



Contributions  
Loi Grand Age et Autonomie

# Propositions de l'Union nationale ADMR

JUILLET 2020

# Editorial

**L**a crise du Covid-19 a été soudaine et profonde et elle bouleversera durablement toute notre société.

Mais parmi nos concitoyens, les personnes en perte d'autonomie – personnes âgées, personnes vivant avec un handicap – ont vécu cette crise de façon particulièrement aigue. Chacun garde à l'esprit le lourd tribut qu'elles ont payé à cette crise sanitaire et le fait qu'elles n'ont souvent été épargnées qu'au prix d'une liberté restreinte et d'un cruel isolement. **Il n'est pas de personne en perte d'autonomie qui n'ait douloureusement vécu cette crise sanitaire.** Nos anciens et les personnes vivant avec un handicap se sont révélés particulièrement fragiles, et les institutions dont la mission était de les protéger ne l'étaient pas moins. Le domicile a toutefois répondu présent, notamment en soulageant un système hospitalier particulièrement éprouvé par la crise sanitaire.

Alors que le nombre de Français de plus de 85 ans triplera d'ici à 2050, et qu'il y aura alors 2,2 millions de personnes en perte d'autonomie, **l'autonomie représente un extraordinaire défi pour les années qui viennent.**

Alors que 83 % des Français déclarent vouloir vieillir chez eux, **le domicile sera au cœur de ce défi.** Pour les Français, bien « vivre chez soi », à domicile, est une aspiration, un projet de vie qu'on ne peut plus feindre d'ignorer.

## **Et pourtant, nous ne sommes pas prêts !**

En matière de financement, ni les montants identifiés ni le calendrier ne permettent d'approcher les 9,2 milliards d'euros à horizon 2030 jugés indispensables dans le rapport Libault<sup>(1)</sup> pour assurer la prise en charge de l'autonomie.

En matière de ressources humaines, les métiers du domicile continuent à souffrir d'un manque cruel d'attractivité qui complique considérablement le recrutement, la formation et la fidélisation des professionnels qui accompagnent la perte d'autonomie (93 000 créations de postes nécessaires entre 2020 et 2024 selon le rapport El Khomri).

## **Il est donc urgent d'agir !**

**Nous avons besoin au plus vite d'une loi Grand Age et Autonomie** ambitieuse, à la hauteur d'un enjeu majeur : assurer aux personnes leur autonomie, leur dignité, et la place à laquelle elles ont droit dans notre société.

**Nous avons besoin au plus vite d'une politique de revalorisation de nos métiers** qui permette de garantir aux professionnels du domicile une rémunération juste qui reconnaisse leur engagement et le caractère essentiel de leurs missions ; à cet égard, l'agrément par l'État de l'avenant 43 de la convention de la branche de l'aide à domicile représente une opportunité unique.

**Nous avons besoin au plus vite d'une politique de financement de l'autonomie** qui permette de lui affecter progressivement, et dès 2021, les ressources pérennes dont elle a besoin.

Mais la question de l'autonomie ne doit pas se résumer à une liste de coûts à assumer ou de budgets à financer. **L'autonomie est une formidable opportunité.**

**À l'instar d'autres activités de services et de production, l'autonomie est un secteur économique à part entière dont le poids devrait atteindre 60 milliards d'euros et 2,8 points de PIB à horizon 2060.** Le domicile à lui seul représente des centaines de milliers d'emplois de proximité, non délocalisables ; l'ADMR représente ainsi 94 000 salariés et 10 000 recrutements chaque année, au plus près de nos clients, au plus près des candidats.

Et puisque pour répondre aux aspirations des Français, le domicile est au cœur des politiques de l'autonomie, celles-ci sont de fait **un formidable levier d'aménagement des territoires**. La crise du Covid-19 l'a montré : les professionnels du domicile ont continué à délivrer chaque jour leurs services durant toute la durée du confinement, sur tout le territoire. Qu'il soit individuel, ou « accompagné partagé inséré »<sup>(2)</sup> mais toujours soucieux d'éviter tout déracinement, l'habitat tel qu'il est envisagé par les politiques d'autonomie de demain ne désertera pas les territoires : bien au contraire, il permettra le maintien des services publics et privés et appellera un renforcement des politiques de solidarité et de lutte contre l'isolement que les professionnels du domicile et les bénévoles engagés dans le tissu associatif font vivre au quotidien.

