

France Assos Santé

Propositions de France Assos Santé – Concertation Grand-Âge et Autonomie

Note de position

Table des matières

1. Identifier les besoins pour apporter des réponses adaptées et fondées sur les principes de solidarité nationale	2
1.1 Les problématiques de santé des personnes âgées	2
1.2 Un droit universel à la compensation avec un panier de biens et services large permettant de couvrir les différents besoins	3
1.3 Un financement reposant sur la solidarité nationale.....	4
1.4 Un pilotage national des politiques publiques de l'autonomie assurant une équité territoriale.....	5
2. Repenser toutes les étapes du parcours de santé des personnes âgées	5
2.1 Une prévention de la perte d'autonomie et des évolutions de la situation des personnes	5
2.2 Une mise en œuvre d'une coordination efficace	6
2.3 Une prise en charge hospitalière plus efficace et mieux adaptée	6
2.3.1 Une organisation et une gouvernance hospitalière à redéfinir	6
2.3.2 Améliorer la prise en charge de la douleur et la dénutrition des personnes âgées à l'hôpital	7
2.3.3 Introduire des indicateurs de résultats rapportés par les patients.....	8
2.4 Maintien à domicile ou hébergement : une solution adaptée doit exister pour tous les usagers en perte d'autonomie	8
2.4.1 Favoriser le soutien aux aidants et mettre en œuvre toutes les conditions pour le maintien à domicile	8
2.4.2 Des solutions d'hébergement qui doivent être diversifiées et de qualité	9
2.4.3 Le modèle des EHPAD à réétudier.....	10
SYNTHESE DES PROPOSITIONS DE FRANCE ASSOS SANTE	12

1. Identifier les besoins pour apporter des réponses adaptées et fondées sur les principes de solidarité nationale

1.1 Les problématiques de santé des personnes âgées

La situation des personnes très âgées en perte d'autonomie pose aux personnes, aux professionnels, aux collectivités et aux aidants des questions spécifiques. Il paraît donc indispensable d'interroger les besoins de santé des personnes âgées et les problématiques associées. Ces besoins de santé s'articulent en permanence avec les questions propres de la perte d'autonomie. La réflexion sur les prises en charge de la perte d'autonomie ne saurait les écarter.

Concernant les besoins liés à l'état de santé, France Assos Santé constate que :

- Les problématiques concernant la prise en charge des personnes âgées sont **rarement identifiées**, hors des sujets traitant de la perte d'autonomie. Que ce soit dans le cadre des pathologies spécifiques : (polypathologies, maladies neuro-dégénératives, ostéoporose, etc.) mais aussi les pathologies non spécifiques pour lesquelles la prise en charge des personnes âgées nécessitent une **adaptation des pratiques** des professionnels de santé.
- **Les besoins de suppléance liés à l'âge** (audition, vision, mobilité) font partie des dépenses nécessaires au maintien de l'autonomie et au lien social, mais sont mal remboursées par l'assurance maladie.
- **la question physique de l'accès aux soins** est un point crucial, notamment pour les rendez-vous médicaux pour lesquels aucune prise en charge des transports n'est actuellement prévue, alors que les personnes âgées peuvent avoir des difficultés de déplacement.
- **La question des refus de soins** concernant les personnes âgées est peu appréhendée aujourd'hui, il pourrait être opportun **de réaliser des études ou enquêtes** sur cette question spécifique. Pour certains soins, des dispositions spécifiques pourraient être mises en place (dépistage des infections dentaires et soins dentaires dans les établissements,)
- **La douleur et de la dénutrition** sont d'ores et déjà identifiées comme problématiques pour cette population, que ce soit au domicile, à l'hôpital ou en établissement. Cette question est traitée dans les chapitres correspondants.
- **Les personnes âgées souffrent souvent de plusieurs maladies chroniques¹ et prennent donc quotidiennement plusieurs médicaments. Cette polymédication s'accompagne d'un risque accru de prescriptions inappropriées, d'interactions entre les médicaments et d'effets**

¹ Ce fait lui-même, donné comme acquis, n'est pas vraiment documenté en dehors de la fréquence des ALD selon les âges !

indésirables. La lutte contre la iatrogénie médicamenteuse chez les seniors pose notamment des questions :

