. Cet accompagnement constitue une invitation au travail ensemble. Il s'inscrit plutôt pour des établissements dont la capacité s'élève à au moins 80 lits.

Néanmoins, cela ne signifie pas que nous empêchions les établissements de moins de 80 lits de fonctionner ni d'évoluer. En effet, les petits établissements qui se regroupent peuvent bénéficier d'une réponse adaptée sur leur territoire. Il peut s'agir d'un Ehpad, d'un SSIAD, et d'un accueil de jour, qui choisissent de porter ensemble un projet de rénovation ou de reconstruction, pour soutenir les personnes âgées.

Ainsi, nous commençons à constater que certaines équipes d'Ehpad se déplacent à domicile. De même, des dispositifs d'hébergement temporaire ou d'accueil de jour sont déployés. Beaucoup de voix pourront s'exprimer au sein de la salle pour nous dire si l'Ehpad d'aujourd'hui, c'est déjà l'Ehpad de demain au sein de la région des Pays de la Loire.

Dr Pierre JEANDEL

Nous constatons qu'un grand nombre d'expérimentations reste à l'état d'expérimentations. À l'avenir, il conviendra de pérenniser véritablement ces expérimentations, et d'en tirer des enseignements. Pour autant, il ne s'agira pas de mettre en place des directives, car il existera probablement une trop grande hétérogénéité entre les organisations.

En outre, il est laissé à chaque établissement la latitude nécessaire pour pouvoir faire des choix en fonction des besoins de son territoire. Or, je constate globalement une grande réserve de la part des établissements par rapport à ces évolutions. Ces derniers obéissent encore trop souvent à des schémas monolithiques.

À titre d'exemple, lorsque les ARS envoient des appels d'offres, les réponses des établissements sont extrêmement prudentes. De manière générale, il existe une sorte de défiance, peut-être du fait de la non-pérennité des actions engagées, qui a pu en décourager certains.

J'ajoute que l'idée de la mise en place d'une bibliothèque des actions et expérimentations menées sur le territoire serait effectivement pertinente.

Valérie LESPEZ

Charge à vous de constituer cette bibliothèque des initiatives territoriales. En effet, il s'agit peut-être du travail des fédérations et des ARS de rendre publiques les expérimentations qu'il serait intéressant de décupler.

Jean-Jacques COIPLÉ

Au niveau territorial et national, je pense effectivement que nous avons la responsabilité de faire connaître à tout le monde les initiatives menées. Je pense que les expérimentations menées sont positives. Néanmoins, certaines ne s'inscrivent pas dans le temps, ce qui peut générer de la frustration. Ainsi, dans le cadre de la loi « Grand âge et autonomie », j'espère que nous disposerons de la possibilité de faire évoluer les transformations portées par votre secteur.

Valérie LESPEZ

Je rappelle qu'il existe des outils juridiques qui sont ouverts au monde médico-social, notamment l'article 51 de la loi sur le



financement de la sécurité sociale pour l'année 2018. Ils permettent de sortir des clous et de proposer des projets qui n'entrent pas dans le cadre habituel.

Au sein de votre réseau, savez-vous si certains acteurs se saisissent de ces dispositifs ?

Jean-Jacques COIPLÉ

En région Pays de la Loire, près de 80 lettres d'intention ont été déposées, sur un total d'environ 300 dossiers au niveau national. Il s'agit donc d'une terre d'innovation, qui se caractérise par sa capacité à anticiper. Bien sûr, tous les territoires ont été porteurs de projets d'innovation.

En outre, je rappelle que l'article 21 concerne l'innovation financière. Il montre bien que la dynamique des réponses commence à s'organiser par territoire et par parcours, et plus seulement par agrégation d'établissements.

Cependant, à ce jour, le cadre de l'organisation financière reste encore très ciblé par type d'établissement. Ainsi, l'enjeu est de disposer de davantage d'horizontalité dans la gouvernance, dans le financement, et dans la capacité à porter les projets au sein d'un territoire.

Valérie LESPEZ

Lors de son intervention, le Docteur Pierre JEANDEL a estimé que les opérateurs étaient parfois trop frileux dans les réponses qu'ils pouvaient apporter. Êtes-vous d'accord avec lui ?

Jean-Jacques COIPLÉ

Je n'ai pas l'impression que les opérateurs sont frileux dans leurs réponses.

Néanmoins, je peux aussi entendre que s'engager dans un virage inclusif, et aller dans des terres

nouvelles n'est pas une chose évidente. Il convient de disposer de temps, d'une forme de courage, et de beaucoup d'énergie. Il s'agit d'une prise de risque. Certes, des outils existent. Néanmoins, ils ne sont pas nécessairement aidants ou facilitants. Ainsi, je peux comprendre cette forme de frilosité, qui est variable selon les territoires.

Cependant, de fait, l'Ehpad de demain sera contraint d'adopter cet ordre de marche. En effet, les usagers, les personnes vieillissantes, et leurs aidants se plaignent tous du parcours du combattant à mener sur les territoires, notamment pour l'entrée au sein des établissements.

