



Contributions Ségur de la Santé

Propositions de l'Union nationale ADMR

JUIN 2020

Editorial

Le 25 mai, le Gouvernement a lancé un « Ségur de la Santé » avec l'ambition annoncée de « *refonder* » notre système de santé, par la mise en place « *d'une organisation du système de santé fondée sur le territoire et intégrant hôpital, médecine de ville et médico-social* ».

Selon la constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la santé est « *un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* » et représente « *l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soit sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale* ».

Cette réforme ne doit donc pas se limiter à une transformation de l'hôpital ; mais faire preuve d'une ambition plus large ; elle doit prendre en compte la totalité des acteurs concourant à la prise en charge de la santé des citoyens au sens de l'OMS et dont les professionnels de l'aide et du soin à domicile font partie.

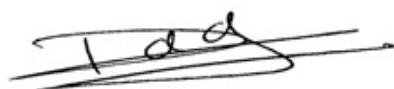
Il s'agit de repenser l'articulation avec l'hôpital, la ville et le domicile en lien avec le projet de loi Grand âge et autonomie.

L'articulation entre les hospitalisations des personnes âgées et la prise en charge à domicile doit impliquer un ensemble d'acteurs et de dispositifs aujourd'hui bien trop éloignés les uns des autres.

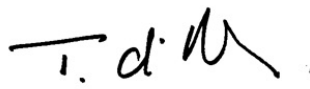
Selon une étude de la DRESS⁽¹⁾ : « *Le taux de recours aux urgences est plus élevé aux âges extrêmes de la vie. La fragilité physique, psychique ou socio-économique augmente également avec l'âge (Sirven, 2016). L'admission en service d'urgences survient la plupart du temps à la suite d'un état de crise ayant pour origine des causes médicales mais également sociales (isolement social, manque de ressources, perte de mobilité...)* ».

Preuve qu'une réponse hospitalocentrée qui exclurait ainsi une partie de la solution, ne couvrirait au final qu'une partie des ambitions que le Ségur de la Santé s'est fixée.

Pour que cette réforme soit en capacité d'abattre les cloisons entre le monde de l'hôpital, de la ville et celui du domicile, l'ADMR formule ses propositions.



Marie-José Daguin,
Présidente de
l'Union nationale ADMR



Thierry d'Aboville,
Secrétaire général

Propositions de l'Union nationale ADMR



PILIER N°1

TRANSFORMER LES MÉTIERS ET REVALORISER CEUX QUI SOIGNENT

PROPOSITION 1

Accorder la même urgence et la même importance à la **valorisation des métiers** du domicile qu'à celle des métiers du secteur hospitalier.

La révision des emplois et rémunérations proposée par l'avenant 43/2020 de la Convention collective de la branche de l'aide à domicile (BAD) est une réforme d'envergure et structurante qui va bien au-delà d'une simple remise à niveau des grilles à hauteur du SMIC. Elle vise à rendre plus attractifs les métiers de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile en les adaptant à l'évolution de nos activités et en facilitant les parcours professionnels. Par ailleurs, l'avenant 44/2020 sur l'augmentation de la valeur du point conventionnelle prévoit une augmentation de celui-ci à 5,50 € (au lieu de 5,38 € actuellement) au 1^{er} janvier 2020.

Il est proposé d'**agréer au plus vite les avenants 43 et 44** de la Convention collective de la Branche de l'aide à domicile pour retrouver l'attractivité des métiers dont le secteur a besoin.

PROPOSITION 2

Reconnaître et financer les **missions de prévention** des services à domicile de manière pérenne. Le financement au projet, par la Conférence des financeurs, ne permet pas de déployer une politique de prévention à long terme.

PROPOSITION 3

Permettre aux services de soins à domicile d'accueillir des étudiants sages-femmes, infirmiers ou kinésithérapeutes en service sanitaire dont l'objectif est de former tous les futurs professionnels de santé aux enjeux de **la prévention**.

PROPOSITION 4

Décloisonner certains métiers de l'aide et du soin. Le cloisonnement entre aide et soins est présent tant dans la définition des missions que peuvent exercer les services à domicile que dans les métiers.