- De pertinence de prescriptions d'actes ou de médicaments à un âge avancé
- De l'utilisation d'outils d'alerte des interactions médicamenteuses (DP, LAP)
- De mécanismes d'incitation de coordination des acteurs (paiements forfaitaires)
- D'amélioration des connaissances visant à adapter l'évaluation du bénéfice/ risque dans le traitement des poly pathologies chroniques
- De formation (initiale, continue) des médecins traitants, de coordination entre les médecins traitants et les gériatres.
- De participation du patient dans la prise de décision médicale

France Assos Santé propose donc que :

- ⇒ **Dans le cadre conventionnel, et dans les critères de certification des établissements, des recommandations** et des critères soient établis à l'attention des professionnels de santé pour la bonne prise en charge des personnes âgées (iatrogénie, polyprescriptions, dénutrition, suivi dentaire, etc.).
- ⇒ **Des objectifs spécifiques soient intégrés dans le cadre de la ROSP**
- ⇒ **La mise en place de services de transports** pour les personnes âgées, collectifs ou individuels, soit mise en œuvre pour qu'elles se rendent à leurs rendez-vous médicaux.
- ⇒ La lutte contre **la iatrogénie médicamenteuse** chez les seniors qui est une priorité affichée de la stratégie nationale de santé (2018-2022) « Promouvoir le bon usage des produits de santé en établissements et en ville, et notamment lutter contre la polymédication et la iatrogénie, notamment chez la personne âgée » soit rendue effective.

1.2 Un droit universel à la compensation avec un panier de biens et services large permettant de couvrir les différents besoins

Le système actuel de prise en charge et de prestations pour soutenir l'autonomie des personnes est complexe et entraîne des inégalités en fonction de l'origine de la perte d'autonomie², du secteur géographique et des ressources des personnes. France Assos Santé soutient **la création d'une prestation universelle de compensation** permettant un traitement équitable et des droits similaires pour les personnes rencontrant les mêmes besoins (aide humaine, technique...) quel que soit leur âge. Afin de limiter les restes à charge les montants accordés devraient être en cohérence avec les tarifs pratiqués.

La prestation de compensation du handicap comprend plusieurs volets couvrant différents besoins et cette logique n'est aujourd'hui pas aussi clairement prise en compte, et surtout pas au même niveau

² La Loi du 11.02.2005 avait prévu « dans les cinq ans » la suppression de la barrière d'âge de 60 ans pour le bénéfice d'une prestation de compensation. **Aujourd'hui, cette disposition n'est pas effective. Le Haut Conseil de l'âge recommande que les études soient entreprises pour en étudier les conditions.**

de financement, dans les aides pour les personnes âgées. Pour les aides techniques, tant dans la vie quotidienne qu'en compensation, l'âge pose des problèmes particuliers d'appropriation. Par ailleurs certains besoins, notamment en matière de prévention, ne sont aujourd'hui pas du tout prévus ni pris en charge.

France Assos santé propose :

- ⇒ **La création d'une prestation unique pour tous, réunissant tous les biens et services**, actuellement éclatés dans plusieurs prestations et services (PCH, APA, action sociale départementale, communale, assurance maladie, etc.) dans un large panier de biens et services.
- ⇒ **L'intégration dans ce panier de biens et services de la prévention** : notamment l'Activité Physique adaptée, l'alimentation, etc.
- ⇒ **Par ailleurs, les grilles d'évaluation** pourraient également mieux tenir compte des déterminants (social, familial, individuel, âge, nature de la perte d'autonomie, situation financière etc.) qui permettront une réponse adaptée à la situation de chacun et répondant besoins. Que ces grilles **s'imposent à tous les acteurs**, publics et privés, et que les **évaluateurs ne soient pas aussi les payeurs** constitueraient de véritables progrès.

1.3 Un financement reposant sur la solidarité nationale

Comme de nombreux acteurs et usagers, France Assos-santé rappelle son attachement au **système solidaire** pour le financement et la prise en charge des prestations liées à la perte d'autonomie qu'elle qu'en soit l'origine. Le système de protection sociale devrait ainsi être le socle de cette solidarité. Permettant de garantir l'équité dans le traitement et la prise en charge des aides à l'autonomie.

Mais garantir l'équité impose aussi de revoir d'une part les règles de tarification, facturation, dans les établissements mais aussi à domicile, ainsi que l'évaluation des services.