Dès lors, comment imaginer que les politiques de l'autonomie puissent être pilotées « à distance » sans prise en considération des politiques sociales et d'aménagement des territoires ? Pourquoi faudrait-il renoncer à exploiter d'évidentes synergies avec les politiques locales ?

**Les acteurs de proximité que sont les départements sont de toute évidence les plus à même de concevoir, de piloter et de valoriser les politiques de l'autonomie.** Confrontés aux réalités du terrain et mobilisés face aux enjeux locaux, les départements ont développé la sensibilité et les compétences requises pour transformer en opportunité le défi du grand âge. Sans nier bien entendu la nécessité d'une régulation garante d'une équité nationale que permettrait le pilotage par la CNSA de la 5<sup>e</sup> branche de la Sécurité sociale.

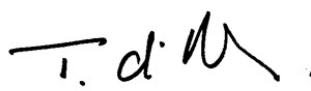
**L'espoir soulevé par la perspective d'une loi Grand Age et Autonomie ambitieuse, qui prenne en compte l'aide et le soin, le social, le médico-social et le sanitaire, est immense.**

**L'ADMR, 1<sup>er</sup> acteur français des services à la personne, entend bien, en formulant ces 30 propositions, contribuer à l'élaboration d'un texte fondateur trop longtemps attendu.**



**Marie-José Daguin,**

Présidente de  
l'Union nationale ADMR



**Thierry d'Aboville,**

Secrétaire général de  
l'Union nationale ADMR

# Propositions de l'Union nationale ADMR



## PILIER N°1

### STRUCTURE ET COORDINATION DE L'OFFRE DE SERVICE

---

#### PROPOSITION 1

**Reconnaître les SAAD comme étant les acteurs clés de l'accompagnement à domicile** au regard de leur expertise domiciliaire, de leurs compétences, de leur capacité à coordonner, de leur présence quotidienne auprès des personnes en perte d'autonomie et de leur connaissance de leurs besoins.

#### PROPOSITION 2

**Reconnaître et financer la mission de coordination des SAAD** en inscrivant notamment cette mission sociale dans le cahier des charges national des SAAD.

Au-delà des activités liées à l'aide et aux soins, **cette mission de coordination doit être étendue aux autres activités concourant au soutien à domicile des personnes** (livraison de repas, structures d'hébergement, soutien aux aidants, etc.).

Le SAAD exerce également une mission de coordination destinée à la personne et à son aidant, en les accompagnant au quotidien.

#### PROPOSITION 3

**Créer un métier de coordinateur de parcours à domicile** pour organiser au quotidien la prise en charge et les interventions destinées aux personnes accompagnées et à leurs aidants (évaluation régulière des besoins, recherche de réponses rapides aux besoins nouveaux, aide à la recherche de financements, etc.).

Par ailleurs, **ce coordinateur serait 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 profondément humaine devant nécessairement être facilitée par l'usage de nouveaux outils numériques (partage de planning, transmissions d'informations, etc.).

#### PROPOSITION 4

**Organiser l'accompagnement à domicile autour d'un panier de services élargi** pour proposer aux personnes accompagnées des services évolutifs en fonction de leurs besoins dans une logique de parcours de vie. Cette nouvelle organisation territoriale est possible sous deux conditions :

- **Affirmer le rôle de pilote et de coordinateur** des SAAD sur les territoires ;
- **Permettre aux structures de s'organiser de manière souple et agile** sur les territoires, en n'imposant pas de forme juridique spécifique ou en n'ayant pas recours à l'appel à projet pour se constituer.

#### PROPOSITION 5

**Généraliser et sécuriser les services polyvalents** d'aide et de soins à domicile (SPASAD) :

- **Poursuivre la création de SPASAD** par le biais de conventions ;
- **Autoriser la fongibilité des financements aide et soin** pour rendre cohérent le service ;
- **Financer les temps de coordination** des interventions et des services.