En outre, j'estime que l'arrivée de la prévention au sein des Ehpad constitue une formidable avancée. En effet, dix ou quinze ans auparavant, j'entendais encore certains dire : « Dès que la porte de l'Ehpad est poussée, il ne sert plus à rien d'effectuer de la prévention ». Or, je suis persuadé que la prévention à la perte d'autonomie doit être menée jusqu'au dernier souffle.

Aujourd'hui, nous constatons que les attentes et les besoins ont changé. Je ne doute pas que votre secteur est en capacité d'être au rendez-vous de ces transformations et de ces innovations. Certes, il convient de ne pas occulter la question des moyens et des conditions, qui sont des réalités. Néanmoins, les initiatives menées constituent un signe d'espoir.

Valérie LESPEZ

Docteur Pierre JEANDEL, j'aimerais que vous reveniez sur la question des personnels, que vous aviez brièvement évoquée tout à l'heure.

Dr Pierre JEANDEL

Ce matin, il a été évoqué un certain nombre d'éléments sur la valorisation des personnels



soignants et non soignants travaillant dans ce secteur.

Je suis médecin. Je connais la filière de formation du personnel accompagnant du secteur, puisque je m'occupe de plusieurs organismes de formation au sein de mon équipe actuelle. Or, je constate que nous restons encore aujourd'hui dans une conception très hospitalo-centrée et universitaire-centrée de ces formations. À l'heure actuelle, au niveau d'un CHU, je pense que la notion d'Ehpad demeure encore marginale et non comprise.

Il convient de souligner qu'un certain nombre d'efforts a été effectué, notamment la création d'une spécialisation de gériatrie dans le domaine médical. Néanmoins, nous devons aller beaucoup plus loin, car je pense qu'il s'agit d'un véritable métier.

En effet, personnellement je suis issu de la carrière hospitalière. Or, lorsque je suis entré dans cette profession, par le biais des réseaux gérontologiques, j'ai compris ce que recouvrait ce métier d'accompagnement auprès des personnes âgées. Je me suis rendu compte qu'il n'avait rien à voir avec ce que j'avais appris. En outre, lorsque j'interviens dans des instituts de formation, je suis sidéré du manque général de connaissance des IFSI dans le domaine social.

Par conséquent, il est très important de mettre en place des parcours de formation spécifiquement destinés à la personne âgée, afin de mieux identifier cette profession. Cela est d'autant plus vrai que des avancées très importantes devront être réalisées dans le domaine des différentes méthodes de prévention et méthodes thérapeutiques en Ehpad.

À titre d'exemple, au sein de notre groupe, nous travaillons sur des thérapies non médicamenteuses, telles que la musicothérapie. Or, la majeure partie des soignants issus d'une formation en milieu hospitalier n'a aucune notion

de ce domaine d'intervention. Par conséquent, il conviendrait de mener une action de fond sur l'appropriation de ces nouvelles méthodes et techniques par les personnels aidants. De même, au sein de ce métier, il existe un certain nombre de sujets avec une réelle spécificité, notamment la circulation des médicaments en Ehpad.

Valérie LESPEZ

Merci.

Monsieur Jean-Jacques COIPLÉT souhaite-t-il ajouter un mot ?

Jean-Jacques COIPLÉT

Je partage pleinement cet enjeu, qui est d'ailleurs revenu de manière récurrente au sein de l'ensemble des groupes de travail de la concertation pour la future loi « Grand âge et autonomie ».

Cet enjeu concerne la manière dont nous allons reconnaître et valoriser les métiers de l'accompagnement, notamment les aides-soignants et les aides à domicile. En effet, si nous nous inscrivons dans cette dynamique de droit accompagné, il convient aussi que celles et ceux qui accompagnent soient valorisés et soutenus — pécuniairement, mais aussi en termes de carrière professionnelle. Il me semble qu'il s'agit d'un élément indispensable.

Il existe un besoin de soutien de ceux qui sont au contact de nouveaux résidents, et qui prennent soin d'eux. Au sein de la région des Pays de la Loire, nous avons 1.500 places d'aide-soignant disponibles. Pour information, deux ans auparavant, nous avons 6.000 candidats. Or, cette année, nous n'en avons que 4.000, et ce chiffre continue à baisser.

Il existe une véritable crise de l'attractivité de ce métier, qui est magnifique, mais très difficile. Dans des bassins de plein-emploi, certains aides-



soignants quittent vos établissements, afin d'exercer un métier parfois bien moins intéressant, mais mieux rémunéré. Ce sujet doit être pris à bras le corps si nous voulons réussir concrètement ce virage inclusif et cet accompagnement aux différents droits. En effet, l'un de ces droits est de pouvoir bénéficier de personnels et d'agents en proximité, empathiques, et à l'écoute des besoins quotidiens des personnes âgées.

Valérie LESPEZ

Merci beaucoup. Peut-être y a-t-il des réactions ou des questions ?

De la salle

Bonjour,

Je suis directrice d'un SSIAD et d'un Ehpad à côté de Montpellier.

Je suis totalement d'accord avec vos préconisations, notamment sur la formation et sur l'accompagnement des aides-soignants. Néanmoins, je dispose de besoins aujourd'hui. Ainsi, comment l'ARS, en tant que partenaire, va-t-elle m'aider à répondre aux problèmes que je rencontre aujourd'hui ?