Enfin, faire reposer tout ou partie de ce financement (aujourd'hui l'hébergement ou les dépenses non reconnues dans le cadre de l'APA) **sur un système assurantiel privé non régulé, creusera encore plus les inégalités**, en permettant à ceux qui ont les ressources les plus élevées de pouvoir bénéficier des meilleures garanties alors que d'autres, plus modestes, ne pourront pas bénéficier des prestations nécessaires à leur choix et à la qualité de vie.

- ⇒ **C'est pourquoi France Assos Santé demande le financement du risque de perte d'autonomie par la solidarité nationale** afin de garantir une prise en charge effective de toutes les populations, y compris les plus fragiles sans reste à charge.

L'exigence de solidarité est d'autant plus importante que les personnes très âgées sont souvent les laissées pour compte de la solidarité. Elles sont fragilisées par leur isolement, les besoins spécifiques de santé liés aux incapacités grandissantes avec le vieillissement (difficulté de mobilité, isolement lié à la perte d'audition, problèmes de vision) sont très mal pris en charge par l'assurance maladie.

Concernant la mobilisation du patrimoine, dont il est fortement question, France Assos Santé **sera extrêmement vigilante sur les modalités de sa mise en œuvre**. Aujourd'hui il est avéré que des personnes renoncent au recours à l'ASH (Aide sociale à l'hébergement), souvent nécessaire à l'hébergement en EHPAD, alors qu'elles le nécessiteraient, du fait de la subsidiarité de cette aide sociale et du recours sur succession. La prise en compte du patrimoine, pour certaines personnes âgées dont le seul patrimoine consiste en la propriété de leur résidence principale, entrainera de facto les mêmes réticences.

La mobilisation du patrimoine peut avoir **des effets « pervers »**, les personnes disposant de patrimoine important n'ayant en général pas de difficulté à prendre en charge leurs besoins en autonomie, et donc pas de nécessité de mobiliser leur patrimoine, alors que les personnes plus modestes se retrouveraient dans l'obligation de le mobiliser : **En aucun cas, notamment lorsqu'il y a un conjoint, de surcroît aidant, la mise en vente d'une résidence principale ne pourra être imposée pour financer les frais d'hébergement.**

France Assos Santé souhaite donc que le financement repose davantage sur la solidarité et la mutualisation dans le cadre de la fiscalité (taxe sur les successions par exemple), et les diverses contributions pour plus d'équité.

1.4 Un pilotage national des politiques publiques de l'autonomie assurant une équité territoriale

Pour France Assos-santé, que l'on se dirige vers un système plus équilibré, homogène sur le territoire, assis sur des financements de solidarité publique, n'est pas contradictoire avec un pilotage laissant aux acteurs au niveau national et au niveau local, la possibilité de tenir compte des spécificités.

- ⇒ **Un guichet unique de prise en charge à l'échelle locale** permettrait d'élaborer les plans d'action et d'assurer leur suivi ;
- ⇒ Parallèlement, **le renforcement du rôle de l'opérateur national, la CNSA**, permettra l'élaboration des référentiels, la coordination de toutes les formes de solidarités actives et la garantie d'un traitement équitable sur le territoire.

2. Repenser toutes les étapes du parcours de santé des personnes âgées

2.1 Une prévention de la perte d'autonomie et des évolutions de la situation des personnes

Les dispositifs et les actions de prévention méritent d'être renforcés, coordonnés, notamment entre les actions collectives, et l'information des personnes par :

- ⇒ **La coordination des financeurs et des choix de programmes** entre les caisses vieillesse, les CARSAT, les CPAM, les ARS et les départements doit être améliorée. La conférence départementale des financeurs doit en ce sens se développer afin de permettre cette nécessaire coordination.
- ⇒ **L'information des usagers**
- ⇒ **La mise en œuvre et l'évaluation du plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie de septembre 2015³**

2.2 Une mise en œuvre d'une coordination efficace

La plupart des dispositifs mis en place par la DGS (CLIC), la DGOS (réseaux de santé) ou la CNSA (MAIA) ont des missions complémentaires dont certaines se télescopent, en particulier concernant les modes opératoires de l'appui ou de l'accompagnement aux parcours de santé des personnes. Un regroupement de tous ces dispositifs gérés par les Plateformes Territoriales d'Appui (PTA) est donc poussé par les ARS.

- ⇒ **Le rôle des PTA doit ainsi être renforcé dans ce sens pour participer à la coordination de la prise en charge des personnes en perte d'autonomie notamment.**
- ⇒ **L'expérimentation PAERPA**, prorogée en 2019, pourrait permettre après évaluation et identification de ce qui fonctionne, l'évolution du droit commun.

