



LE SOUTIEN A L'AUTONOMIE DES PERSONNES AGEES A L'HORIZON 2030

Conseil de l'âge
Tome II du rapport : Orientations
Rapport adopté le 7 novembre 2018

SOMMAIRE

Propos liminaire : quelques enjeux de connaissance et de méthode pour l'élaboration des politiques publiques du grand âge.....	4
1) La capacité de pilotage des politiques publiques au plan national.....	4
2) La connaissance des politiques locales et des disparités territoriales.....	6
3) Les outils d'une prospective stratégique	7
I) Les personnes âgées en situation de perte d'autonomie et de fragilité : quelles évolutions à l'horizon 2030 ?.....	9
A) Evolution de la population âgée	9
B) Quelle évolution de la prévalence de la perte d'autonomie à l'horizon 2030 ?.....	12
1) Quels enseignements tirés des évolutions récentes observées à domicile et en établissement ?.....	12
2) Hypothèses d'évolution future de l'espérance de vie sans incapacité (EVS)	13
3) Projections des effectifs : des écarts substantiels selon les scénarios d'évolution de la prévalence par âge.....	14
C) Evolution des caractéristiques démographiques et socio-économiques des personnes âgées et allocataires de l'APA.....	16
1) Structure par âge de la population des bénéficiaires de l'APA	17
2) Sexe	17
3) Présence d'un conjoint.....	18
4) Localisations des personnes de 65 ans et plus.....	19
5) Revenus	25
6) Patrimoine.....	26
D) Les facteurs influençant l'ampleur de la perte d'autonomie et ses caractéristiques	27
1) Les politiques de prévention de la perte d'autonomie	27
2) L'évolution de la Maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées (MAMA)	38
E) Les personnes fragiles	44
II) L'accompagnement des personnes âgées en 2030	46
A) Les réponses apportées par le système de soins.....	46
1) De quels services ont besoin les personnes âgées fragiles ou en perte d'autonomie à l'horizon 2030 ?	46
2) Quelle réponse à ces besoins ?	49
B) Ressources humaines et formation des professionnels intervenant auprès des personnes âgées.....	56
1) Prospective des métiers.....	57
2) Organisation des soins et évolution des professions.....	59
3) Formation.....	60
4) Démographie professionnelle.....	64
5) Attractivité des métiers.....	64

III) Lieux de vie.....	67
A) Les souhaits des personnes face au principe de libre choix.....	67
1) Les souhaits.....	67
2) Le principe de libre choix.....	68
B) Les objectifs.....	70
1) Trois objectifs.....	70
2) La poursuite de la politique actuelle n'est pas de nature à satisfaire ces objectifs.....	70
C) La politique de soutien a domicile.....	71
1) Une gestion ambitieuse de l'APA.....	71
2) Assurer un meilleur accompagnement et un financement adéquat des aides techniques.....	75
3) Plus de simplicité et de créativité pour l'adaptation du logement et de l'habitat.....	82
4) Réformer en profondeur le secteur des services à domicile.....	86
5) Consolider le soutien aux aidants.....	89
6) Soutenir le développement de l'accueil temporaire.....	94
D) L'habitat alternatif ou regroupé : un secteur en mouvement qu'il faudra accompagner.....	97
1) Un fort potentiel de développement de l'offre d'habitat alternatif en 2030.....	99
2) Le maintien d'une offre diversifiée autour deux modèles dominants.....	100
3) Un essai de chiffrage prospectif de l'offre d'habitat alternatif/ regroupé en 2030.....	112
4) Six défis à relever en 2030 pour le secteur de l'habitat alternatif/ regroupé.....	114
E) Les EHPAD.....	117
1) Quels établissements d'hébergement demain ?.....	117
2) Evolution du coût et de la qualité.....	128
F) Gouvernance et régulation publique.....	135
1) Enjeux.....	135
2) Vers un nouveau modèle de régulation.....	136
ANNEXES.....	139
Annexe 1 : La prévention primaire : l'exemple des centres de prévention bien vieillir AGIRC ARRCO.....	140
Annexe 2 : Au Danemark, une stratégie intégrée d'accompagnement des personnes âgées à domicile, qui s'appuie sur les outils technologiques.....	146

PROPOS LIMINAIRE : QUELQUES ENJEUX DE CONNAISSANCE ET DE METHODE POUR L'ELABORATION DES POLITIQUES PUBLIQUES DU GRAND AGE

Au vu des éléments analysés dans le tome I de ce rapport, un scénario de continuité, « au fil de l'eau », ne semble pas à la hauteur des besoins. Ce tome II¹ propose une stratégie différente donnant tout son sens aux notions d'autonomie et de société inclusive.

Avant de caractériser ce scénario dans ses principaux éléments, nous voudrions insister sur trois enjeux clés : la capacité de pilotage des politiques publiques au plan national, la connaissance des politiques locales et des disparités territoriales, la capacité prospective.

1) LA CAPACITE DE PILOTAGE DES POLITIQUES PUBLIQUES AU PLAN NATIONAL

Les exercices de prospective de long terme ne sont pas renouvelés à haute fréquence. On a évoqué à plusieurs reprises, le travail du Commissariat général du Plan de 2005-2006². Cet exercice n'a pas été renouvelé depuis, du moins de façon globale. Ce type de rapport a pourtant deux vertus : il éclaire les décisions politiques de court-moyen terme dans une perspective de long terme (quand bien même les politiques s'écartent de la perspective tracée, comme cela a été pour partie le cas après le rapport de 2006) ; il pointe les besoins de connaissances lorsqu'on entend dresser une perspective globale ou conduire une politique.

On dispose certes de données aujourd'hui, dont on ne disposait pas il y a douze ans. La DREES et la CNSA, mais aussi des acteurs privés tels que la Fondation Médéric Alzheimer, ont accumulé quantité de données utiles sur la prise en charge à domicile ou en établissement, sur les prestations, sur les bénéficiaires d'aides.

Dispose-t-on pour autant de l'ensemble des données utiles à la conduite des politiques publiques ? Assurément non. Les lacunes sont de plusieurs ordres.

Classiquement (au sens où l'on rencontre les mêmes difficultés dans le champ de l'assurance maladie), on a parfois du mal à suivre les personnes âgées le long de leur parcours de soins et de vie ; il est en effet difficile de suivre les personnes dans un système de prise en charge balkanisé. Au moment où l'on entend bâtir des systèmes de prise en charge plus continus, la capacité à suivre les personnes âgées en longitudinal, entre domicile, hôpital, institutions intermédiaires, EHPAD, etc. est évidemment un enjeu clé.

Ce suivi de trajectoire est essentiel pour développer des analyses médico-économiques. Lorsqu'on a mis en place la médicalisation des EHPAD et lorsqu'on a renforcé cette politique (au milieu des années 2000), une des questions qui se posaient dans les débats budgétaires ou les travaux préparatoires des réformes était l'appréciation des économies ainsi réalisées sur les soins de ville et donc la balance des coûts et des gains de ce processus de médicalisation.

¹ Ce tome II du rapport a été élaboré par le secrétariat général du Haut Conseil, avec la collaboration d'Agnès Bocognano, Carole Bonnet, Roméo Fontaine et Stéphane Le Bouler, ainsi que celle du secrétariat général du Haut Conseil de l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) sur la partie sur « les réponses apportées par le système de soins ».

² *Personnes âgées dépendantes : bâtir le scénario du libre choix, Second rapport de la mission « Prospective des équipements et services pour les personnes âgées dépendantes »*, sous la direction de Stéphane Le Bouler, 2006 <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/064000526/index.shtml>

S'est-on donné les moyens de prendre en charge ce questionnement – pourtant essentiel – depuis lors ? La question est-elle seulement restée d'actualité ? Elle ressort simplement aujourd'hui quand on conduit telle ou telle expérimentation tendant à renforcer, ici la place des infirmières en EHPAD la nuit, là le rôle du médecin coordinateur, mais la vision d'ensemble s'est perdue et, avec elle, une partie des justifications de la politique de médicalisation.