#### PROPOSITION 6

**Inclure un volet médico-social au Dossier Médical Partagé (DMP)**, élargir l'utilisation de la messagerie sécurisée aux acteurs du domicile pour assurer une coordination efficace et sécurisée et permettre l'utilisation de l'INS (identifiant nationale de santé).

#### PROPOSITION 7

**Créer des tiers de confiance** sous l'égide de la puissance publique pour gérer des plateformes d'échange de données numériques entre plusieurs structures intervenant auprès d'une même personne.

#### PROPOSITION 8

**Reconnaître et financer de manière pérenne la prévention** comme une mission socle des SAAD, le financement au projet, par la Conférence des financeurs, ne permettant pas de déployer une politique de prévention à long terme.

#### PROPOSITION 9

**Tout mettre en œuvre pour respecter le choix des personnes de vivre chez elle**, tant que les conditions le permettent, tout en développant les habitats accompagnés, partagés et insérés dans la vie locale (API) comme préconisé par le rapport Piveteau-Wolfrom, afin d'offrir une alternative aux logements individuels.

#### PROPOSITION 10

**Reconnaître l'implication et les missions des SAAD** dans les habitats accompagnés, partagés et insérés dans la vie locale (API) :

- **Ne pas cantonner les services d'aide à des missions de prestataire de services** mais reconnaître leur expertise domiciliaire lors du montage de projet ;
- **Confier prioritairement aux SAAD le projet de vie sociale** et l'animation sociale lorsqu'ils sont parties prenantes du projet ;
- **Faciliter la reconnaissance des SAAD en tant que « Porteur de projet partagé » (3P)** en veillant à ne pas alourdir les procédures administratives.

#### PROPOSITION 11

**Inclure les SAAD dans les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)** ; reconnaître le rôle essentiel des SAAD dans la prise en charge à domicile.

#### PROPOSITION 12

**Renforcer le soutien aux aidants** : par exemple, structurer des solutions de répit, rendre accessible l'hébergement temporaire, développer les plateformes de répit, limiter le reste à charge des solutions de répit.

#### PROPOSITION 13

**Valoriser le rôle, les missions et l'engagement des bénévoles** qui, avec et en soutien des professionnels, représentent une contribution essentielle de la société civile aux politiques de l'autonomie.



## PILIER N° 2

# FINANCEMENTS

---

## 1. FINANCEMENT DES SERVICES

### PROPOSITION 14

#### **Financer les services en deux volets obligatoires :**

- **Financer les prestations contractuelles** (prestations prévues au plan d'aide) : fixer un plancher horaire minimum national pour assurer une équité territoriale tout en garantissant le financement des spécificités conventionnelles des SAAD, qu'ils soient publics, privés lucratifs ou non lucratifs (prenant obligatoirement en compte les avenants 43 et 44 sur la rémunération pour les SAAD relevant de la Branche de l'Aide à Domicile).
- **Financer les prestations indirectes sous forme de dotation, devant comprendre l'ensemble des coûts liés à l'accompagnement** : coordination, fonctions supports, amplitude horaire, particularités du territoire, spécificité du public. Ce financement doit être systématique et ne doit pas faire l'objet d'appel à projet.

Ce financement doit garantir un tarif qui couvre les coûts de revient des services et ainsi réduire au maximum, voire supprimer, le reste à charge pour les personnes accompagnées.

### PROPOSITION 15

#### **Réduire le reste à charge pour les personnes accompagnées.**

Trop souvent, le reste à charge freine la consommation des plans d'aide pourtant nécessaires pour que les personnes puissent vivre correctement à domicile. La société doit permettre aux personnes de compenser leur dépendance sans surcoûts.

## 2. CRÉATION D'UNE 5<sup>E</sup> BRANCHE

### PROPOSITION 16

#### **Créer une cinquième branche de la Sécurité sociale.**

La création d'une branche autonomie/dépendance, indépendante des autres branches est un signal politique fort d'une prise en charge par l'État de la perte d'autonomie liée à l'âge ou au handicap ainsi que la reconnaissance d'un système de compensation basé sur la solidarité nationale.