Il nous semble également nécessaire :

- ⇒ **D'informer les acteurs** puisqu'aujourd'hui les dispositifs, sont très mal connus des professionnels de santé de proximité, médecins traitants, pharmaciens, notamment, mais aussi des usagers, en l'occurrence personnes en perte d'autonomie et aidants.
- ⇒ **D'intégrer au futur cahier des charges des CPTS** (Communauté Professionnelles Territoriales de Santé) des objectifs quantifiés d'organisation des soins non programmés pour les personnes âgées (réduction des hospitalisations des personnes âgées aux urgences notamment) et d'organisation de parcours de santé plus globalement pour les PA, avec notamment le repérage des fragilités.
- ⇒ **De favoriser le développement d'infirmiers de pratique avancée en gériatrie** et de protocoles de coopération entre professionnels de santé, notamment dans les équipes de soins primaires, avec des objectifs de repérage de la fragilité des personnes âgées

2.3 Une prise en charge hospitalière plus efficace et mieux adaptée

2.3.1 Une organisation et une gouvernance hospitalière à redéfinir

³ Plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie, Mission d'appui de la Direction générale de la cohésion sociale, septembre 2015 : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_daction_de_prevention_de_la_perte_dautonomie.pdf

Les hospitalisations inutiles et les mauvaises prises en charges aux urgences notamment constituent un facteur de dégradation connu des personnes. Il peut y être remédié par plusieurs axes d'actions spécifiques :

- ⇒ **L'évaluation de l'autonomie de la personne soit faite dès l'entrée aux Urgences** afin d'élaborer le plus tôt possible le protocole de prise en charge, incluant dès le départ l'organisation de la sortie avec la mise en place des dispositifs d'aide à domicile.
- ⇒ Appliquer **les recommandations de l'HAS en matière de dépendance iatrogène** parues en 2017⁴, et notamment :
- ⇒ **Le dépistage**, la prévention, le suivi et le traitement des 6 causes principales de perte d'autonomie liée à l'hospitalisation (le syndrome d'immobilisation, la confusion aiguë, la dénutrition, les chutes, l'incontinence urinaire de novo et les effets indésirables des médicaments)
- ⇒ Organiser dans l'établissement le recours à une expertise gériatrique pour les services hospitaliers recevant des personnes âgées
- ⇒ Améliorer l'interface ville/ hôpital, à l'admission et en sortie d'hospitalisation.
- ⇒ En amont, le **développement des services de médecine polyvalente**,
- ⇒ Dans le cadre de « ma santé 2022 », **recentrer les futurs hôpitaux de proximité sur des activités** de médecine polyvalente (maladies chroniques personnes âgées), des consultations avancées de spécialités médicales, équipe mobile de gériatrie/soins palliatifs ; Par ailleurs, les hôpitaux de proximité doivent **disposer de « plateaux numériques »** pour réaliser des téléconsultations avec des spécialistes situés sur des établissements de recours, et éviter les transports fatigants et mal remboursés.

Enfin, En termes de gouvernance hospitalière des établissements, nous préconisons la participation accrue des usagers :

- ⇒ Confier à la CDU une mission **d'élaboration de recommandations** destinées à améliorer l'accueil et la qualité de la prise en charge des personnes âgées et de leurs aidants, et une information régulière des actions entreprises.
- ⇒ Intégrer à la réflexion des **CLAN, CLIN, CLUD un volet spécifique personnes âgées**.

Enfin, pour France Assos santé le développement des unités **de soins palliatifs⁵ fait partie intégrante** des préoccupations concernant la prise en charge de la fin de vie et de l'accompagnement des personnes ayant perdu leur autonomie. EN 2014, on constatait que moins de 20% des personnes en fin de vie y ont accès et 70% des lits sont concentrés dans 5 régions.⁶

2.3.2 Améliorer la prise en charge de la douleur et la dénutrition des personnes âgées à l'hôpital

Une attention particulière doit être portée à la douleur et la dénutrition des personnes âgées à l'hôpital.

