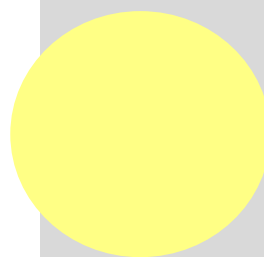




# 14ème DEFI AUTONOMIE

## SYNTHESE DES ACTES



REFORME DU GRAND  
ÂGE

QUELLES LEÇONS TIRER  
DE LA CRISE COVID-19 ?

SENIORS AUTONOMIE VOUS INVITE AU



23 & 24  
novembre  
2020



**ÉVÈNEMENT EXCEPTIONNEL**

En raison du contexte sanitaire, l'édition 2020 sera :

- 100% virtuelle
- En accès libre et gratuit où que vous soyez
- Sans inscription

**Seniors  
autonomie**

De par le contexte sanitaire lié à la deuxième vague de la Covid-19, le 14e Défi-autonomie, organisé par l'association Seniors-autonomie, s'est exceptionnellement déroulé sous une forme numérique les 23 et 24 novembre 2020. Placé sous le haut patronage de Brigitte Bourguignon, Ministre déléguée auprès du Ministre des Solidarités et de la Santé, chargée de l'autonomie, le colloque a réuni, comme les années précédentes, les acteurs nationaux et locaux engagés sur le champ du vieillissement et du grand âge. La crise sanitaire a logiquement largement impacté les débats d'un colloque qui avait choisi comme thématique : Projet de loi grand âge et autonomie : quelles leçons tirer de la crise de la Covid-19 ?

## TABLE RONDE 1

### La coordination territoriale à l'épreuve d'une grande crise sanitaire

Le foisonnement des acteurs étant un handicap dans la prise en charge des personnes âgées, la notion de parcours est essentielle. Qui plus est dans un contexte de crise sanitaire qui a exacerbé les questions d'isolement, de prévention, et de continuité des prestations. Sans oublier l'aspect sanitaire de la Covid-19 qui a touché les personnes âgées de plein fouet. En parallèle, la crise sanitaire a été le creuset d'initiatives qui peuvent préfigurer les réponses de demain à la prise en charge du grand âge. Dès lors se posent les questions de la pertinence et de l'efficacité, des atouts et limites de la coordination territoriale.

#### 1 / LES MANIFESTATIONS DE LA COORDINATION TERRITORIALE AU NIVEAU LOCAL ET NATIONAL

- Au niveau départemental

Dans la Loire, la gouvernance locale dans le champ médico-social s'est appuyée sur la Préfecture, la délégation départementale de l'ARS et les services du Département, et en particulier la Maison Loire autonomie. Avec l'objectif de partager les informations, d'analyser les réactions du corps civil, de gérer les problèmes, d'évoquer l'aspect financier. L'ARS s'est concentrée sur les structures médicalisées et le Conseil Départemental sur les structures non médicalisées.

Constat : cette bipolarité a impliqué une certaine complexité quant à la réactivité des acteurs. Cette bipolarité est chronophage car elle impose des circuits supplémentaires et repose sur la bonne volonté des acteurs. Pour autant, ce décloisonnement a prouvé son efficacité dans les faits et a, entre autres, permis de faire naître des initiatives.

- Au niveau du CHU de Saint-Étienne

La mise en place de 55 lits de gériatrie Covid-19 a été la première réponse hospitalière et sanitaire (sur 340 lits COVID) du CHU. Ensuite, la coordination territoriale s'est mise en place rapidement. Pour deux raisons : d'une part, le CHU de Saint-Étienne, en tant que territoire pilote, a été mandaté par l'ARS pour coordonner les acteurs territoriaux et entre autres les filières gérontologiques. D'autre part, des dispositifs avaient déjà été bâtis par les acteurs territoriaux sur le bassin stéphanois.

De ce fait, la coordination territoriale a apporté différents niveaux de réponse

I – Une meilleure orientation des patients grâce à une coordination entre EHPAD, SSR et hôpital.

2 - La hotline gériatrique doublée d'une hotline COVID-19 pour une réorientation directe vers les services du CHU ou de la Mutualité.

3 – Les équipes mobiles en renfort des EHPAD pour du soutien et de la formation en hygiène

4 – L'équipe mobile de soins palliatifs pour l'accompagnement éthique.

5 – La mise en commun de protocoles d'hygiène hospitalière et de livraison des équipements.