Jean-Jacques COIPLÉ

L'ARS essaie de vous aider très concrètement aujourd'hui, aux côtés des Conseils Départementaux et des Conseils Régionaux.

En effet, au sein de la région des Pays de la Loire, nous avons décidé collectivement de déployer un PACTE, avec la mise en place de crédits en faveur des Ehpad. Pour information, en 2018, ces crédits ont représenté plus 22 millions d'euros, dont 8 ciblant les grands enjeux concrets auxquels vous êtes actuellement confrontés.

Bien sûr, cette somme peut sembler être une

goutte d'eau au regard du volume total des crédits. Néanmoins, le Conseil Départemental, le Conseil Régional, les représentants des établissements, la CARSAT, et l'ARS ont souhaité collectivement agir à vos côtés, en tant que partenaires.

Des mesures ont été mises en place, notamment le financement des actions de formation interne, afin d'accompagner les ASH vers le métier d'aide-soignant, et les aides-soignants vers le métier d'infirmier. En outre, un travail très important a été effectué avec le Conseil Régional, notamment pour permettre d'ouvrir une promotion supplémentaire d'aides-soignantes.

Les autres mesures concernent le financement d'actions de communication pour rendre le métier plus attractif le plus en amont possible ou le financement d'opérations de restructuration et d'amélioration des conditions de travail. Pour information, ces contrats locaux d'amélioration des conditions de travail (CLACT) ont représenté presque 5 millions d'euros. Ils ont été mis en place pour aider les personnels et pour prévenir les risques liés à l'exercice du métier.

Je pourrais continuer à vous décliner dans le détail tout ce qui a été réalisé collectivement. Toutes ces mesures sont des réponses immédiates à une situation complexe.

Par ailleurs, au sein de la région Pays de la Loire, nous avons considéré que les Ehpad représentaient des vecteurs très importants pour le déploiement de la télémédecine. Ainsi, au sein des différents départements, de plus en plus de projets sont soutenus pour pouvoir développer des téléexpertises et des téléconsultations.

Dr Pierre JEANDEL

Même si le financement constitue le nerf de la guerre, je souhaitais ajouter qu'il existe des leviers au sein des Ehpad pour valoriser le travail des aides-soignants et des infirmiers. À ce titre,



j'évoquais tout à l'heure les thérapies non médicamenteuses. Lorsque ces dernières sont effectuées en tant qu'actes thérapeutiques, nous donnons alors à ces acteurs un rôle de soins, qui est l'essence même de leur métier.

En outre, il est également possible de leur accorder un rôle important dans le cadre de la télémédecine. À ce titre, des projets importants sont actuellement déployés dans un certain nombre d'établissements. Il est absolument essentiel d'ouvrir cette activité d'accompagnement en télémédecine aux aides-soignants.

Valérie LESPEZ

Y a-t-il d'autres questions dans la salle ?

De la salle

Bonjour,

Je voudrais revenir sur la question de la souplesse et de l'accompagnement des ARS envers nos Ehpad. Quid des Ehpad en milieu rural, qui n'atteignent pas la capacité suffisante, fixée à 80 places ?

Nous ne sommes pas accompagnés sur nos investissements. Certes, personne ne nous empêche d'exister, mais personne ne nous aide à exister. En outre, dans le cadre de l'Ehpad de demain, il nous sera tout de même demandé de mailler le territoire rural. Ainsi, je constate que des mots sont prononcés, mais ils ne sont pas suivis par des faits.

Jean-Jacques COIPLÉ

Comme vous l'avez dit, il ne s'agit pas d'empêcher les plus petits établissements de fonctionner s'ils n'atteignent pas les 80 lits. Preuve en est que les établissements de plus faible capacité réalisent également des prestations de qualité.

Néanmoins, il s'agit peut-être un moyen pour inciter les Ehpad à coopérer avec d'autres acteurs, en territoire rural ou urbain.

De la salle

Les différents acteurs collaborent d'eux-mêmes, sans avoir besoin d'être encouragés par l'ARS.

Jean-Jacques COIPLÉ

Nous continuons à accompagner tous les Ehpad, à hauteur de nos moyens, en lien avec nos Conseils Départementaux. Néanmoins, l'ARS ne peut pas répondre à toutes les demandes, tout de suite, et partout.

Valérie LESPEZ

Nous allons maintenant répondre à une nouvelle question.

De la salle

Bonjour,

Je suis le Président de la FNADÉPA 72.

Auparavant, les gestionnaires étaient à l'origine de projets qui pouvaient prendre différentes formes. Or, les appels à projets ont apporté un carcan administratif. Dorénavant, l'appel à projets est refusé si la forme administrative ne correspond pas aux standards attendus, même lorsque la finalité du projet est respectée.

Jean-Jacques COIPLÉ

L'appel à projets relève de la loi. Il s'agit de la règle habituelle pour pouvoir accompagner et financer des projets. Il a eu le mérite et l'avantage de donner une réalité concrète aux projets. En effet, je rappelle qu'auparavant, beaucoup de projets ne recevaient pas de financements.

Cependant, l'ARS considère qu'il existe d'autres



réponses que l'appel à projets. À ce titre, les enveloppes préfléchées par territoire constituent de véritables leviers incitatifs à vos projets.