On bute sur une autre limite : le défaut d'approche homogène de l'offre. On parle beaucoup d'offre intermédiaire et il en est évidemment largement question dans ce rapport. Or, si l'on connaît bien les grandes catégories de la gamme de prise en charge (les EHPAD, les autres EHPA...), les principales prestations (l'APA à domicile) dans le détail et en longitudinal, la connaissance des nouveaux éléments de la gamme et de certains éléments de solvabilisation est plus lacunaire. Au moment où les résidences services se développent à un rythme intense, il est par exemple indispensable de les intégrer au socle d'enquête de la statistique publique, quand bien même elles ne relèvent pas du secteur médico-social. Il est indispensable également de parfaire nos connaissances pour ce qui est de l'aide sociale à l'hébergement ou des dépenses fiscales (des bénéficiaires directs ou de leurs aidants).

On ne saurait trop insister également sur nos lacunes en ce qui concerne la qualité de la prise en charge, en institution comme à domicile. S'agissant des établissements, les données matérielles colligées au long des années par la DREES sont riches, les travaux de l'ATIH dont il a été rendu compte dans ce rapport ou ceux de l'ANAP ont fourni des éléments de compréhension utiles mais force est de constater qu'on est encore fort démuné au moment de caractériser une prise en charge de qualité au vu des données matérielles recueillies. La non-qualité est assez facilement repérable (en termes de taux d'encadrement, de *turn over*, d'absentéisme, de vétusté du bâti...) mais comment apprécier la qualité de la prise en charge, sur la base de quels critères et de quels indicateurs ? C'est là évidemment un chantier essentiel au moment de consolider ou d'amplifier la politique publique de l'autonomie³.

Ce ne sont là que quelques exemples. Un des sous-produits utiles de ce rapport nous semblerait être l'explicitation des données nécessaires à la conduite des politiques publiques et la définition d'un tableau de bord de la politique en matière d'autonomie. Un exemple pour illustrer le propos : les taux d'équipement en établissement sur le territoire. Depuis des lustres, plusieurs conceptions s'affrontent – et le débat revient inmanquablement dans les discussions dès qu'il est question d'approcher cette notion de taux d'équipement : d'un côté, le souci d'observer les tendances dans la durée invite à conserver un âge seuil relativement bas (70 ou 75 ans) ; d'un autre côté, on va considérer que le seuil pertinent est celui de plus forte entrée en institution, soit 80 voire 85 ans. Un tel choix n'est pas anodin en situation de fort mouvement démographique : dans la période qui s'ouvre, retenir un seuil bas revient à afficher une baisse drastique du taux d'équipement au cours des prochaines années (compte tenu de la progression des effectifs de personnes âgées de 75 ans) quand bien même cette progression n'a guère d'incidence en termes de prise en charge en institution.

³ Ce point a fait récemment l'objet d'un rapport de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale de l'Assemblée nationale : Rapport d'information déposé en application de l'article 145 du Règlement par la Commission des Affaires sociales en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur l'évolution de la démarche qualité au sein des EHPAD et de son dispositif d'évaluation et présenté par Mme Annie Vidal, députée, juillet 2018. <http://www.assemblee-nationale.fr/15/rap-info/i1214.asp>

2) LA CONNAISSANCE DES POLITIQUES LOCALES ET DES DISPARITES TERRITORIALES

La prise en charge de la perte d'autonomie est une politique à compétence partagée entre un niveau central et des niveaux territoriaux, déconcentré pour ce qui est de l'échelon régional, autour des ARS, décentralisé pour ce qui est de l'échelon départemental, autour des Conseils départementaux. Hors la définition du cadre réglementaire, des grandes prestations et des éléments de politique publique ressortissant de la Loi de finances (pour ce qui est des dépenses fiscales) et de la Loi de financement de la Sécurité sociale (pour ce qui est de l'ONDAM médico-social en particulier), la conduite des politiques publiques est organisée au plan territorial pour ce qui est de la planification gérontologique, de la programmation et de l'organisation des éléments d'offre (en matière sanitaire ou médico-sociale), des autorisations ou de la gestion des prestations (APA et PCH notamment).

Nonobstant les difficultés évoquées plus haut quant aux variables à partir desquelles exprimer des taux d'équipement, ceux-ci sont bien souvent construits élément par élément de la gamme d'offre de prise en charge (les établissements d'une part, les services à domicile d'autre part). Compte tenu de l'intérêt qui s'attache à la diversité des formes et des combinaisons de prise en charge de la perte d'autonomie, il est pourtant essentiel de développer des approches consolidées de l'offre en considérant l'ensemble des ressources présentes sur un territoire, notamment pour porter une juste appréciation de la dotation du territoire concerné et de la trajectoire suivie. On dispose d'éléments épars en la matière, dont on a rendu compte plus haut, mais à l'évidence une politique assumée de diversification de l'offre et de réduction des disparités territoriales requiert des efforts beaucoup plus conséquents en la matière.

La connaissance des dynamiques territoriales est également trop fruste. Quelle est la trajectoire d'un territoire donné si l'on regarde les taux d'équipement à deux dates et en considérant les besoins ? Que peut-on dire de l'évolution des inégalités à une échelle nationale entre deux périodes et s'agissant des différentes composantes de la gamme d'offre ? Surtout, comment expliquer l'évolution de la situation entre deux dates et comment juger des politiques publiques conduites en la matière ? S'agissant de cette dernière question, il n'y a par exemple pas de réponse très nette quant aux effets des plans de création de places et de médicalisation sur l'évolution des disparités territoriales. On n'a pas davantage les idées claires quant à l'impact sur les disparités territoriales de dispositifs dont on escomptait pourtant beaucoup en la matière au milieu des années 2000, en l'occurrence les appels à projets.

Pour conduire une politique articulée au plan national et territorial, il est important de savoir d'où l'on part, d'apprécier les trajectoires et les disparités, de les expliquer, dans la perspective d'infléchir ou de corriger ce qui doit l'être. Il ne s'agit pas simplement de déployer des efforts de connaissance à titre rétrospectif ; il faut évidemment aussi considérer l'évolution à venir des besoins.

L'effort de péréquation est en soi compliqué. Aller dans le sens de plus d'égalité est un progrès par rapport au simple fait de constater des inégalités de dotation mais cet effort n'a de sens qu'en dynamique, c'est-à-dire en considérant l'évolution de la situation sur le territoire dans le temps.

Les travaux réalisés en matière de vieillissement différencié des territoires, notamment ceux du CGET, montrent l'ampleur du défi à prendre en compte. Cette différenciation démultiplie les enjeux d'évaluation des besoins et de prospective en matière d'offre : la cartographie du vieillissement va évoluer sur le territoire national, les déséquilibres ont toutes les chances de s'accroître (avec, aux deux extrêmes, des territoires bien dotés dont la population âgée ne va

pas progresser voire va diminuer et des territoires aujourd'hui mal dotés dont la population âgée dépendante va croître dans des proportions très importantes, ces mouvements pouvant être amplifiés ou au contraire atténués par les phénomènes migratoires). Les enjeux de prise en charge concernent aussi bien entendu le type d'habitat et les liens entre les lieux et conditions de vie d'une part, la qualité et l'efficacité de la prise en charge au titre de la perte d'autonomie d'autre part. Tout ceci plaide pour déployer les travaux sur « le vieillissement et les territoires » à l'échelle nationale et pour renforcer les efforts de prospective aux échelons régionaux et départementaux, à les outiller en tant que de besoin, à capitaliser sur les travaux conduits (en particulier dans le cadre des récents programmes régionaux de santé).