6 – La mutualisation des ressources humaines.

7 – La prise de décisions collectives autour des restrictions de droits de visite.

- Au niveau de la Mutualité en Loire et Haute-Loire

La coordination territoriale de groupe s'est mise en place à travers une cellule pluridisciplinaire avec décision collégiale pour plus de rapidité. Sur la filière médico-sociale, l'appui des différents acteurs a été important pour le maintien de la prise en charge. Un appui psychologique a été créé pour soutenir l'insoutenable. La prévention, la présence sanitaire au sein des établissements, l'innovation, la dimension organisationnelle en petites unités et la prise en contact de l'architecture ont été primordiales pour la gestion de crise.

---

## 2/ LA COORDINATION TERRITORIALE AU NIVEAU NATIONAL

- La CNAV s'est mobilisée pour adapter les offres de services d'accompagnement des personnes âgées pas encore en perte d'autonomie, afin de maintenir un lien social et éviter une crise économique. Et ce en lien avec les acteurs locaux. Ainsi, la CNAV a tenté de prioriser les interventions des structures d'aide à domicile, de cibler les personnes nouvellement veuves, et d'anticiper les conséquences économiques via les réseaux conventionnés. Elle s'est également emparée du levier digital (téléconsultation, ateliers de prévention numériques).

- La FNMF a joué le rôle d'interface entre les gestionnaires des établissements et services mutualistes et les pouvoirs publics.

---

## 3/ QUELS ENSEIGNEMENTS TIRER DE CETTE CRISE POUR L'AVENIR ?

- La coordination territoriale fonctionne là où les acteurs se connaissent déjà et où les outils, entre autres numériques, sont partagés. Le partage des données et de l'information est également un levier pour rendre la coordination plus efficace. Le partage des pratiques professionnelles est aussi important.

- La coordination entre le social et le sanitaire, entre autres au niveau des ressources humaines, est indispensable. Le décroisement doit être accentué tout comme la formation pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle.

- Au niveau de l'innovation, la télémédecine devra être conservée avec une simplification administrative. Les outils doivent mettre en œuvre un système d'information uniformisé au niveau national mais aussi départemental. A ce titre, la cyberconciergerie est intéressante au niveau d'un bassin de vie.

- En matière de financement, il y a nécessité à obtenir des moyens supplémentaires et à simplifier les modalités pour faire face au défi du vieillissement. Il faut également des financements pour des postes clés en EHPAD (médecin coordonnateur et clinicien)
- Il y a nécessité à associer les représentants des professionnels et des usagers pour prendre la mesure de la réalité de terrain.
- Dans le champ du médico-social, il faut travailler avec le tissu local de proximité sur le champ de la solidarité en incluant les acteurs associatifs.
- Pour que la coordination territoriale soit efficace, il faut en définir dès le début le pilotage et donc établir des protocoles et des procédures.

## TABLE RONDE 2

### Design et technologie au service des seniors

Le design et la technologie doivent être au plus près des usages et des usagers, entre autres les personnes âgées. Ils doivent aider à la décision et être déployés pour aller vers de meilleurs soins et une meilleure qualité de vie. Pour autant, beaucoup s'inquiètent de ce qui se cache derrière l'intelligence artificielle.

Le design a pour but de révéler cet environnement invisible et virtuel afin d'établir de nouvelles relations entre intelligence artificielle et réalité.

La technologie et plus particulièrement la gérontotechnologie a pour objectifs de préserver le lien social et d'éviter la perte d'autonomie. La gérontotechnologie permet de bien vieillir chez soi, via des systèmes pour détecter les chutes, la domotique pour faciliter les gestes quotidiens, ou les technologies de la communication qui font travailler le cognitif. Pour autant, elle doit replacer la personne âgée dans l'agora et l'aider à sortir de chez elle.

Car la technologie ne s'oppose pas au lien social, elle le favorise. A la condition que les personnes âgées participent à sa co-construction, tout comme l'écosystème qui les entoure (soignants et famille). La méthodologie des living lab le permet mais oblige à travailler dans la simplicité.

La notion de temporalité est également indispensable pour faire accepter les technologies. Ainsi, le digital entre de plus en plus dans le champ de la prévention. C'était totalement inimaginable il y a 10 ou 15 ans.

Il faut donc inventer l'usage avant l'objet.