Dans l'urgence lors de de la crise du COVID-19, et en dépit d'une codification des tâches très précise entre les différents diplômes du médico-social, le glissement de tâches a parfois été légitimé, voire préconisé dans certaines instructions gouvernementales. Dans cette optique de coordination et de revalorisations des métiers, des tâches aujourd'hui strictement compartimentées doivent être reformulées pour plus d'efficacité dans les interventions et un meilleur confort pour les patients pris en charge.

PROPOSITION 5

Le proche aidant est aussi celui qui « soigne ». Il faut donc **renforcer le soutien aux aidants** : structurer des solutions de répit, rendre accessible l'hébergement temporaire, limiter le reste à charge des solutions de répit, etc.

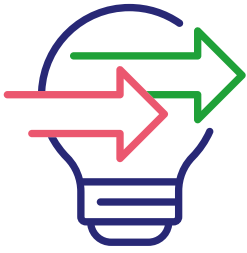


PILIER N° 2

DÉFINIR UNE NOUVELLE POLITIQUE D'INVESTISSEMENT ET DE FINANCEMENT AU SERVICE DES SOINS

PROPOSITION 6

Impulser une refonte des **modes de rémunération** des professionnels de santé et du financement des structures ; il s'agit de ne plus se limiter à la rémunération des actes mais de prendre en charge plus globalement **le parcours**.



PILIER N° 3

SIMPLIFIER RADICALEMENT LES ORGANISATIONS ET LE QUOTIDIEN DES ÉQUIPES

PROPOSITION 7

Repenser la coopération entre la ville, l'hôpital et l'intervention au domicile en **simplifiant notamment les multiples dispositifs de coordination** (MAIA, PTA, DAC, etc.).

PROPOSITION 8

Limiter la fragmentation des interventions ; en effet, elle affecte l'efficacité des mesures de prévention des risques et la qualité de vie au travail des professionnels et peut être considérée comme une source de maltraitance pour les personnes accompagnées.



PILIER N° 4

FÉDÉRER LES ACTEURS DE LA SANTÉ DANS LES TERRITOIRES AU SERVICE DES USAGERS

PROPOSITION 9

Inclure les **structures médico-sociales dans toutes les CPTS**.

Ces communautés poursuivent six missions dont celle de répondre aux besoins du maintien à domicile des personnes fragiles, âgées ou présentant plusieurs pathologies. Pour ce faire, il est proposé, d'une part, d'imposer la présence des structures médico-sociales du territoire au sein des CPTS pour assurer cette mission et, d'autre part, encourager la présence d'au moins une structure d'aide à domicile au sein de la gouvernance des CPTS.

Il est également proposé de retenir l'association comme forme juridique des CPTS, et non la SISA qui ne permet pas l'adhésion des personnes morales et donc exclut de fait les structures médico-sociales, notamment d'aide et de soins à domicile.

PROPOSITION 10

Confier aux services d'aide et de soins à domicile **l'accompagnement des patients lors de téléconsultations.**

Durant la crise du COVID-19, la téléconsultation a connu un développement important et a permis de soulager les hôpitaux et la médecine de ville. Il faut ainsi permettre aux SAAD et aux Ssiad d'accompagner les patients fragiles et peu familiarisés avec cette pratique pour promouvoir son développement et assurer une meilleure efficacité des consultations.

Cette mesure serait également un levier dans la revalorisation des métiers du domicile, en permettant aux salariés d'être reconnus comme acteurs du parcours de la personne.

PROPOSITION 11

Lancer une dynamique de **création et de soutien des centres de santé** sur les territoires.

Le réseau ADMR, déjà porteur d'une soixantaine de centres de santé infirmiers, participe ainsi au déploiement de nouveaux centres de santé polyvalents (employant un ou plusieurs médecins généralistes et/ou spécialistes) ou à la transformation de centres infirmiers existants en centres polyvalents pour répondre aux enjeux de santé publique et de désertification médicale.