Chez les sujets âgés, **la prévalence de la douleur**, en particulier de la douleur chronique, est très élevée. Sa reconnaissance a été tardive. Dans les établissements de santé, la douleur de ces personnes est

⁴ Prévenir la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation chez les personnes âgées http://annee-gerontologique.com/wp-content/uploads/2017/11/MC_208_FPC_IATROGENIE_.pdf

⁵ https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/031215_-_plabe56.pdf

⁶ Rapport du Comité Consultatif National d'Ethique sur le débat public concernant la fin de vie, octobre 2014

encore très sous-évaluée et insuffisamment traitée. La prise en charge de la douleur du sujet âgé est, par conséquent, une nécessité de Santé Publique.

Il est nécessaire de :

- ⇒ Systématiser l'évaluation de la douleur et notamment **de l'utilisation des échelles d'hétéroévaluation**. Quand la douleur est évaluée, il faut prendre en charge cette douleur spécifique à l'aide de tous les moyens disponibles et sans délai.

Les causes de la dénutrition observée dans les établissements de santé sont médicales mais également logistiques et organisationnelles. La trop rare identification dès l'admission et au cours d'un séjour hospitalier d'une dénutrition ou d'un risque nutritionnel lié à la pathologie fait méconnaître ces risques.

France Assos Santé propose :

- ⇒ De **systématiser les modalités de repérage et la prise en charge immédiate de la dénutrition des personnes âgées**. Il faut également systématiser les mesures de prévention de la dénutrition à l'hôpital.

Il sera également nécessaire de mettre en place la continuité des soins après le retour à domicile, notamment en prenant contact par téléphone le lendemain de la sortie avec la personne et son aidant éventuel.

2.3.3 Introduire des indicateurs de résultats rapportés par les patients

Nous proposons que des **indicateurs de résultats rapportés par le patient (PROMS)** appliqué au parcours de la **personne âgée hospitalisée soient intégrés**. Il convient donc de recenser au long du parcours, **des indicateurs de résultats rapportés par le patient, et qui font sens pour lui, les équipes soignantes, les aidants :**

- Expérience à l'admission (mode d'entrée, lien avec la ville)
- Evolution perçue des symptômes et de la qualité de vie pendant l'hospitalisation
- Adhésion rapportée par le patient âgé à son parcours de soins
- Evolution de la qualité de vie globale post-hospitalisation : maintien de l'autonomie et poursuite des activités courantes

Ces indicateurs vont bien plus loin que les actuels indicateurs de durée de séjours de type DMS et devraient pouvoir être intégrés dans la future V2020.

2.4 Maintien à domicile ou hébergement : une solution adaptée doit exister pour tous les usagers en perte d'autonomie

2.4.1 Favoriser le soutien aux aidants et mettre en œuvre toutes les conditions pour le maintien à domicile

La question des aidants est régulièrement interrogée et la majorité des acteurs s'accorde à dire que des mesures globales **pour les soutenir** doivent être mises en place pour :

- Prendre en compte l'état de santé des aidants familiaux qui se dégrade précocement (répit, baluchonnage, suivi médical renforcé, soutien psychologique etc.)
- Favoriser la conciliation avec la vie professionnelle et familiale (meilleure rémunération des aidants familiaux et des différents congés, formation, etc.)

France Assos Santé propose en premier lieu d'effectuer :

- ⇒ Un recueil et une analyse précise **des attentes et des besoins des aidants** afin de proposer des réponses adaptées.

Par ailleurs, les personnes isolées qui ne bénéficient pas de relais familiaux se retrouvent bien souvent dans l'obligation de quitter leurs domiciles faute de moyens d'y rester. Il est donc nécessaire que les services proposés permettent cette possibilité.

Il sera nécessaire d'innover sur les différents dispositifs pouvant être mis en place pour favoriser le maintien à domicile, notamment :

- ⇒ Les équipes **mobiles gériatriques extrahospitalières** (avec évaluations gériatriques standardisées au domicile) pour éviter le placement en établissement et les hospitalisations et les initiatives permettant une meilleure coordination entre la ville et l'hôpital ainsi que des dispositifs médico-sociaux permettant l'accompagnement à domicile.
- ⇒ Une évaluation des **différents services de soutien à domicile** pourrait être effectuée et des cahiers des charges précis élaborés pour les rendre plus efficaces : formation des intervenants notamment, ce qui implique une revalorisation des statuts.