## TABLE RONDE 3

### Les acteurs de terrain : quelles initiatives remarquables et leçons pour demain ?

#### 1/ ÉTAT DES LIEUX SUITE A LA CRISE SANITAIRE

A la Cité des Aînés, les 200 résidents vivent un isolement familial et social. La situation est difficile aussi pour le personnel car l'établissement est passé du champ médico-social au sanitaire. Le manque de personnel est prégnant et en particulier le manque d'infirmiers.

- A l'hôpital gériatrique des Magnolias en région parisienne, la totalité de l'offre de soins soit 200 lits a été transformée en unité COVID-19 car les personnes âgées ne pouvaient pas être accueillies en réanimation. 85 % sont rentrés à leur domicile. L'hôpital gériatrique a joué un rôle d'appui des EHPAD, la téléconsultation a été largement utilisée et des équipes mobiles sont intervenues au domicile. Le modèle des EHPAD actuels étant à bout de souffle, il faut tendre vers des établissements qui renforcent la présence médicale, organisés en petites unités.
- Au sein de l'AIMV, les interventions à domicile ont été maintenues suivant un degré de priorité afin d'éviter les phénomènes de glissement, la perte d'autonomie et l'isolement. Des outils spécifiques tels que le numéro AIMV assistance ont été mis en place.
- La CARSAT Rhône-Alpes a suspendu ses actions en présentiel pour proposer des services et ateliers en ligne, quelques ateliers à domicile et des actions par téléphone. La CARSAT est passée d'une approche classique à une approche digitale et a ainsi touché une nouvelle population. Certains ateliers en distanciel vont être maintenus, une prévention à domicile pourrait être mise en place.

---

## 2/ DEUX ENQUETES DU GERONTOPOLE AURA AUTOUR DU RESENTI DU CONFINEMENT

- Auprès d'un panel de personnes âgées.

Si l'objectif de cette enquête auprès des personnes de 65 à 92 ans à domicile était de comprendre leur vécu du confinement, très vite elle s'est orientée vers des questions éthiques de discrimination et d'âgisme. Les personnes âgées ont souffert du manque de relations directes, d'un sentiment de manquer à leur rôle habituel, d'être uniquement considérées comme vulnérables, d'être infantilisées par la famille, stigmatisées par les médias. Elles ont pris un « coup de vieux ». Quant au lever du confinement, il est plus discriminant encore de par les attitudes âgistes du gouvernement, des médias ou de leur famille.

- Auprès du personnel soignant

Sur 482 répondants, les deux tiers disent s'être bien adaptés, et 71 % se sont sentis valorisés, soutenus et utiles. En revanche, 70 % ont peur de contaminer leurs proches ou leurs patients, 41 % ont ressenti une méfiance à leur égard et 35 % se sentaient en insécurité.

La gestion de la fin de vie des patients, leur sentiment d'isolement, la charge importante de travail, des consignes organisationnelles et d'informations ont été difficiles à gérer. Ils regrettent le manque de formation et d'encadrement et reconnaissent avoir gagné en compétences.

---

## 3/ QUELS ENSEIGNEMENTS ?

- Il est nécessaire de valoriser les métiers du domicile via la formation et de lutter contre leur isolement sur le terrain. L'utilité sociale de ces métiers doit encore plus être mise en évidence. Les métiers de demain doivent être construits autour du besoin des personnes âgées à vouloir rester autonomes chez elles le plus longtemps possible.
- Certaines actions de terrain doivent être pérennisées.
- Un travail important doit être fait pour lutter contre l'isolement des personnes âgées.

**LE RAPPORT DE JEROME GUEDJ, ANCIEN PRESIDENT DU CONSEIL DEPARTEMENTAL DE L'ESSONNE : « LUTTER CONTRE L'ISOLEMENT DES PERSONNES AGEES, FRAGILES ET ISOLEES EN PERIODE CONFINEMENT »**

La question de la révolution de la longévité est prévisible depuis longtemps et incontournable. Elle doit être au cœur du débat politique, qui plus est en cette période de crise sanitaire, très âgiste. D'ailleurs, cette crise n'est qu'un miroir grossissant des problématiques préexistantes, un accélérateur qui oblige à aller plus loin sur certains points :

- Le regard sur la personne âgée doit changer. On était dans le déni et l'invisibilisation du vieillissement, on arrive à une véritable transition démographique, après les transitions écologiques et digitales. Ce changement de braquet sociétal, économique et social doit être pérenne.
- Les métiers du grand âge doivent être renforcés et bénéficier de revalorisations salariales. En parallèle, le modèle des EHPAD doit être adapté. C'est un lieu de vie mais aussi un lieu de fin de vie donc la présence médicale doit être renforcée. Le modèle doit changer aussi d'un point de vue organisationnel, architectural mais aussi au niveau du mode de fonctionnement.
- La plateforme de ressources gérontologiques et gériatriques au service du territoire comme l'hôpital gériatrique les Magnolias en Essonne est un bon modèle. On a besoin aujourd'hui de cette offre multifonctions autour de la personne âgée afin de gommer le clivage entre le médical et le médico-social.