Par ailleurs, la coordination des services au sein d'un centre de santé permet une meilleure prise en considération des besoins du patient et la mise en œuvre de partenariats forts entre les acteurs médico-sociaux du territoire pour assurer l'accompagnement au domicile.

PROPOSITION 12

Assurer l'**interopérabilité de l'ensemble des systèmes d'information** pour faciliter la coordination entre le secteur sanitaire, médico-social et imposer la **portabilité des données** aux éditeurs de logiciels.

Il est également proposé d'inclure un volet médico-social au DMP et d'élargir l'utilisation de la messagerie sécurisée aux acteurs du domicile pour assurer une coordination efficace et respectueuse de la vie privée des personnes accompagnées.

PROPOSITION 13

Accorder plus de **souplesse aux acteurs du sanitaire et du médicosocial pour organiser de façon agile et réactive la réponse aux besoins de santé d'un territoire** (ex. : mettre en place des équipes volantes, des équipes dédiées au retour à domicile, binôme d'intervention, etc.).

Ces initiatives peuvent être pérennisées, en dehors de la crise sanitaire, car elles apportent une véritable plus-value pour les personnes accompagnées.

PROPOSITION 14

Créer un métier de **Coordinateur de parcours** à domicile pour organiser la prise en charge des personnes, notamment lors des entrée/sorties d'hôpital.

Face à la multitude d'acteurs pouvant intervenir auprès des personnes en perte d'autonomie, une nouvelle fonction pourrait être envisagée pour coordonner le parcours de la personne et soulager les aidants dans la gestion des interventions et des passages à l'hôpital.

Le coordinateur de parcours interviendrait pour répondre aux problématiques ou besoins rencontrés par les bénéficiaires, ses proches aidants, les intervenants et par les partenaires intervenants au domicile.

Par ailleurs, ce coordinateur serait en amont en charge de mener une démarche préventive pour agir sur l'ensemble des déterminants du bien vieillir : habitat, mobilité, nutrition, activités physiques, culture et loisirs, lien social.

Cette fonction, envisagée notamment par Madame El Khomri dans son rapport, doit être financée comme une mission essentielle des services d'aide et de soin à domicile.

PROPOSITION 15

Élargir les motifs et les conditions de prise en charge conjointe d'un patient par les Ssiad et les établissements d'hospitalisation à domicile (HAD) comme cela a pu être autorisé pendant la crise sanitaire.

Acteur de l'économie sociale et solidaire,
l'ADMR est le 1^{er} réseau français
de service à la personne.

L'ADMR, un réseau de service à la personne au cœur des territoires

Au cœur de l'économie sociale et solidaire depuis 1945, l'ADMR est le 1^{er} réseau associatif national de service à la personne. Les 94 000 salariés des 2 700 associations locales ADMR, gérées et animées par 85 000 bénévoles, délivrent quotidiennement partout en France services et soins auprès de 720 000 clients.

Les services de l'ADMR sont organisés en 4 pôles :
Enfance et Parentalité, Services et soins aux seniors, Accompagnement du handicap et Entretien de la maison.

Pour l'ADMR, toute personne doit pouvoir bien vivre chez elle, de la naissance à la fin de vie.

Le professionnalisme de ses salariés conjugué à l'écoute de ses bénévoles permettent d'y contribuer en entretenant le lien social et en délivrant un service adapté à chacun.

Ses valeurs - Solidarité Universalité Proximité Respect Réciprocité - animent au quotidien la vie du réseau.

Depuis sa création, ADMR innove pour une société plus solidaire et contribue à l'aménagement du territoire et au développement du lien social.

L'ADMR est un mouvement qui propose un véritable projet de société.



1

UNION
NATIONALE

88

FÉDÉRATIONS
DÉPARTEMENTALES

2 700

ASSOCIATIONS
PARTOUT
EN FRANCE

94 000

SALARIÉS

85 000

BÉNÉVOLES

720 000

CLIENTS



UNE LARGE PALETTE DE PRESTATIONS DE SERVICE RÉPARTIES EN 4 PÔLES D'ACTIVITÉ :



Contact : info@admr.org

www.admr.org



pour tous, toute la vie, partout