En outre, les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) peuvent également soutenir certains projets, surtout s'ils disposent d'une vocation plus territoriale.

Enfin, nous commençons à déployer des appels à manifestation d'intérêt, notamment sur quelques actions innovantes. Ils permettent d'accompagner des projets en étant plus souple, et en s'échappant un peu du carcan administratif tel que vous le décrivez.

Ainsi, en complément de l'appel à projets, nous proposerons de plus en plus ce type de réponse.

Dr Pierre JEANDEL

J'estime que l'appel à projets constitue un élément indispensable sur le plan conceptuel. En effet, il permet d'apporter un cadre. Or, pour avoir pu observer un certain nombre de projets dans ma vie professionnelle, lorsqu'il n'existe pas de cadre, il peut être difficile de faire la part des choses.

Ainsi, selon moi, un certain nombre de projets ne verrait pas le jour s'il n'existait pas cette notion d'appel à projets.

De la salle

Bonjour,

Je rappelle que les appels à projets sont censés être des propositions pour apporter des réponses adéquates en fonction des réalités du territoire. Or, aujourd'hui, la donne semble être différente.

En effet, en tant qu'établissement, nous réfléchissons aux questions relatives à la fluidité du parcours des personnes âgées.

Néanmoins, le cadre habituel de l'hébergement permanent est confortable pour les établissements. Il existe un risque économique d'effectuer de l'hébergement temporaire. De plus, nous nous apercevons que cette alternative est tronquée, puisqu'il s'agit en réalité d'un hébergement permanent déguisé, avec un cahier des charges.

Lorsque nous essayons de nous positionner sur des offres alternatives et innovantes, telles que le soutien à domicile et le soutien des aidants, nous avons le sentiment d'être à contre-courant, car il n'existe aucune case administrative correspondante.

Bien que nous soyons des opérateurs du secteur social et du secteur médico-social, nous gérons tout de même une entreprise. Ce n'est pas un gros mot. Et nous avons des clients. Ce n'est pas non plus un gros mot. Notre gouvernance nous demande d'équilibrer notre gestion.

Nous sommes prêts à donner des réponses d'accueil séquentiel, d'accueil de nuit, de soutien aux aidants, etc. En effet, sur le territoire, nous savons que 200 à 300 personnes sont aidées par des aidants épuisés., qui risquent eux aussi d'être hospitalisés, pour environ 300 euros par jour. Or, il serait moins cher de les accueillir au sein d'un établissement, ouvert ou fermé.

Néanmoins, lorsque nous essayons d'innover, de nous positionner par rapport à une réalité de territoire, et de répondre aux attentes des politiques publiques, nous prenons des risques. Nous devons rendre des comptes à un certain nombre de parties prenantes, ce qui explique l'humilité et la réserve de certains établissements.

Valérie LESPEZ

La situation que vous décrivez correspond aux demandes des ARS.



De la salle

Certes. Néanmoins, je souhaitais souligner que la mise en place des projets devient compliquée dès lors que nous sortons du cadre habituel.

Je compte bien sur le CPOM pour intégrer ces projets. En outre, j'attends une écoute attentive et bienveillante de la part de l'ARS de la région des Pays de la Loire, et du Conseil Départemental.

Merci pour votre écoute attentive, Monsieur Le Directeur.

Jean-Jacques COIPLÉ

Mon écoute est acquise.

Personne n'empêche la capacité d'innover. Le cadre contractuel peut normalement permettre de répondre à des besoins partagés sans trop de difficultés. Néanmoins, nous travaillons avec les moyens qui sont les nôtres.

Une simplification des modalités de financement et de gouvernance pourrait peut-être permettre de mieux répondre à vos initiatives. En tout cas, je souligne qu'elles ne sont empêchées ni par le Conseil Départemental ni par l'ARS.

Valérie LESPEZ

Nous allons prendre une autre question.

De la salle

Bonjour,

Je sais que vous n'êtes pas présents pour répondre aux situations particulières.

Néanmoins, ma question part d'une expérience personnelle par rapport aux contraintes des infirmières de l'IDE. Nous avons proposé un projet sur notre territoire. Or, la réponse a été purement administrative : « Le porteur n'étant pas un

Ehpad, nous ne pourrions pas recevoir votre proposition de projet. Il conviendra de le travailler pour qu'il soit porté par un Ehpad. »

Je trouve cela dommage, puisqu'un territoire a été privé pendant trois ans d'une réponse infirmière, pour des raisons administratives.

Jean-Jacques COIPLÉ

Il existait d'autres raisons inscrites au sein du cahier des charges, sur lesquelles je suis prêt à échanger avec vous tout à l'heure.

De la salle

Bonjour,

Depuis tout à l'heure, vous parlez de prévention et de valorisation. Je pense sincèrement que les professionnels des Ehpad ont pour objectif de faire de la prévention. L'Ehpad de demain ne serait-il pas l'occasion de mettre en place des tarifications qui rendraient compte du travail de prévention effectué ?

Jean-Jacques COIPLÉ

Je partage votre analyse, même si dès 2019, une valorisation des actions de prévention sera prévue au sein du forfait de financement. J'estime qu'il est important de valoriser encore davantage la prévention lorsque les personnes approchent de la perte d'autonomie.