Une attention particulière devra **être portée à l'isolement** que peut entraîner le maintien à domicile et ses conséquences, telles que la dénutrition et la santé psychique (dépression). Pour ce faire :

- ⇒ Les **aides à domicile devront être mieux formées** à l'accompagnement des personnes et être mieux reconnues et valorisées, avec des contrats de travail moins précaires.
- ⇒ Pour répondre au désir de maintien à domicile, il est également nécessaire de prévoir toutes les solutions **d'adaptation du logement**. Le panier de biens et services doit donc pouvoir prendre en compte l'ensemble des besoins des personnes souhaitant rester à domicile

2.4.2 Des solutions d'hébergement qui doivent être diversifiées et de qualité

Lorsque le maintien à domicile n'est pas possible, ou pas souhaité, des solutions d'hébergement diversifiées doivent être proposées :

- ⇒ **Des structures intermédiaires entre le domicile et les établissements (structures d'accueil de jour, de nuit et l'hébergement temporaire)**, adaptés à la situation des personnes et leurs besoins.
- ⇒ Les activités de loisirs, culturelles, sociales, l'ouverture vers l'extérieur devront aussi être favorisées afin que les personnes hébergées puissent exercer leur **pleine et entière citoyenneté et aspirations individuelles**.

- ⇒ **La mixité intergénérationnelle** au sein des structures d'hébergement des personnes âgées (services civiques, crèches, etc.) doit être développée.

2.4.3 Le modèle des EHPAD à réétudier

Une récente étude de la DREES⁷ montre que la moitié des résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépensent au moins **1 850 euros mensuels pour financer** leur prise en charge, après perception des allocations et des contributions des obligés alimentaires. **Ce reste à charge est tout à fait inacceptable**, il est urgent de réformer ces modalités afin de permettre l'accès de tous aux Etablissements.

Par ailleurs les besoins en personnels, formation, services et l'évaluation de la qualité pourraient être renforcés.

France Assos Santé soutient :

- ⇒ La réflexion sur **les modalités des tarifs** en fonction des revenus pour permettre de réduire les restes à charge et favoriser l'accès de tous aux EHPAD
- ⇒ Le renforcement des équipes, parfaitement formées, au sein des établissements
- ⇒ le développement de la télémédecine. Les EHPAD devront notamment être équipés **d'outils de téléconsultation**, notamment en médecine générale et **d'outils de télé expertise** (psychiatrie, stomatologie, dermatologie), pour éviter des déplacements souvent éprouvants/voir des hospitalisations inadéquates.
- ⇒ **Le renforcement du rôle du médecin coordinateur** avec la possibilité de prescriptions individuelles quand il n'y a pas de médecin traitant ou qu'il n'est pas disponible dans un délai compatible avec l'état de santé du résident.
- ⇒ **L'accompagnement du processus de mutualisation des infirmiers de nuit** en intégrant leur coût dans la dotation globale de soins des EHPAD et en privilégiant les partenariats avec les structures sanitaires. Ce d'autant plus qu'une étude de la DREES⁸ a montré que la probabilité de décéder dans l'EHPAD plutôt qu'à l'hôpital est plus forte dans les établissements assurant la présence d'une infirmière 24 heures sur 24.
- ⇒ **La démarche de prise en compte de l'expérience patient via e-satis pourrait intégrer des indicateurs patients.** Dans les travaux préparatoires à ma Santé 2022, les pilotes du groupe qualité et pertinence des soins ont identifié 6 dimensions pour évaluer un EHPAD :

⁷ « Comment les seniors financent-ils leur maison de retraite ? », DREES, novembre 2018.

⁸ « L'Ehpad, dernier lieu de vie pour un quart des personnes décédées en France en 2015 », DREES, novembre 2018



⇒ **Des enquêtes relatives à la bientraitance** menées parallèlement par les acteurs associatifs.

SYNTHESE DES PROPOSITIONS DE FRANCE ASSOS SANTE

1. Identifier les besoins pour apporter des réponses adaptées et fondées sur les principes de solidarité nationale

Une identification des besoins de santé pour une prise en charge adaptée

- ⇒ **Etablir des recommandations et des critères** pour la bonne en prise en charge des personnes dans le cadre conventionnel et de certification des établissements
- ⇒ Intégrer des objectifs spécifiques dans le cadre de la **ROSP**
- ⇒ **Mettre en place des services de transports pris en charge** pour les rendez-vous médicaux
- ⇒ **Lutter contre la iatrogénie médicamenteuse**

Un droit universel à la compensation, un large panier de biens et services financé par la solidarité nationale