3) LES OUTILS D'UNE PROSPECTIVE STRATEGIQUE

Pour la confection de ce rapport et en particulier pour l'élaboration de cette deuxième partie, nous avons réuni des panels d'experts sur quelques questions qui nous paraissaient clés : l'évolution de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées et les stratégies de prise en charge ; les modalités de la prise en charge à un horizon de 15 ans, le devenir des éléments actuels de la gamme de prise en charge et celui des formes émergentes ; les disparités territoriales. D'autres sujets auraient sans doute mérité de telles séances d'échange « à dire d'experts ».

La CNSA a de son côté mobilisé son conseil pour conduire un exercice de prospective⁴ « Pour une société inclusive, ouverte à tous ».

Il ne manque pas de manifestations et de colloques destinés à embrasser les questions de prospective de la prise en charge du grand âge.

Des programmes de recherche ont été financés par les autorités publiques, au plan national comme au plan européen, pour faire émerger ou consolider des domaines de recherche utiles à la connaissance des processus à l'œuvre et à la conduite des politiques publiques.

Force est pourtant de constater que les « ingrédients » d'une prospective stratégique font parfois défaut. On a évoqué plus haut les manques en ce qui concerne l'offre territoriale et ses disparités. Les trajectoires des individus ne sont pas forcément non plus très bien éclairées : problèmes pour tracer les parcours, on l'a dit, mais aussi défaut d'investigation quant aux motifs d'entrée en institution, quant aux processus à l'œuvre, quant au rôle des différents acteurs, etc. La dynamique industrielle des secteurs concernés n'est pas mieux éclairée : qu'en est-il des recherches sur les stratégies des acteurs, sur le fonctionnement économique de ces secteurs, sur les logiques concurrentielles ou coopératives, sur les logiques d'intégration... ? On pourrait multiplier les exemples.

Autrement dit, on a besoin d'outiller la conduite des politiques publiques par la mobilisation d'études et de recherches qui prennent en compte les réalités non seulement démographiques ou sanitaires mais aussi les dimensions sociale, pour ne pas dire anthropologique, économique et territoriale de la prise en charge du grand âge. A partir du moment où l'on considère, voire où l'on revendique, la complexité et la diversité de la prise en charge du Grand âge, à partir du moment où l'on reconnaît qu'il ne s'agit pas de « placer » des individus ou de planifier des ressources depuis un centre unique et dans un registre public, alors les matériaux disponibles pour comprendre les dynamiques à l'œuvre et piloter les politiques en conséquence doivent à l'évidence être consolidés.

⁴ https://www.cnsa.fr/documentation/chapitreprospectif_2018.pdf

Au plan régional ou départemental, les tutelles ont été régulièrement amenées – bien plus souvent qu'à l'échelon national, on l'a dit – à bâtir des exercices de prospective stratégique. Il serait particulièrement utile de capitaliser sur ces expériences et de se donner les moyens de consolider les exercices d'une génération à l'autre.

A l'échelle internationale, il paraît également particulièrement intéressant de rapprocher les expériences nationales en matière de prise en compte du vieillissement car les registres peuvent être très différents – et offrent donc des mises en perspective intéressantes dans le contexte français ; les calendriers peuvent également être décalés d'un pays à l'autre et certains pays peuvent révéler des expériences d'anticipation intéressantes.

D) LES PERSONNES AGEES EN SITUATION DE PERTE D'AUTONOMIE ET DE FRAGILITE : QUELLES EVOLUTIONS A L'HORIZON 2030 ?

Deux facteurs conditionnent l'évolution attendue du nombre de personnes âgées en perte d'autonomie : le nombre de personnes exposées au risque de perte d'autonomie (composante démographique) et la prévalence par âge de la perte d'autonomie (composante épidémiologique).

A) EVOLUTION DE LA POPULATION AGEE

La France compte en 2018 un peu plus de 13,1 millions de personnes âgées de 65 ans et plus, soit 19,5 % de la population. Selon les projections de l'INSEE, ils seront près de 16,5 millions en 2030 (23,5 %) et 18,9 millions en 2040 (26,1 %).

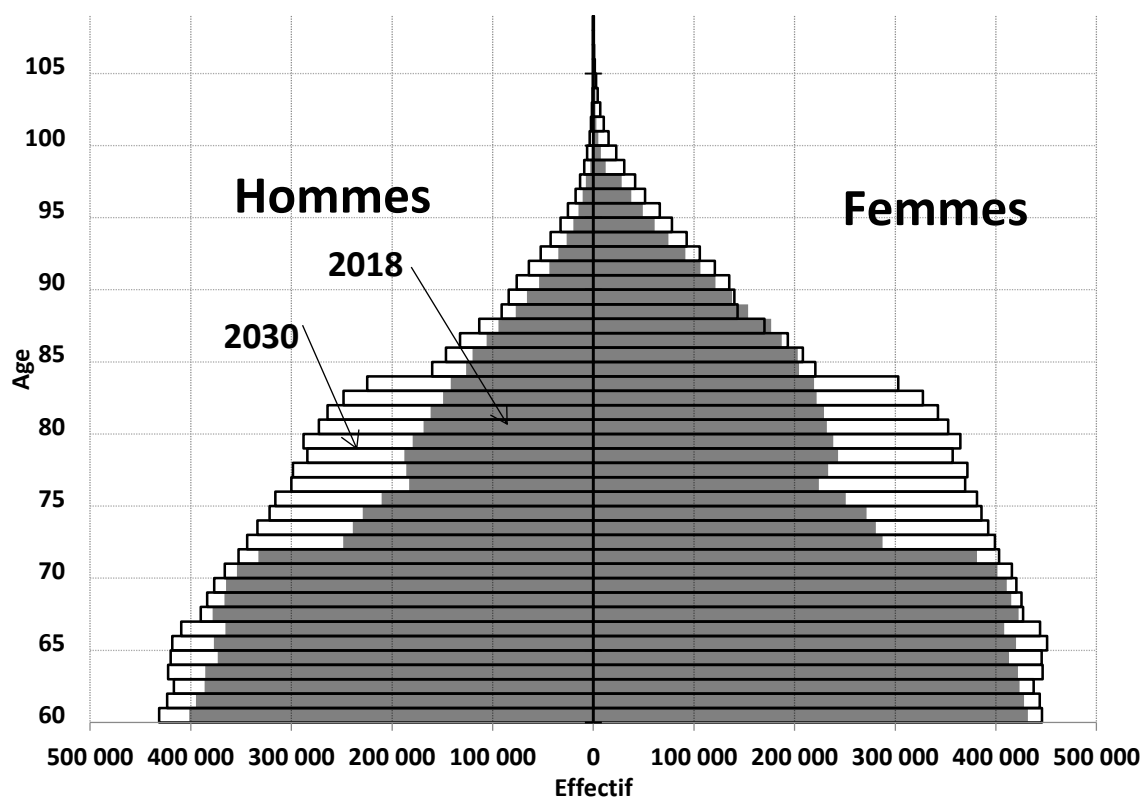
On note une déformation importante de la pyramide des âges chez les personnes de 65 ans et plus qui est principalement déterminée par l'avancée en âge des générations du baby-boom. La première génération de baby-boomers étant aujourd'hui âgée de 73 ans, le vieillissement des générations issues du baby-boom viendra gonfler les effectifs âgés de 65 à 84 ans mais ne viendra pas directement accroître les effectifs d'individus âgés de plus de 85 ans à l'horizon 2030. A partir de cette date cependant, les premières générations de baby-boomers commenceront à atteindre les 85 ans (graphique 1 et 2) et accroîtront donc les classes d'âges les plus concernées par le besoin d'aide à l'autonomie⁵.