Dr Pierre JEANDEL

Je voudrais juste ajouter à ce propos que, dans le cadre du groupe de travail PATHOS, il a été envisagé d'intégrer la prévention. D'après les retours dont je dispose, il est très difficile de la codifier au sein de l'outil PATHOS, car elle est en principe menée partout.



Valérie LESPEZ

aux personnes présentes dans la salle d'avoir participé.

Merci beaucoup à tous les deux. Merci également



VERS UNE SOCIÉTÉ INCLUSIVE, LES PROJETS DE LA CNSA

Marie-Anne MONTCHAMP, présidente de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

Valérie LESPEZ

Nous accueillons maintenant Marie-Anne MONTCHAMP, pour la clôture de cette journée.

Marie-Anne MONTCHAMP, vous êtes présidente de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Vous êtes une présidente extrêmement active et engagée. Vous disposez d'une vision très politique, au sens noble du terme, ce qui est très utile en ces temps de concertation pour la future réforme.

Nous souhaiterions que vous nous donniez votre point de vue sur ce qui est en train de se dérouler. Le Conseil de la CNSA rendra bientôt sa contribution. Expliquez-nous où vous en êtes et comment vous voyez la situation.

Marie-Anne MONTCHAMP, présidente de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

Merci beaucoup de ce lancement, Valérie LESPEZ.

Monsieur le Président, merci de me donner la chance de m'exprimer devant vous, mesdames et messieurs.

Je vais répondre à votre question en vous dévoilant le cadre des réflexions qui sont celles du Conseil de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), et en vous expliquant la nature des orientations qui sont en cours de travail. En effet, comme vous le disiez, Valérie

LESPEZ, il s'agit d'un sujet politique.

En propos liminaire, je vous propose de resituer très brièvement la place et le rôle du Conseil de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. J'entrerai ensuite dans le fort du sujet.

Comme vous le savez, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie a été créée par le législateur en 2003, au lendemain de ce temps de sidération de l'ensemble des Français, qui a constaté que, du fait d'un événement climatique suraigu, des personnes âgées pouvaient mourir chez elles ou dans un établissement plus tôt que nous aurions pu l'imaginer. Les Français se sont réveillés chaos debout, en constatant que de telles choses étaient possibles. Naturellement, cet événement a interrogé les politiques de manière extrêmement directe.

Je ne souhaite pas effectuer de parallélisme de forme. Néanmoins, toutes choses égales, je pense que nous pouvons dire que la grève des Ehpad que nous avons connue, ce mouvement social inattendu et inhabituel de ces professions, a eu en quelque sorte le même effet de prise de conscience sur le décideur public.

Pour cette raison, je n'hésite pas à parler de la naissance de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie en 2003, à la suite de la canicule, en me disant que, si nous sommes ambitieux collectivement, ce n'est pas une institution qui devra naître de cette réforme de la politique de l'âge, mais peut-être une grande transformation de notre système de protection sociale.



En effet, la création de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie n'était pas une aventure technoïde, avec des législateurs qui s'étaient enfermés dans une salle de l'Assemblée ou du Sénat. Il s'était plutôt agi de se demander comment dans notre système de protection sociale, nous pouvions satisfaire à plusieurs objectifs.

Le premier objectif consistait à allouer des ressources à ceux qui pouvaient en avoir besoin pour améliorer ces politiques, avec la création de la journée de la solidarité (CSA). Il s'agissait d'un véritable changement, car il n'était pas d'usage que le fruit du travail des Français, prélevé de manière aussi directe, puisse contribuer à un risque en protection sociale. Cet événement a d'ailleurs fait couler beaucoup d'encre — faut-il le rappeler.

Le deuxième objectif était de garantir aux Français que leurs efforts n'allaient pas se disperser dans je ne sais quels arbitrages publics qui interviendraient dans d'autres postes, et que les tuyauteries budgétaires parviendraient bien aux politiques pour lesquelles elles avaient été convoquées. Il s'agissait d'un élément nouveau et dérogoratoire de nos pratiques publiques, qui prônent normalement la non-affectation des ressources fiscales.

Le troisième objectif était de doter la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie d'un Conseil regroupant toutes les parties prenantes de ces politiques. En effet, auparavant, les questions de protection étaient discutées en binôme, entre l'État et les partenaires sociaux.

Ainsi, le législateur a souhaité inviter d'autres parties prenantes autour de la table du Conseil de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, notamment les territoires, avec les représentants des départements et des communes. En effet, ces derniers sont directement concernés par ces politiques de l'autonomie, car elles ont lieu chez eux. En outre, nous ne pouvons pas dire que ce

qui se passe en Corrèze ressemble à ce qui se passe en Seine-Saint-Denis. Il s'agit d'éléments éminemment contingents.

De plus, le législateur a invité autour de la table du Conseil les représentants associatifs, qui défendent les personnes et leurs familles. Ces derniers sont très présents sur le champ du handicap, et plus difficile à convoquer sur le champ de l'âge, car la représentation des personnes âgées n'est pas totalement équivalente en termes de force de frappe à celle du handicap.

Enfin, autour de la table du Conseil de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, nous retrouvons également les représentants des professionnels, tels que Monsieur le Président de la FNADÉPA, Jean-Pierre RISO.