- ⇒ **Créer une prestation unique pour toutes les personnes en perte d'autonomie et un large panier de biens et services** incluant **des mesures de prévention**.
- ⇒ **Prévoir un financement reposant sur la solidarité nationale** permettant de réduire les restes à charge
- ⇒ **Revoir les grilles d'évaluation en prenant plus en compte les déterminants individuels** (social, familial) et **opposables à tous les acteurs**

Un pilotage national des politiques publiques de l'autonomie assurant une équité territoriale

- ⇒ Instaurer un **guichet unique** de prise en charge à **l'échelle locale**
- ⇒ **Renforcer le rôle de l'opérateur national** permettant la garantie d'un traitement équitable sur le territoire.

2. Repenser toutes les étapes du parcours de santé des personnes âgées

Une prévention de la perte d'autonomie et des évolutions de la situation des personnes

- ⇒ **Coordonner les financeurs et les choix de programmes.**
- ⇒ **Informers les usagers et les professionnels**
- ⇒ Mettre en œuvre et l'évaluation du plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie de septembre 2015⁹

La mise en œuvre d'une coordination efficace

- ⇒ **Généraliser le déploiement des PTA (Plates-Formes Territoriales d'Appui)** et fusionner les dispositifs d'appui de manière à ce qu'ils soient lisibles

⁹ Plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie, Mission d'appui de la Direction générale de la cohésion sociale, septembre 2015 : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_daction_de_prevention_de_la_perte_dautonomie.pdf

- ⇒ **Informez tous les acteurs** : les dispositifs étant mal connus des professionnels de santé de proximité et des usagers
- ⇒ **Donner aux CPTS un rôle dans le repérage de la fragilité des personnes âgées**
- ⇒ **Favoriser le développement d'infirmiers de pratiques avancées en gériatrie**

Une prise en charge hospitalière plus efficace et mieux adaptée

- ⇒ **Recentrer les futurs hôpitaux de proximité sur la prise en charge des personnes âgées** (activités de médecine polyvalente, équipes mobiles de gériatrie/soins palliatifs)
- ⇒ **Systematiser l'évaluation immédiate de la perte d'autonomie dès l'entrée aux urgences**
- ⇒ **Systematiser le repérage et la prise en charge immédiate de la douleur et de la dénutrition des personnes âgées**
- ⇒ **Organiser dans l'établissement le recours à une expertise gériatrique** pour les services hospitaliers recevant des personnes âgées
- ⇒ **Confier à la CDU une mission d'élaboration de recommandations** destinées à améliorer l'accueil et la qualité de la prise en charge des personnes âgées et de leurs aidants, et une information régulière des actions entreprises.
- ⇒ **Intégrer à la réflexion des CLAN, CLIN, CLUD un volet spécifique personnes âgées.**
- ⇒ **Améliorer l'interface ville/ hôpital**, à l'admission et en sortie d'hospitalisation
- ⇒ **Introduire des indicateurs de résultats rapportés par les patients (PROMS)**

Maintien à domicile ou hébergement : une solution adaptée doit exister pour tous les usagers en perte d'autonomie

A domicile

- ⇒ Recueillir et analyser **les attentes et les besoins des aidants** afin de proposer des réponses adaptées.
- ⇒ **Soutenir les aidants** par tous les moyens disponibles
- ⇒ **Evaluer les différents services de soutien à domicile**
- ⇒ **Former et valoriser les intervenants**
- ⇒ **Adapter le logement**
- ⇒ **Favoriser les activités de loisirs, sociales, culturelles et l'ouverture vers l'extérieur**
- ⇒ **Développer des structures intermédiaires entre le domicile et les établissements et des structures innovantes** (structures d'accueil de jour, de nuit et l'hébergement temporaire, mixité générationnelle)

Réétudier le modèle de l'EHPAD

- ⇒ **Réduire les Restes-à-charge** pour permettre l'accès de tous aux EHPAD
- ⇒ **Réinjecter du personnel soignant** : renforcer le rôle du **médecin coordinateur** en lui conférant notamment la possibilité **de prescription et de de-prescription après conciliation médicamenteuse** ; développer la **mutualisation d'infirmiers de nuit**
- ⇒ Développer des outils de **télé-médecine**
- ⇒ **Mesurer l'expérience des résidents**
- ⇒ **Mener des enquêtes de bientraitance avec les acteurs associatifs**