La question spécifique de l'isolement des personnes âgées doit être l'objet de toutes les attentions et oblige à changer les modes d'interventions. Avec cinq acteurs essentiels à mobiliser :

- Les personnes âgées car il ne faut jamais faire sans elles.
- Les proches aidants qui doivent être reconnus.
- Les professionnels du domicile et des EHPAD qui doivent être formés à certains outils numériques.
- Les associations à l'échelle territoriale qui doivent être intégrées aux politiques municipales.
- La puissance publique à l'échelle nationale via par exemple la CNSA.

#### TABLE RONDE 4

### Les métiers du grand âge

#### **LE RAPPORT DE MYRIAM EL KHOMRI REMIS EN OCTOBRE 2019 A AGNES BUZYN**

La réforme systémique pour rendre les métiers du grand âge plus attractifs doit se construire autour de 4 axes :

- Proposer de meilleures conditions d'emploi et de rémunération pour les métiers des EHPAD mais aussi de l'aide à domicile.
- Assurer une plus grande lisibilité des formations professionnelles.
- Améliorer la qualité de vie au travail et baisser la sinistralité.
- Donner les moyens aux structures d'innover autour de nouvelles organisations du travail.

Pour la FEHAP, grâce au SEGUR de la santé et aux mesures gouvernementales annoncées, il y a certaines avancées sur l'augmentation du taux d'encadrement et du temps de travail en équipe, de la valorisation des parcours professionnels, de la formation et de l'alternance, de la reconnaissance des métiers, de l'implémentation des systèmes d'information. Mais il faut aller beaucoup plus loin.

---

## 2/ QUELLES REFLEXIONS POUR L'ELABORATION DE LA FUTURE LOI GRAND AGE

- Certaines améliorations dépendent certes de la loi et des financements mais aussi des fédérations, institutions et acteurs de terrain qui doivent faire évoluer le système de santé, via, entre autres, l'article 51 et avec les usagers. En particulier sur l'évolution de l'offre et le travail au sein des territoires en fonction d'une population et non d'un nombre de lits. La réforme doit également être structurelle
- Une réflexion devra être menée sur la gouvernance dans l'idée de la subsidiarité. La gouvernance doit être soit au niveau du national, soit au niveau de la région, pilotée par les ARS, avec implication des collectivités locales, sans interférence. Cette gouvernance s'appuie sur la notion de confiance avec des contrats non plus descendants mais des contrats d'objectifs et de moyens, plus locaux.
- L'offre de services doit se réinventer. Ainsi, l'expérimentation riche de 20 EHPAD adhom par la Croix-Rouge Française au niveau national, conforme à l'article 51 du PLFSS, fonctionne mais nécessite une structuration importante. Elle permet aux professionnels d'accompagner la personne âgée dans sa globalité. Donc se posent les questions de la polyvalence, de la diversification et de la perspective professionnelle des postes, qui jouent sur la motivation et allègent la charge de travail. De plus, l'approche managériale doit être revue pour plus d'autonomie des collaborateurs.
- Le secteur de l'aide à domicile doit se professionnaliser avec la mise en place de vraies filières et formations pour proposer une offre inclusive et totale qui répond aux besoins des personnes âgées et des aidants. De même, la revalorisation des salaires est nécessaire pour une plus grande attractivité des métiers, tout comme l'amélioration des conditions de travail.
- Les Gérontopôles génèrent les acteurs de la gérontologie et ont une action transversale sur le bien-vieillir. Les missions du Gérontopôle sont axées sur l'amélioration du bien vieillir en évaluant et valorisant les actions, les métiers et les nouvelles compétences du territoire.
- Les infirmiers libéraux sont dans la boucle du maintien à domicile et il est nécessaire de partager avec la population. Il faut une réflexion entre les payeurs et les offreurs de soins. Il faut une grande adaptabilité sur les territoires et de la part des professionnels. Le métier socle d'infirmier doit être élargi.
- L'image des métiers du grand âge souffre de l'image même du grand âge donc le regard sur le vieillissement doit changer, et ce grâce à tous les acteurs.