Je ne vous ai pas décrit cette organisation du Conseil de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie dans le but de vous raconter une histoire déjà écrite. Je souhaitais plutôt vous faire comprendre que le législateur de ce début de XXI^e siècle avait en tête qu'au sein du système de protection sociale issu du XX^e siècle, il convenait de greffer des institutions avec de nouvelles normes, qui soient capables de répondre différemment à des problématiques complexes, comme celles de la perte d'autonomie.

L'organisation de la protection sociale du XX^e siècle était fondée sur le risque. En effet, le législateur l'avait réfléchi au lendemain de la Guerre. Cependant, le législateur du XXI^e siècle doit moins porter un risque qu'une ambition. Lorsque nous parlons de la « Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie », nous parlons d'une politique « pour », et nous parlons de droits « pour ». Or, les droits « pour » l'autonomie sont des droits porteurs d'une ambition que nous devons entendre alors que nous sommes en train de travailler à la réforme de notre politique à destination des personnes qui avancent en âge.



Aux côtés des membres du Conseil, cette question de l'autonomie nous a semblé si importante, que nous n'avons pas cessé depuis d'y réfléchir et d'y travailler.

En effet, parmi les missions de ce Conseil, nous recensons bien sûr la gouvernance de cette institution, puisque nous devons gérer quelque 26 milliards d'euros destinés aux politiques de l'autonomie.

Néanmoins, nous nous pensons également comme une agence chargée d'animer sur l'ensemble du territoire français tous les réseaux de ceux qui fabriquent des réponses aux personnes, quels que soient leur âge, leur situation de santé, ou leurs préférences. Cette dimension agentielle nous importe beaucoup. Ainsi, il nous tient à cœur de produire une vision prospective de notre système de protection sociale.

Dans cette contribution prospective, nous nous sommes attachés à mieux comprendre ce qu'au XXI^e siècle pouvait signifier cette affaire de société inclusive, dont tout le monde parle beaucoup, sans être toujours capable de bien définir de quoi il s'agit. En outre, nous nous sommes rapprochés de la logique qui nous fonde : celle de l'autonomie.

Ainsi, je peux vous parler notre contribution de manière très directe, car cette orientation a été approuvée à l'unanimité par les membres du Conseil du 4 décembre 2018.

Le socle sous-jacent de ce que la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie apportera à la réforme « Autonomie et grand âge » est l'affirmation de la pleine et entière citoyenneté de la personne jusqu'à la dernière seconde de sa vie. Cela mérite d'être réfléchi et intériorisé comme un objectif sociétal.

Lors de mes responsabilités politiques passées, j'ai beaucoup investi sur les politiques du

handicap. En 2005, j'ai eu le grand honneur de faire adopter la loi pour l'égalité des droits, des chances, la participation et la citoyenneté des personnes en situation de handicap. Tous les mots méritent d'être posés.

Je pense que nous avons besoin d'un symétrique pour les personnes qui prennent de l'âge. En effet, il conviendrait de voter une loi pour l'égalité des droits, des chances, la participation et la pleine et entière citoyenneté de la personne qui, du fait de son âge, peut développer des modes de communication différents, parfois altérés, en tout cas transformés. Elle mérite que sa citoyenneté soit véritablement un objectif de la Nation tout entière, pour que jamais nous ne puissions considérer qu'il existe la moindre relégation, le moindre oubli, la moindre exclusion du corps social. Il nous semble qu'il s'agit d'un élément principal fondateur.

Cet élément fondateur dispose d'une déclinaison dans la qualification du lieu où doit vivre la personne qui prend de l'âge. Il nous apparaît que le chez-soi est un déterminant corollaire de l'affirmation et de l'expression de la citoyenneté.

Comprenez-moi bien, lorsque je parle du chez-soi corollaire de l'affirmation et de l'expression de la citoyenneté, le but n'est pas d'antagoniser un chez-soi qui serait le domicile d'origine et un chez-soi qui serait un Ehpad. Ces combats sont d'arrière-garde. Ils sont pathogènes. Si l'idée est de créer des chiismes, des querelles, des fractures, des impensés, des articulations douloureuses, notre système de protection sociale en subira des effets extrêmement fâcheux et regrettables.

L'idée est que ce lieu garantisse à la personne sa pleine et entière citoyenneté jusqu'à la dernière seconde de sa vie. Je sais que partout sur le terrain, les professionnels mobilisent, par leur capacité d'innovation et leur capacité à exprimer des choix structurés, de véritables trésors d'adaptation pour que l'existant ne méconnaisse



pas cette dimension fondamentale de l'expression de la citoyenneté de la personne.

Cependant, nos organisations publiques, notre manière d'aborder les questions de protection sociale, et les différences de vue entre certains acteurs peuvent conduire à ce que la mise en œuvre effective de cette pleine et entière citoyenneté se heurte à des normes, à des contraintes, à des empêchements, à des rigidités, et parfois même, à des modèles du passé.

Ainsi, notre contribution sur la réforme portera sur cette forme de réconciliation par l'objectif et par le principe de ce que doit devenir notre modèle de protection sociale.

Ensuite, il convient d'évoquer certains sujets qui fâchent, notamment la question « Combien ? ».

