

<https://ressources.anap.fr/pilotage/publication/1895-le-secteur-medico-social-comprendre-pour-agir-mieux>

Le secteur médico-social : Comprendre pour agir mieux

Sommaire

1. Eléments de compréhension d...
 - + 1.1. Un ensemble hétérogène
 - + 1.2. De larges possibilités d'...
 - + 1.3. Les établissements et ser...
2. Perspectives
 - 2.1. Des raisons de s'adapter**
 - + 2.2. Des pistes de simplificat...
 - + 2.3. Des dynamiques d'adaptati...
3. Fiches par établissement et...
 - + 3.1. Les projets innovants ou...
 - + 3.2. Etablissements et service...
 - + 3.3. Etablissements et service...
 - + 3.4. Les établissements et ser...
4. Documents utiles

↪ 2. Perspectives

↪ 2.1. Des raisons de s'adapter

Résumé

Les groupes de travail réunis autour de la réflexion sur les perspectives du secteur médico-social ont été principalement constitués de gestionnaires de structures médico-sociales accompagnant des personnes âgées et des personnes handicapées. Les échanges ont été enrichis avec la participation de représentants d'ARS et d'un conseil général.

La mobilisation des participants à ces groupes de réflexion et la richesse des échanges ont permis d'aborder les potentialités et dynamiques qui s'ouvrent à ce secteur au-delà des difficultés auxquelles sont confrontés les gestionnaires. La synthèse de ces travaux est reprise en deux parties et privilégie des actions partagées par le plus grand nombre :

- *Une première partie identifie les axes de simplification et/ ou de clarification qu'il conviendrait d'envisager pour réunir les conditions d'une adaptation de l'offre de services.*
- *Une seconde partie reprend, sous la forme d'un plan d'action « type », les initiatives que les opérateurs peuvent engager.*

Les réunions ont mis en évidence des différences sensibles concernant les deux domaines d'activité – personnes âgées et personnes handicapées –, liées à la genèse des structures d'accueil : dans le cas des personnes âgées, la structuration du secteur s'est faite autour d'institutions identifiées et repérées – hôpitaux et congrégations religieuses. La nomenclature des établissements et services est relativement restreinte et standardisée dans le mode de prise en charge ; plus récemment, le secteur privé commercial a investi le champ de l'hébergement des personnes âgées, même si la gestion publique reste prédominante. En ce qui concerne les personnes handicapées, de nombreux établissements et services sont nés d'initiatives de parents ; même si des fédérations existent au plan national, les structures sont plus nombreuses, plus petites et plus diversifiées dans leurs objectifs, tendant vers du « sur mesure ». La gestion associative y prédomine. Le secteur privé commercial y est très peu présent.

Les problématiques relatives à l'accompagnement des personnes diffèrent également. Elles sont fortement connotées « sanitaire » pour les personnes âgées du fait des risques de morbidité liés à l'âge. La tendance récente en faveur du choix du domicile, due à la volonté des personnes de vivre à domicile et, parfois, pour des raisons économiques, génère des besoins nouveaux de connexion avec des services de proximité capables d'entrer dans un projet de vie où la dimension « soins » n'est jamais totalement absente. Ces tensions entre projet de vie et projet de soins s'accroissent pour l'accompagnement en

EHPAD dans lesquels la durée de séjour diminue⁶. Pour les personnes handicapées, la question du projet de vie est au cœur des projets d'établissement, d'où un panel d'offres beaucoup plus diversifié et personnalisé (cf. : nomenclature). C'est la stabilité du cadre de vie qui structure l'organisation du secteur même si, aujourd'hui, la problématique de l'accès aux soins des personnes handicapées se fait jour.

À cet égard, on peut repérer aujourd'hui deux angles de rencontre avec la sphère sanitaire :

- La prise en compte de la spécificité du handicap par les acteurs du champ sanitaire (accueil aux urgences, organisation de consultations...) notamment pour les personnes polyhandicapées ou handicapées psychiques ;
- L'intensification de la problématique « soins » avec l'augmentation de l'espérance de vie des personnes handicapées.

Cette différence de perspective a donné lieu à des modalités de financement nettement différenciées⁷ : pour les personnes âgées, le financement Assurance maladie organise une offre de soins qui peut être perçue comme « absorbant » la dimension lieu de vie, avec un reste à charge pour les personnes ; pour les personnes handicapées, il s'agit de compenser une inégalité dans le parcours de vie, d'où un financement quasi-intégral ; cette approche en termes de compensation a été consacrée par la loi de 2005⁸, avec la création des Commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) et l'enrichissement des missions de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Les deux populations semblent aujourd'hui se rejoindre sur le plan de la perte d'autonomie qui caractérise une part croissante des personnes âgées (phénomène de dépendance souvent associée ou liée à un accident de santé).

Les récentes évolutions évoquées ci-dessus aboutissent à un tableau paradoxal pour le périmètre de la réflexion réduit aux seuls secteurs des personnes âgées et des personnes handicapées :

- D'une part, on note une convergence progressive dans certains enjeux de prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées :
 - La montée en puissance requise des services à domicile pour organiser le cadre de vie de la personne âgée pointe désormais une préoccupation qui se rapproche de l'optique « projet de vie » déjà à l'œuvre auprès des personnes handicapées.
 - Une logique de parcours liée à une prise en charge au long cours : malades âgés chroniques ; personnes handicapées nécessitant des soins qui mettent en exergue des difficultés similaires face aux soins comme des situations de « danger » ou de maltraitance potentielle lors de certains épisodes tels que les passages aux urgences, ou consultations spécialisées.
 - Une quasi-similitude de situation dans les âges avancés.
- D'autre part, et même si certains gestionnaires sont présents dans les deux secteurs des personnes âgées et des personnes handicapées et que des partenariats voient le jour, la réalité de deux mondes opérateurs qui se sont historiquement développés sur des bases propres du fait de leur champ de préoccupation d'origine respectif. De ce point de vue, le secteur médico-social n'existe pas : on se trouve face à un espace extrêmement hétérogène où l'intérêt des acteurs à coagir ne peut être mobilisé aisément en première intention, car encore souvent mal perçu.

La mobilisation des participants aux groupes de réflexion et la richesse des échanges ont néanmoins permis d'aborder les potentialités et dynamiques qui s'ouvrent à ce secteur au-delà des difficultés auxquelles sont confrontés les gestionnaires de structures médico-sociales. La synthèse de ces travaux est donc reprise en deux parties et privilégie des actions partagées par le plus grand nombre :

- Une première partie identifie les axes de simplification et/ ou de clarification qu'il conviendrait d'envisager pour réunir les conditions d'une adaptation de l'offre de services.
- Une seconde partie reprend, sous la forme d'un plan d'action « type », les initiatives que les opérateurs peuvent engager.

⁶ En 2007, la durée moyenne de séjour était de 2 ans et 6 mois contre 2 ans et 8 mois en 2003, en sachant que la plupart des durées de séjour se situent en dessous de cette moyenne puisque la moitié n'excède pas 1 an et 1 mois. Ces données recouvrent les EHPAD, les maisons de retraite non-EHPAD, les logements-foyers non-EHPAD, et les USLD non-EHPAD (Source : Études et Résultats de la DREES, n° 699, août 2009)

⁷ Les modalités de financement sont présentées en détails dans les fiches présentant chacun des établissements et services.

⁸ Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Glossaire

ARS
CNSA
CDAPH
EHPAD
parcours de vie

Date de parution : 01/07/2013