Un cas concret : l'association AURA stratégie, née de la réunion de l'AIMV 42 et de l'UNA 43, développe le projet Sentinelle qui donne une image plus valorisante du secteur de l'aide à domicile : les aides à domicile deviennent des vigies et repèrent les premiers signaux de fragilité qui sont transmis, via des smartphones, aux professionnels concernés. Ainsi, l'aide à domicile devient acteur de la prévention. De plus, la structure propose des actions de prévention telles Seniors forme, ou des ateliers mémoire ou audition. Enfin, les auxiliaires de vie sont formées aux pratiques les plus appropriées pour les personnes âgées. Une réflexion est lancée autour des notions de tutorat.

## Les enseignements et les perspectives pour la réforme du grand âge

2 millions de personnes auront besoin en 2030 des professionnels du grand âge. Après la loi ASV de décembre 2015, la réforme du grand âge est une urgence absolue, accentuée en période de crise de la COVID-19. Le vieillissement n'est ni un fardeau, ni une fatalité et il est nécessaire de changer de regard sur la longévité.

---

### 1/ LES PRIORITES DE LA REFORME DU GRAND AGE

- Faire de la filière des professionnels de l'âge y compris à domicile une filière d'excellence. Le secteur doit être valorisé et soutenu par des formations professionnalisantes ou des VAE, une progression des salaires, de meilleures conditions d'exercices, synonymes de dignité et de prestige (insigne /carte professionnelle/véhicule propre accessible). Il faut également abolir les barrières entre soignants et non soignants et renforcer les liens entre aidants familiaux et professionnels du grand âge.
- Modifier le modèle des EHPAD, y compris de façon structurelle, qui ont joué le rôle de chaudron de contamination du COVID-19. Le taux d'encadrement doit y être augmenté et les EHPAD doivent être médicalisés à différents degrés. Ces établissements peuvent aussi devenir des centres de ressources en situation de crise.
- Mener une politique de prévention multidimensionnelle, forte, visible, durable, primaire pour les individus et au niveau collectif. Les assurances complémentaires et paritaires développent déjà des initiatives. La e.santé peut être un levier énorme.
- Penser et imaginer le domicile, l'environnement, la mobilité avant qu'il ne soit trop tard.
- Aider financièrement et psychologiquement les aidants naturels.

---

### 2/ LE VOLET FINANCIER DU 5E RISQUE.

Comment assurer le financement de la 5e branche de la Sécurité sociale, telle est la question centrale de cette réforme. La CNSA est chargée de la gestion de cette nouvelle branche par transfert des prestations d'autres branches. Avec quels risques ?

Il y a nécessité à mobiliser autrement en faisant appel à la solidarité nationale ou à l'instauration d'une assurance obligatoire pour le financement. Une piste de financement réside dans le décloisonnement des assurances obligatoires et complémentaires, autorisé par les ordonnances de 1945.

La piste de la Mutualité : le mécanisme combinerait les vertus de la répartition et de la capitalisation pour permettre de proposer une solution à tous les niveaux de dépendance lourde. Ce qui permettrait de projeter, de réduire ou d'annuler le reste à charge. La question des mécanismes reste posée : cotisation dès le début de la carrière professionnelle ou à partir de la quarantaine ?

Donc les assureurs doivent être sur le champ de la prévention et de l'accompagnement et pas uniquement sur le prisme du financement du reste à charge.

Les travaux de Transitions démographiques, transitions économiques (TDTE)



Pour réduire les risques, il faut :

- Aller vers une société active. On peut réduire le risque par une activité soutenue, le souci de soi et la continuité de l'apprentissage.
- Instaurer une assurance obligatoire (contrat de sécurité sociale, collective, mutuelle collective ou individuelle, une assurance privée) car on se sent protégé des grands risques de la vie et donc on parie sur l'avenir. Nos systèmes d'assurance et de protection sociale doivent donc évoluer radicalement.
- Mettre en place une réassurance publique pour diminuer les primes. L'état devient un acteur de protection sociale.
- Créer un marché financier pour les seniors et valoriser leur patrimoine.