Premièrement, l'affirmation la pleine et entière citoyenneté de la personne qui prend de l'âge suppose un système exigeant, qui puisse apporter une réponse totalement personnalisée, en prenant en compte la situation de la famille de la personne, son environnement de vie, ses préférences, ce qu'elle a été, ce qu'elle veut être, et ses choix. Ce type de réponse ne se fabrique pas aussi aisément qu'une réponse normative et descendante. Je n'ai pas d'inquiétude sur le terrain. Néanmoins, cela nécessite d'autres savoir-faire organisationnels de la part de la puissance publique, de l'État, et de tous ceux qui exercent des responsabilités normatives à tous les échelons de la république.

Deuxièmement, le système de protection sociale doit être capable de prendre en compte une nouvelle dimension de la solidarité. En effet, au XXI^e siècle, la solidarité n'est pas forcément construite sur le même déterminant qu'au XX^e siècle. Aujourd'hui, nous sommes dans une économie en profonde évolution. Le nombre des actifs classiques est proportionnellement plus faible que le nombre de ceux qui n'ont pas une activité salariée habituelle, au sens où nous

pouvons l'entendre de manière générale. En outre, la période est marquée par des transitions démographiques, économiques, écologiques, et sociétales, qui imposent à notre modèle de se penser différemment.

Troisièmement, le système doit être contingent, au sens où les réponses ne peuvent pas être « hors-sol », elles doivent être construites là où vivent les personnes.

Ces différentes caractéristiques nous amènent à mener un questionnement extrêmement structuré et exigeant sur les besoins de financement du système cible. Nous avons évalué que le besoin de financement était essentiellement appréhendé à travers deux grands domaines, qui structurent le financement des établissements : le domaine du soin et de la santé, et le domaine du *care*, c'est-à-dire de l'accompagnement de la personne.

Or, lorsque nous analysons ces deux postes de dépenses, le compte n'y ait pas. Ces deux domaines très importants ne permettent pas d'appréhender l'ensemble des besoins en protection sociale sur le champ de l'âge. En effet, deux grands domaines impensés mettent notre système actuel de protection sociale sous tension.

Le premier domaine impensé concerne le financement du logement. Je le répète souvent : aujourd'hui, le reste à charge que nos concitoyens subissent se trouve sur le poste du logement, même si ce poste a parfois bon dos, et peut permettre d'abonder d'autres besoins de financement.

Globalement, lorsqu'une personne ne peut pas continuer à vivre chez elle comme elle en avait l'habitude, que son logement doit être aménagé ou qu'elle doit habiter ailleurs, il existe un besoin de financement complexe autour de la question du logement.



Cette question du logement saisit d'une manière différente la solidarité nationale. Pour les très démunis, la question ne se pose pas. Pour les citoyens faisant partie de ce que nous appelons les « classes moyennes », nous savons que le modèle actuel de protection sociale ne correspond pas aux attentes. Il conviendrait donc que nous disposions d'une force collective pour trouver des réponses en financement sur cette question du logement, en sachant que tout le monde ne se trouve pas dans la même situation.

Le deuxième domaine impensé concerne la fonction présentielle, telle que nous l'avons baptisée au sein du Conseil de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. La fonction présentielle est remplie par les personnels qui sont en charge du soin et de l'accompagnement de la personne.

Néanmoins, très souvent, une conflictualité se fait jour entre les actes que les personnes sont censées délivrer, et les actes présentiels, qui ne relèvent pas de la même spécialité ni des mêmes contraintes au sein du modèle économique. Je trouve que la réflexion menée sur les aidants est extrêmement utile. Cependant, permettez-moi de dire qu'elle est un peu courte si nous ne savons pas traiter fondamentalement l'enjeu de la fonction présentielle.

Certes, un aidant peut aider. La famille peut naturellement aider, par ce présentiel affectif qu'elle a pour son proche. Néanmoins, il n'est pas écrit que la fonction présentielle des proches puisse être assurée 7 jours sur 7, nuit et jour, en tout cas, pas dans toutes les familles, et pas dans toutes les situations. De même, une voisine peut disposer d'une fonction tout à fait indispensable de reconnaissance sociale de la personne et de lien avec le passé. Néanmoins, nous ne pouvons pas lui demander de faire les courses 7 jours sur 7, et d'assurer la veille de nuit.

Ainsi, pour que le système des aidants tienne, il convient que le système tout entier tienne. Il est

donc nécessaire valoriser spécifiquement cette fonction présentielle, qui est aujourd'hui sous-évaluée au sein du modèle de protection sociale.

Pour conclure, lorsque nous imaginons un système dont le socle de principe est l'affirmation de la pleine et entière citoyenneté de la personne, quels que soient son âge et sa situation, lorsque nous affirmons que cela doit se jouer dans un domicile au sens d'une organisation dévolue à l'affirmation de la citoyenneté, des choix, et des décisions, lorsque nous disons qu'aucune composante ne doit être oubliée pour l'évaluation du besoin de financement, nous pouvons nous demander comment ce système de protection social serait piloté.

Le Conseil de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie affirme qu'il n'existe pas de salut de gouvernance sans que l'ensemble des parties prenantes ne soit réuni autour de la table. Au regard de l'actualité, il me semble que nos concitoyens nous disent, de manière souvent tonitruante : « pas sans nous ! ». Ainsi, dans l'organisation du système de protection sociale de demain, je pense qu'il conviendra d'entendre cette demande.