L'horizon de 2030 fixé dans le cadre de la saisine de la Ministre de la Santé et des Solidarité est donc une année charnière où arriveront à l'âge de 85 ans les premières générations du baby-boom.

Si le nombre d'individus âgés de 85 ans et plus augmentera de près de 412 000 à l'horizon de 2030 (+ 19 %), principalement grâce au gain de longévité, le vieillissement s'accélénera ensuite, les effectifs âgés d'au moins 85 ans augmentant de près de 1 387 000 entre 2030 et 2040 (+ 54 %), selon le scénario central de l'INSEE.

⁵ Age médian des bénéficiaires de l'APA à domicile en 2011 : 84,5 ans (Bérardier, 2014) ; âge moyen des résidents en établissement en 2015 : 87,5 ans (Muller, 2017)

Graphique 1. Pyramide des âges de la population française âgée de 60 ans et plus en 2018 et 2030 (projection centrale de l'INSEE)

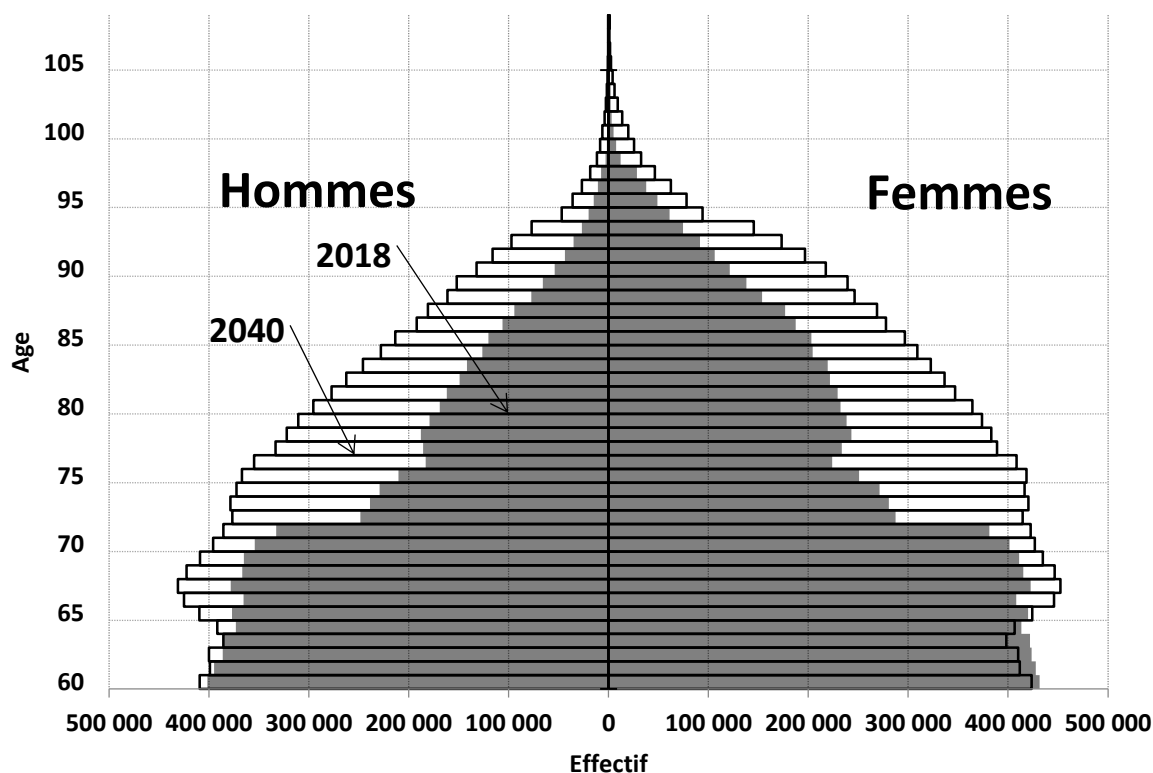


Note : hypothèses du scénario central : indice conjoncturel de fécondité égal à 1,95 sur toute la période ; âge moyen à la maternité : en hausse jusqu'à 32 ans en 2040 ; Espérance de vie en hausse jusqu'à 93,0 ans pour les femmes et 90,1 ans pour les hommes ; solde migratoire égal à +70 000 par an sur toute la période.

Champ : France.

Source : INSEE, projections de population 2013-2070.

Graphique 2. Pyramide des âges de la population française âgée de 60 ans et plus en 2018 et 2040 (projection centrale de l'INSEE)



Note : hypothèses du scénario central : indice conjoncturel de fécondité égal à 1,95 sur toute la période ; âge moyen à la maternité : en hausse jusqu'à 32 ans en 2040 ; Espérance de vie en hausse jusqu'à 93,0 ans pour les femmes et 90,1 ans pour les hommes ; solde migratoire égal à +70 000 par an sur toute la période.

Champ : France.

Source : INSEE, projections de population 2013-2070.

Tableau 1. Projections de la population française âgée de 65 ans et plus, par classe d'âge (scénario central de l'INSEE)

	Effectifs (en milliers)			% de la population totale		
	2018	2030	2040	2018	2030	2040
[65 ; 74]	6,955	7,861	8,311	10,3 %	11,2 %	11,5 %
[75 ; 84]	3,991	6,048	6,649	5,9 %	8,6 %	9,2 %
[85 ; 94]	1,959	2,223	3,525	2,9 %	3,1 %	4,9 %
[95 ; +]	0,190	0,336	0,421	0,3 %	0,5 %	0,6 %
65 ans et plus	13,094	16,467	18,906	19,5 %	23,4 %	26,1 %
75 ans et plus	6,138	8,607	10,595	9,1 %	12,2 %	14,6 %
85 ans et plus	2,147	2,559	3,946	3,2 %	3,6 %	5,4 %
95 ans et plus	0,190	0,336	0,421	0,3%	0,5 %	0,6 %

Note : hypothèses du scénario central : indice conjoncturel de fécondité égal à 1,95 sur toute la période ; âge moyen à la maternité : en hausse jusqu'à 32 ans en 2040 ; Espérance de vie en hausse jusqu'à 93,0 ans pour les femmes et 90,1 ans pour les hommes ; solde migratoire égal à +70 000 par an sur toute la période.

Champ : France.

Source : INSEE, projections de population 2013-2070.

B) QUELLE EVOLUTION DE LA PREVALENCE DE LA PERTE D'AUTONOMIE A L'HORIZON 2030 ?

1) Quels enseignements tirés des évolutions récentes observées à domicile et en établissement ?

Au regard des prévalences observées sur les populations à domicile, les dix dernières années apparaissent marquées par une augmentation à la fois de l'espérance de vie sans incapacité et de l'espérance de vie avec des incapacités (cf. Tome 1 du rapport). Dit autrement, l'entrée en situation de perte d'autonomie serait en moyenne plus tardive, mais pour des durées en moyenne plus longues.

Cette entrée plus tardive en perte d'autonomie pourrait s'accompagner d'un recul de l'âge moyen d'entrée en établissement d'hébergement pour personnes âgées. C'est effectivement ce qu'on observe : entre 2007 et 2015, l'âge moyen d'entrée en établissement a reculé de quasiment 2 ans. De la même manière, on pourrait s'attendre à ce que l'augmentation de l'espérance de vie avec des incapacités s'accompagne d'une augmentation des durées de séjour en établissement. Ce n'est cependant pas le phénomène observé : la durée moyenne de séjour en établissement présente une forte stabilité sur la période 2007-2015. Au final, les individus rentreraient donc plus tard en établissement mais pour des durées inchangées.