### PROPOSITION 17

#### **Attribuer à la CNSA le pilotage national des politiques publiques de la perte d'autonomie liée à l'âge et au handicap.**

### PROPOSITION 18

#### **Attribuer à la nouvelle branche tous les crédits affectés aux politiques de l'autonomie (APA, PCH, logement...).**

### PROPOSITION 19

#### **Doter progressivement la CNSA d'un financement basé sur la solidarité nationale dès 2021 pour atteindre 9,2 milliards d'euros en 2030.**

## 3. CONTRATS PLURIANNUELS D'OBJECTIFS ET DE MOYENS (CPOM)

### PROPOSITION 20

#### **Généraliser la contractualisation entre les services et les départements** par un CPOM de minimum trois ans et supprimer l'inopposabilité des conventions collectives si celui-ci devient obligatoire.

### PROPOSITION 21

#### **Fixer un cadre national de mise en place des CPOM** permettant de définir les obligations de chacune des parties et fixant un délai minimum de négociation.

### PROPOSITION 22

#### **Instaurer une voie de recours amiable en cas de conflit** entre le Conseil départemental et le service.





### PILIER N° 3

## GOUVERNANCE

---

#### PROPOSITION 23

**Mettre en œuvre une gouvernance de niveau départemental**, en donnant aux Conseils départementaux les moyens de remplir leur mission historique de chef de file de l'action sociale.

#### PROPOSITION 24

**Créer une commission de recours amiable de niveau départemental** qui aura autorité pour arbitrer un litige entre un service d'aide et son Conseil départemental.

En cas d'absence d'accord entre les parties et si la commission juge que le département ou le service ne respecte pas ses engagements, la commission serait en capacité d'arbitrer rapidement sur le litige.



### PILIER N° 4

## ATTRACTIVITÉ DES MÉTIERS

---

#### PROPOSITION 25

**Agréer les avenants 43 et 44** relatifs aux emplois et aux rémunérations de la branche de l'aide à domicile.

L'avenant 43 permettrait de revaloriser significativement les rémunérations, et de valoriser les compétences ; l'avenant 44 prévoit une augmentation de la valeur du point à 5,50 € (au lieu de 5,38 € actuellement) au 1<sup>er</sup> janvier 2020.

#### PROPOSITION 26

**Financer l'avenant 36/2017 relatif à la prise en charge des temps et frais de déplacement.** Il est indispensable que le temps et les frais de déplacement soient systématiquement et intégralement pris en charge de manière équitable sur tout le territoire.

#### PROPOSITION 27

**Faire évoluer le DEAES :** organisation en blocs de compétences, fusion des trois spécialités et augmentation du nombre d'heures de formation. Il est rappelé que la demande initiale des partenaires sociaux est la création d'un tronc commun avec le diplôme d'aide-soignant (DEAS).



#### PILIER N° 5

## RÉFORME DE L'ALLOCATION PERSONNALISÉE POUR L'AUTONOMIE (APA) ET DE LA PRESTATION DE COMPENSATION DU HANDICAP (PCH)

---

#### PROPOSITION 28

**Augmenter le plafond de l'allocation personnalisée pour l'autonomie (APA)** pour prendre en compte les besoins en aides techniques, les besoins de répit des aidants et les besoins d'actions de prévention.

#### PROPOSITION 29

**Faire évoluer la prestation de compensation de handicap (PCH)** afin de couvrir l'ensemble des besoins des personnes vivant avec un handicap et quel que soit l'âge :

- **Élargir cette prestation** aux besoins non couverts actuellement ;
- **Reconnaître l'attribution à vie de la PCH** (promis lors de la CNH pour fin 2020) ;
- **Adapter la PCH au handicap psychique et aux troubles du neuro-développement** ;
- **Supprimer la barrière d'âge d'attribution de la PCH** pour les personnes dont le handicap survient après 60 ans.

#### PROPOSITION 30

**Favoriser l'accès aux droits à la compensation** en simplifiant les démarches :

- **Garantir les délais de traitement des dossiers MDPH** ;
- **Assurer une équité territoriale** dans l'octroi des prestations financières et de leurs mises en œuvre.

**Acteur de l'économie sociale et solidaire,**  
**l'ADMR est le 1<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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](mailto:info@admr.org)

[www.admr.org](http://www.admr.org)



**pour tous, toute la vie, partout**