En outre, ces politiques sont partagées. Elles engagent des responsabilités multiples et plurielles, qui vont jusqu'aux acteurs qui construisent et coordonnent les réponses. Par conséquent, au sein de la gouvernance du système contemporain de protection sociale, il conviendra que cette dimension agentielle, capable de produire des réponses complexes, soit au rendez-vous sur l'ensemble du territoire. L'ARS doit être capable de mobiliser la puissante fonction agentielle qui permet de mettre en intrigue l'ensemble de ceux qui font vivre les réponses pour nos concitoyens.

En outre, il convient que dans les modalités d'évaluation et de conventionnement, nous décloisonnions notre pensée et ouvrons nos perspectives. Ainsi, dans le cadre de ces



réflexions, il est très important de convoquer des domaines entiers qui ne sont aujourd'hui pas considérés comme faisant partie du champ de la protection sociale, notamment le logement.

Si nous voulons répondre à nos concitoyens qu'ils pourront terminer leurs jours chez eux d'ici 2030, il conviendrait préalablement que l'ensemble de notre pays soit mis en tension pour apporter des réponses territoriales qualifiées et pour permettre l'évolution, la transformation et l'adaptabilité de notre modèle de logement.

Par ce panorama, je voulais vous livrer le fruit des réflexions des membres du Conseil de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Ces derniers approfondissent actuellement ces différents thèmes en commission. Nous serons en mesure de vous livrer le fruit de nos travaux au début du mois de février 2019.

Je voudrais également vous dire que cette réforme constitue une chance. En effet, au-delà d'une réponse apportée aux personnes âgées, je suis persuadée que cette ambition sociétale peut nous permettre de transformer l'ensemble de notre modèle de protection sociale. Nous ouvrons une page dont nous aurons plus que besoin dans les décennies qui viennent, afin

d'apporter des réponses extrêmement précises et personnalisées à nos compatriotes, qui veulent être compris et pris en compte dans leurs attentes, et à tous les professionnels, qui veulent voir reconnue leur contribution à ce grand édifice de la protection sociale.

Je vous remercie de votre attention.

Valérie LESPEZ

Merci de cette vision, qui dépasse un peu le cadre de l'actuelle concertation. Si ces orientations sont adoptées à l'unanimité, j'espère que les aspects dont vous nous avez parlé pourront être intégrés au sein de la concertation.

Je laisse maintenant la parole à Monsieur le Président, pour clôturer cette journée.

Merci beaucoup Madame MONTCHAMP.



CLÔTURE

Monsieur Jean-Pierre RISO, Président de la FNADEPA

Cette conclusion sera courte. Comme vous pouvez l'imaginer, je ne m'aventurerai pas à synthétiser cette journée passionnante, d'une grande richesse, et à l'issue de laquelle nous disposons sans doute de quelques réponses à nos questions.

Toute la journée, l'ensemble des intervenants a apporté une large contribution à cet édifice collectif. Je veux donc commencer par les remercier, ainsi que Valérie LESPEZ, qui a vraiment été une animatrice brillante.

Les intervenants ont été extrêmement francs et loyaux envers nous, en nous faisant part de leurs doutes et de leurs certitudes. Il s'agit des moments forts de cette journée qui, je crois, nous ont conduits sur de véritables pistes de réflexion.

Je tiens à remercier nos prestataires, qui nous sont fidèles, ainsi que nos sponsors : KPMG, MALTA INFORMATIQUE, MIKO, QUALITEVAL, SOGERES, et UNADERE. Ils nous suivent dans nos animations et dans nos événements nationaux, mais aussi sur nos territoires.

En outre, je voudrais remercier Annabelle VÊQUES-MALNOU, ainsi que sa belle équipe, pour leur organisation parfaite.

Merci beaucoup au Directeur général de l'ARS de la région des Pays de la Loire, qui est un fidèle.

Derniers remerciements à toutes et à tous d'être venus si nombreux et d'être restés jusqu'à la fin de ce colloque, qui fut une belle réussite.

Après ces remerciements, je vous donne rendez-vous à Perpignan les 20 et 21 juin 2019, pour notre 34^e congrès qui aura pour titre précis « Social, environnemental, médico-social : lancez-vous dans la RSE ! ». Nous disposerons de deux jours pour traiter ce vaste sujet, lié à l'innovation, au progrès, et à la modernité. Nous espérons que vous viendrez au moins aussi nombreux qu'aujourd'hui.

Dans le cadre de ce 34^e congrès, nous décernerons le deuxième prix Millésim'ÂGE de la FNADEPA. Vous serez rapidement destinataires d'un certain nombre d'informations pour y participer.

Pour constater à quel point nous nous trouvons dans une logique de visibilité et d'action collective, n'hésitez pas à aller consulter notre page Facebook, notre fil Twitter, ainsi que la nouvelle page LinkedIn FNADEPA. Vous disposerez ainsi de toutes les actualités de la FNADEPA, que vous pourrez largement amender et enrichir.

En espérant vous revoir très rapidement, je vous remercie toutes et à tous, et vous souhaite un bon retour chez vous.