Cette stabilité de la durée moyenne de séjour n'est cependant pas incohérente avec l'allongement de l'espérance de vie avec des incapacités dès lors qu'une part croissante de l'espérance de vie avec des incapacités est vécue en domicile ordinaire. Mais à notre connaissance, aucune étude ne distingue l'espérance de vie avec des incapacités selon qu'elle est vécue à domicile ou en établissement. On ne peut donc pas vérifier empiriquement cette interprétation. Malgré tout, le fait que l'entrée en établissement se fasse en moyenne pour des niveaux plus importants de perte de d'autonomie semble confirmer cette interprétation, que l'on pourrait synthétiser de la manière suivante :

- l'espérance de vie sans incapacité s'accroît : l'entrée en perte d'autonomie se fait à des âges de plus en plus tardifs ;
- l'augmentation de l'espérance de vie sans incapacité est plus faible que l'augmentation de l'espérance de vie, si bien que l'espérance de vie avec des incapacités tend à augmenter : la durée moyenne passée en perte d'autonomie tend à s'accroître ;
- l'augmentation du niveau de perte d'autonomie à l'entrée en établissement et la stabilité de la durée de séjour en établissement semblent indiquer que l'espérance de vie avec des incapacités augmente pour sa partie vécue à domicile, celle vécue en établissement étant stable.

2) Hypothèses d'évolution future de l'espérance de vie sans incapacité (EVSI)

Les projections récentes des effectifs de personnes âgées en perte d'autonomie réalisées par la DREES⁶ s'appuient sur les populations par sexe et âge projetées par l'INSEE, auxquelles sont appliquées des taux de prévalence de perte d'autonomie par âge et sexe. L'indicateur de perte d'autonomie retenu correspond au fait de bénéficier de l'APA.

Les projections de la DREES s'appuient sur des scénarios d'évolutions épidémiologiques conservateurs postulant une stabilité ou une baisse modérée des taux de prévalence par âge. L'hypothèse d'une baisse des taux de prévalence par âge semble confortée par les observations récentes. L'hypothèse d'une stabilité des taux de prévalence par âge l'est moins, mais permet de mettre en lumière l'effet propre du vieillissement de la population sur l'évolution du nombre de personnes âgées en perte d'autonomie.

Il convient de souligner que même dans les scénarios s'appuyant sur l'hypothèse d'une tendance à la baisse de la prévalence par âge de la perte d'autonomie, l'augmentation de l'espérance de vie fait qu'une part croissante de la population atteindra des âges où la prévalence de la perte d'autonomie est élevée⁷. Comme évoqué par la suite, les projections réalisées par la DREES dans le scénario intermédiaire, et malgré l'hypothèse de diminution (modérée) de la prévalence par âge, mettent en évidence une augmentation future à la fois du risque d'entrée en dépendance et de la durée en dépendance⁸.

Face à l'incertitude qui subsiste sur l'ampleur de la diminution de la prévalence par âge, les projections réalisées par la DREES s'appuient au final sur trois scénarios.

Les trois scénarios sont identiques au regard de l'évolution de la dépendance « lourde ». Ils supposent que le nombre de personnes âgées en GIR 1 et 2 évoluerait de la même manière : *« l'idée sous-jacente est que l'incertitude concerne principalement l'évolution de la dépendance modérée, dont les contours sont moins aisés à définir, et qu'une fréquence plus ou moins grande de la dépendance modérée pourrait être sans incidence sur celle de la dépendance lourde si des mesures adéquates – portant aussi bien sur les aides techniques que sur la prévention de l'aggravation de la perte d'autonomie – sont mises en œuvre »*⁹. Le scénario retenu est celui d'une espérance de vie à 65 ans en dépendance « lourde » GIR 1-2 stable dans le temps. Dit autrement, la durée passée en dépendance lourde se décalerait dans le temps mais serait stable. Cette hypothèse implique une diminution de la prévalence par âge

⁶ HCFiPS (2017), « Rapport sur les perspectives de financement à moyen-long terme des régimes de protection sociale ».

⁷ Chez les individus âgés de 95 ans et plus, 83 % sont allocataires de l'APA.

⁸ Il peut sembler paradoxal qu'une diminution de la prévalence par âge de la perte d'autonomie puisse impliquer une augmentation du risque d'entrée en perte d'autonomie et de la durée en perte d'autonomie. Pour résoudre ce paradoxe apparent, il est nécessaire de considérer le vieillissement de la population : une part croissante d'individus atteindra des âges élevés, caractérisés par une forte prévalence. A prévalence par âge constante, ce vieillissement tend à accroître le risque d'entrée en dépendance et la durée en dépendance. Faire l'hypothèse d'une diminution de la prévalence par âge peut ou non, selon l'amplitude cette diminution, changer ce résultat. Dans le scénario central ou dans le scénario bas de la DREES, la diminution de la prévalence par âge n'est pas suffisante pour compenser l'effet du vieillissement de la population et inverser la tendance à l'augmentation de la probabilité d'entrer en dépendance et la durée passée en dépendance.

⁹ A. Lecroart (2011), « Projections du nombre de bénéficiaires de l'APA en France à l'horizon 2040-2060 – Sources, méthode et résultats », Document de travail, n°23, DREES.

de la dépendance lourde. Elle est cohérente avec l'interprétation que l'on peut faire de la durée de séjour en établissement. Les écarts entre les différents scénarios portent donc uniquement sur la perte d'autonomie « modérée » (GIR 3-4).

Dans le scénario « bas », l'espérance de vie en perte d'autonomie (au sens de l'APA) à 65 ans est supposée constante. Tous les gains d'espérance de vie seraient des gains d'espérance de vie sans incapacité. La période de vie en situation de perte d'autonomie se décalerait donc le temps, mais sa durée serait constante. Dans ce scénario, à l'horizon 2060, la part de l'EVSI à 65 ans dans l'espérance de vie à 65 ans est supposée passer de 85 % à 87 % chez les femmes et de 92 % à 94 % chez les hommes. Ce scénario correspond à une diminution importante dans le temps des taux de prévalence par âge.

Dans le scénario « intermédiaire », l'EVSI est supposée évoluer au même rythme que l'espérance de vie, si bien que la part de l'EVSI à 65 ans dans l'espérance de vie à 65 ans reste stable à l'horizon 2060 (85 % pour les femmes et 92 % pour les hommes). Il traduit par conséquent un léger allongement de la durée en perte d'autonomie. Ce scénario correspond à une diminution dans le temps plus faible du taux de prévalence par âge que dans le scénario « bas ».

Dans le scénario « haut », la DREES s'appuie sur l'hypothèse d'un taux de prévalence par âge constant pour la dépendance « modérée » (GIR 3-4), hypothèse qui implique une durée de vie en dépendance « modérée » qui augmente de manière assez forte. Ce scénario permet donc de neutraliser l'effet de l'évolution de la prévalence par âge de la perte d'autonomie, et ainsi simuler l'effet propre de la démographie sur l'évolution du nombre de personnes âgées en perte d'autonomie. Selon la DREES, « *ce scénario prend en compte l'augmentation possible de la prévalence des démences et les tendances récentes d'espérance de vie sans incapacité chez les 50-65 ans, dans un climat d'incertitudes fortes. Des techniques de compensation, des politiques publiques de prévention joueraient ici un rôle pour empêcher l'aggravation de l'état de dépendance en maintenant plus souvent les personnes concernées en GIR 3 et 4* »¹⁰. Dans ce scénario, à l'horizon 2060, la part de l'EVSI à 65 ans dans l'espérance de vie à 65 ans est supposée passer de 85 % à 82 % chez les femmes et de 92 % à 90 % chez les hommes.

3) Projections des effectifs : des écarts substantiels selon les scénarios d'évolution de la prévalence par âge

a) Effectif des bénéficiaires de l'APA

Dans l'hypothèse intermédiaire, l'augmentation du nombre de bénéficiaires de l'APA (domicile et établissement) serait de 307 000 (+24 %) entre 2016 et 2030, soit une augmentation annuelle moyenne de 1,5 % (tableau 2). Sur la même période, et toujours dans le scénario intermédiaire considéré par la DREES, une augmentation de 78 000 (+17 %) GIR 1-2 et une augmentation de 229 000 (+28 %) des GIR 3-4 sont attendues.

Les projections, même à un horizon d'une quinzaine d'années, sont cependant extrêmement sensibles aux hypothèses faites sur l'évolution de l'ESVI et donc l'évolution de la prévalence par âge de la perte d'autonomie. A l'horizon 2030, l'écart entre les deux hypothèses basses et hautes (spécifiques aux GIR 3-4) est de 280 000 personnes.

¹⁰ A. Lecroart (2011), *op. cit.*

Tableau 2. Effectifs de bénéficiaires de l'APA (en milliers) projetés selon trois scénarios de projection (INSEE et DREES)

	Ensemble			GIR 1-2			GIR 3-4		
	Scenari Bas	Scenari Central	Scenari Haut	Scenari Bas	Scenari Central	Scenari Haut	Scenari Bas	Scenari Central	Scenari Haut
2016	1 285	1 285	1 285	455	455	455	830	830	830
2020	1314	1387	1437	481	481	481	833	906	955
2030	1431	1592	1711	533	533	533	897	1058	1177
2040	1704	1984	2202	648	648	648	1056	1336	1554
2050	1857	2245	2563	736	736	736	1121	1509	1827
2060	1957	2447	2869	800	800	800	1157	1647	2069

Tiré de HCFiPS (2017), « Rapport sur les perspectives de financement à moyen-long terme des régimes de protection sociale ».

Source : INSEE, DREES.

b) Augmentation de la probabilité de connaître une situation de perte d'autonomie

Actuellement, selon les estimations de l'INSEE obtenues à partir du modèle de microsimulation dynamique Destinie, 25 % des personnes bénéficieraient de l'APA à un moment ou à un autre avant le décès¹¹. Compte tenu de l'évolution projetée des caractéristiques de la population (sexe, âge, nombre d'enfants, niveau d'études) et de l'augmentation de l'espérance de vie - qui augmente la probabilité pour un individu d'atteindre des âges associés à des prévalences élevées de la perte d'autonomie- cette proportion est, selon les projections de la DREES, amenée à augmenter à hauteur de 36 % en 2040. La publication de la DREES ne donne pas l'évolution à l'horizon 2030.

c) Augmentation de la durée en situation de perte d'autonomie

La durée en dépendance (toujours au sens du bénéfice de l'APA) serait aujourd'hui de 4 ans en moyenne. Les projections de la DREES menée à partir du modèle de microsimulation dynamique Destinie concluent à une augmentation de la durée en dépendance d'environ un an à l'horizon 2040¹², évolution induite ici aussi par l'augmentation de l'espérance de vie. La publication de la DREES ne donne pas l'évolution à l'horizon 2030.

C) EVOLUTION DES CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES ET SOCIO-ECONOMIQUES DES PERSONNES AGEES ET ALLOCATAIRES DE L'APA

Les évolutions attendues au regard de la population en situation de perte d'autonomie ne peut se résumer à une augmentation des effectifs de bénéficiaires de l'APA. Elles impliquent également une évolution des caractéristiques démographiques et socioéconomiques de cette population, évolutions qui ont le sait déterminent de manière importante à la fois les besoins et modalités de prise en charge.

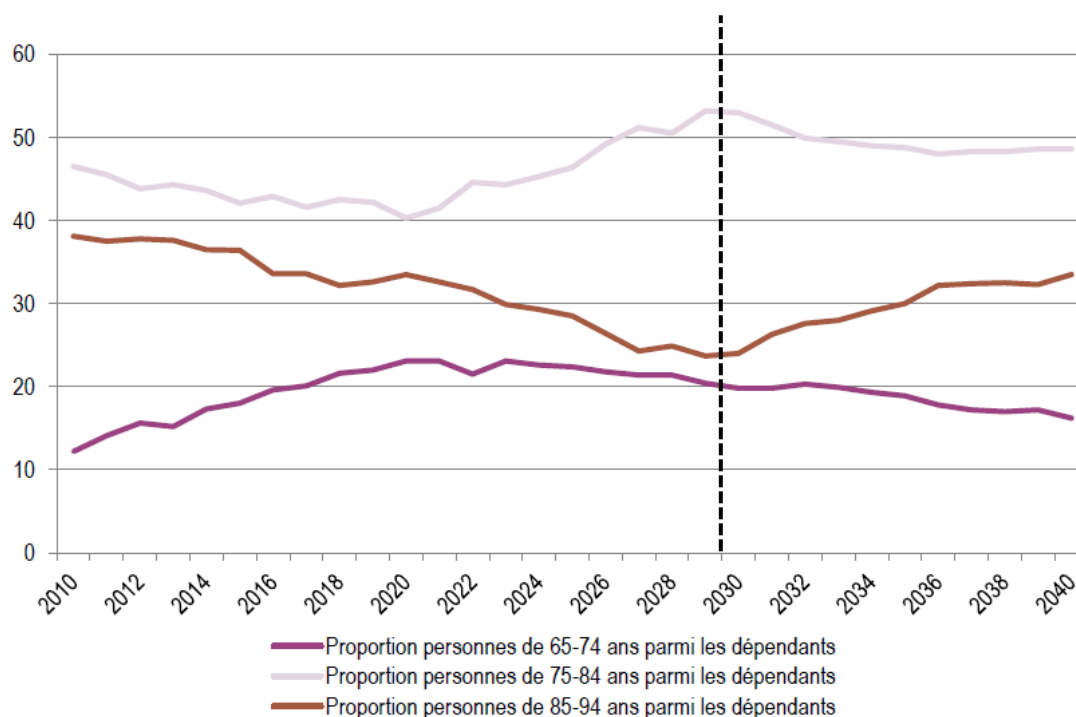
¹¹ Froment et al. (2013), « Projection des trajectoires et de l'entourage familial des personnes âgées dépendantes à l'horizon 2040 », dans Dossier Solidarité et santé, n°43, DREES.

¹² Froment et al. (2013), op. cit.

1) Structure par âge de la population des bénéficiaires de l'APA

La structure par âge des bénéficiaires de l'APA évoluera de manière significative durant les prochaines décennies, tirée par le vieillissement des générations du baby-boom¹³. Celles-ci causeront tout d'abord un rajeunissement de la population des bénéficiaires de l'APA avec une diminution de la proportion des bénéficiaires de l'APA âgée de 85 à 94 ans à l'horizon 2030, puis, par la suite, un vieillissement de cette population.

Graphique 3. Projection de la structure par âge des bénéficiaires de l'APA



Tiré de Froment et al., 2013.

Sources : Données APA, 2006-2007 et modèle Destinie (INSEE)

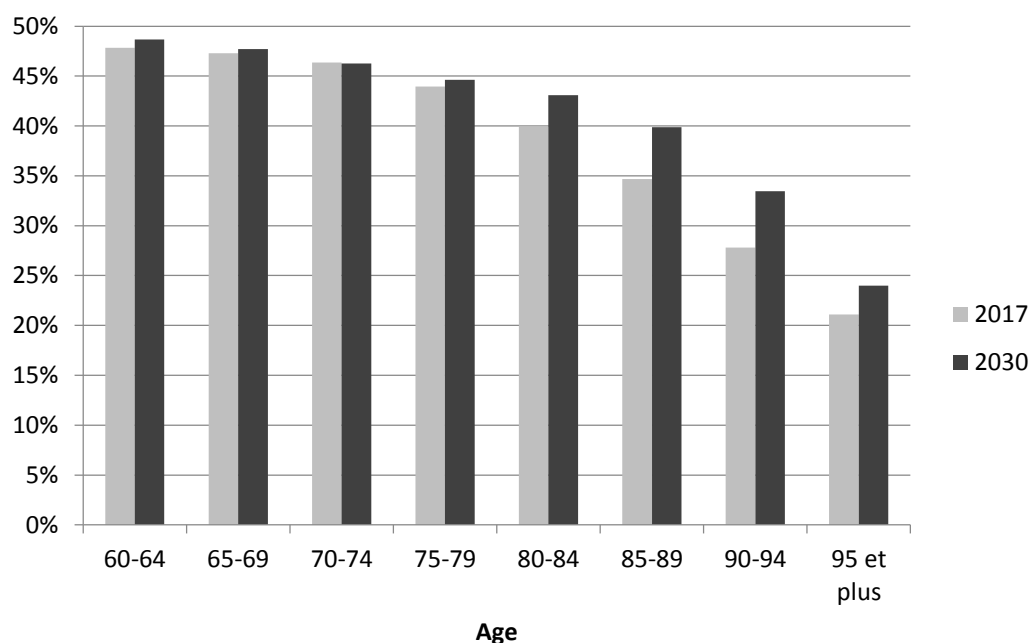
2) Sexe

On ne dispose pas d'éléments prospectifs sur le partage entre femmes et hommes parmi les allocataires de l'APA.

L'augmentation de la proportion d'hommes parmi les personnes âgées de 60 ans et plus, tout particulièrement chez les personnes âgées de 80 ans et plus, qui rappelons le représentent près de 80 % des allocataires de l'APA actuellement, laissent néanmoins présager une augmentation de la proportion d'hommes parmi les allocataires de l'APA.

¹³ Froment et al. (2013), op. cit.

Graphique 4. Proportion d'hommes dans la population française, par classe d'âge, en 2017 et 2030



Champ : France.

Source : INSEE, projections de population 2013-2070.

3) Présence d'un conjoint

La proportion de personnes âgées en situation de perte d'autonomie vivant en couple tend à augmenter sous l'effet de l'accroissement de l'espérance de vie qui réduit (à âge donné) le risque de veuvage. A l'horizon 2030, l'arrivée des générations du baby-boom parmi les « jeunes » allocataires de l'APA renforce cet effet, ce qui accroît d'autant plus la probabilité qu'ils aient un conjoint encore en vie¹⁴.

Après 2030 en revanche, la proportion vivant en couple diminue du fait du vieillissement de la population des bénéficiaires de l'APA.

Tableau 3. Proportion de bénéficiaires de l'APA vivant en couple

	Femmes	Hommes
2010	16,1 %	52,9 %
2020	17,0 %	57,4 %
2030	19,2 %	63,6 %
2040	18,6 %	54,8 %

Tiré de Froment et al., 2013.

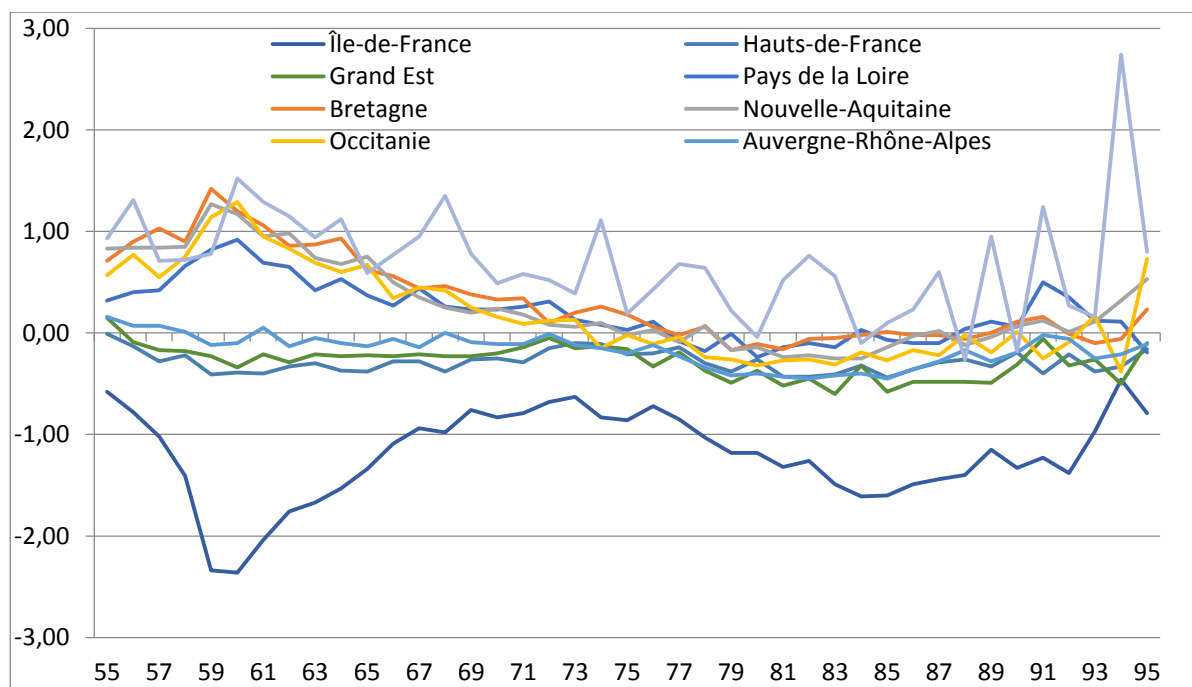
Sources : Données APA, 2006-2007 et modèle Destinie (INSEE).

¹⁴ Froment et al. (2013), op. cit.

4) Localisations des personnes de 65 ans et plus

De 17,5 % aujourd'hui, la part des 65 ans et + dans la population va augmenter à 27,3 % en 2050¹⁵. Cette hausse ne sera pas uniforme selon les territoires. En effet, comme on l'a indiqué dans le tome 1, le vieillissement différencié des territoires, déjà engagé (CGET, 2018¹⁶) se poursuivra. Les différences de mortalité, de fécondité mais surtout de mouvements migratoires entre départements et régions influenceront sur les évolutions. La mobilité résidentielle des retraités est en particulier importante à destination des régions littorales et du Sud de la France. Ainsi, la Bretagne et la Corse connaîtront un excédent migratoire après 55 ans, ainsi que l'Occitanie, les Pays de la Loire et la Nouvelle Aquitaine (graphique 5). En revanche, les 55 ans et plus quittent massivement l'Île de France, en particulier aux âges de la retraite et aux âges d'entrée en dépendance. Ce déficit migratoire des seniors est aussi important dans les Hauts de France, le Grand-Est, et en Auvergne- Rhône Alpes.

Graphique 5 - Quotient de migrations nettes par âge, sur la période 2020-2021, par région (en %)



Note de lecture : il s'agit des quotients pour 100 habitants. Ainsi, à 60 ans, 2,4 % des individus quittent l'île de France.

Source : INSEE, *Omphale* 2017.

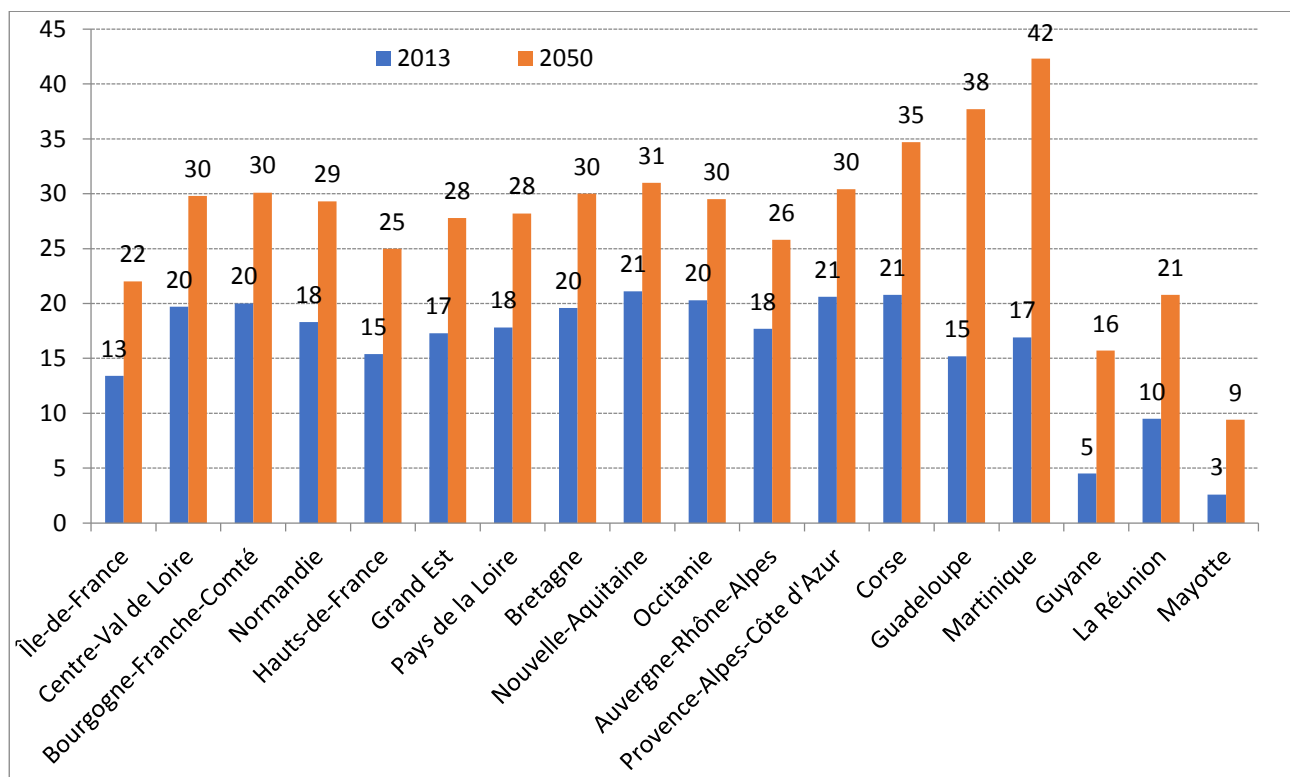
En termes de vieillissement, mesuré par la part des 65 ans et plus dans la population totale, l'Île-de-France, les Hauts de France et Auvergne-Rhône-Alpes demeureront en dessous de la moyenne nationale (graphique 6). La Corse, La Guadeloupe et la Martinique connaîtront une hausse importante de la part des 65 ans et plus dans la population. En 2050, cette dernière s'établirait à respectivement 35%, 38% et 42%. La Guyane et la Réunion demeureraient les

¹⁵ On ne dispose pas à ce stade des données des projections de population par département à l'horizon 2030. Une demande est en cours.

¹⁶ CGET, 2018, Le vieillissement de la population et ses enjeux, Fiche d'analyse de l'Observatoire des territoires.

régions les plus jeunes en 2050, même si la part des 65 ans et plus double à la Réunion et triple en Guyane (graphique 6 et figures 1).

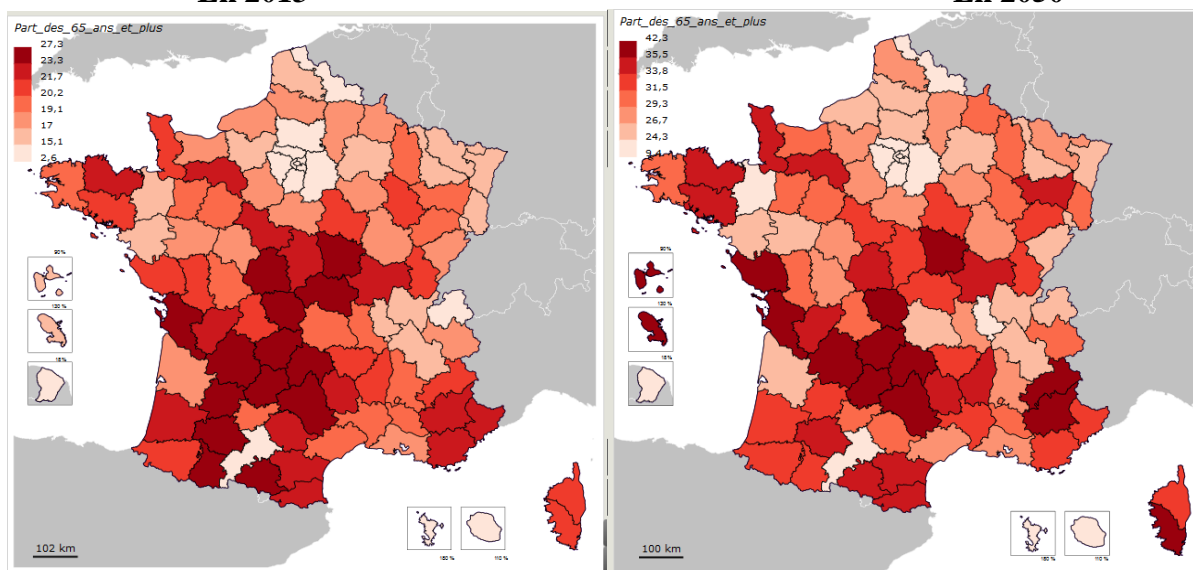
Graphique 6 – Part des 65 ans et plus dans la population, en 2013 et 2050 (en %)



Source : INSEE, Omphale 2017, scénario central.

Les départements peuvent connaître des trajectoires un peu différentes de celles de la région. Ainsi, dans les Pays de Loire, région dont la part des 65 ans et plus évolue comme celle de la France, la Loire-Atlantique demeurera un département jeune (la part des 65 ans et plus augmentera de 16,3% à 25,3% entre 2013 et 2050) alors que la Vendée connaît un vieillissement important (resp. 20,8% et 35,7%). Ainsi entre ces deux départements, l'écart de la part des 65 ans et plus passerait de 4,5 points de pourcentage à 10,4 points.

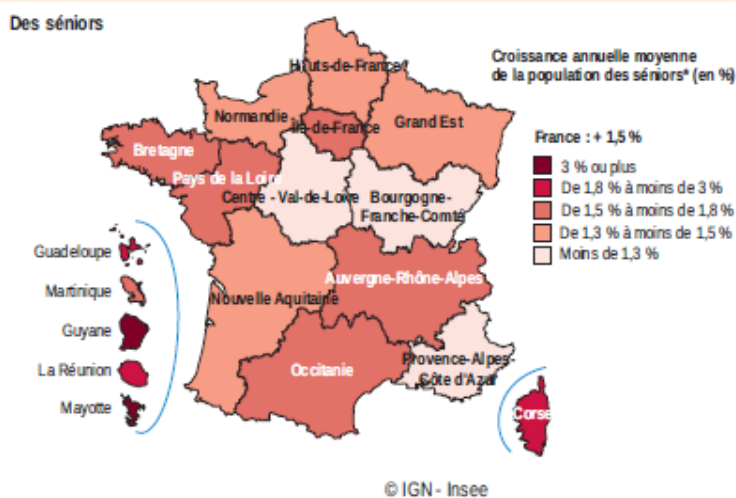
Figures 1. Part des 65 ans et plus dans la population, en 2013 et 2050, par département
En 2013 **En 2050**



Source : INSEE, *Omphale 2017, scénario central.*

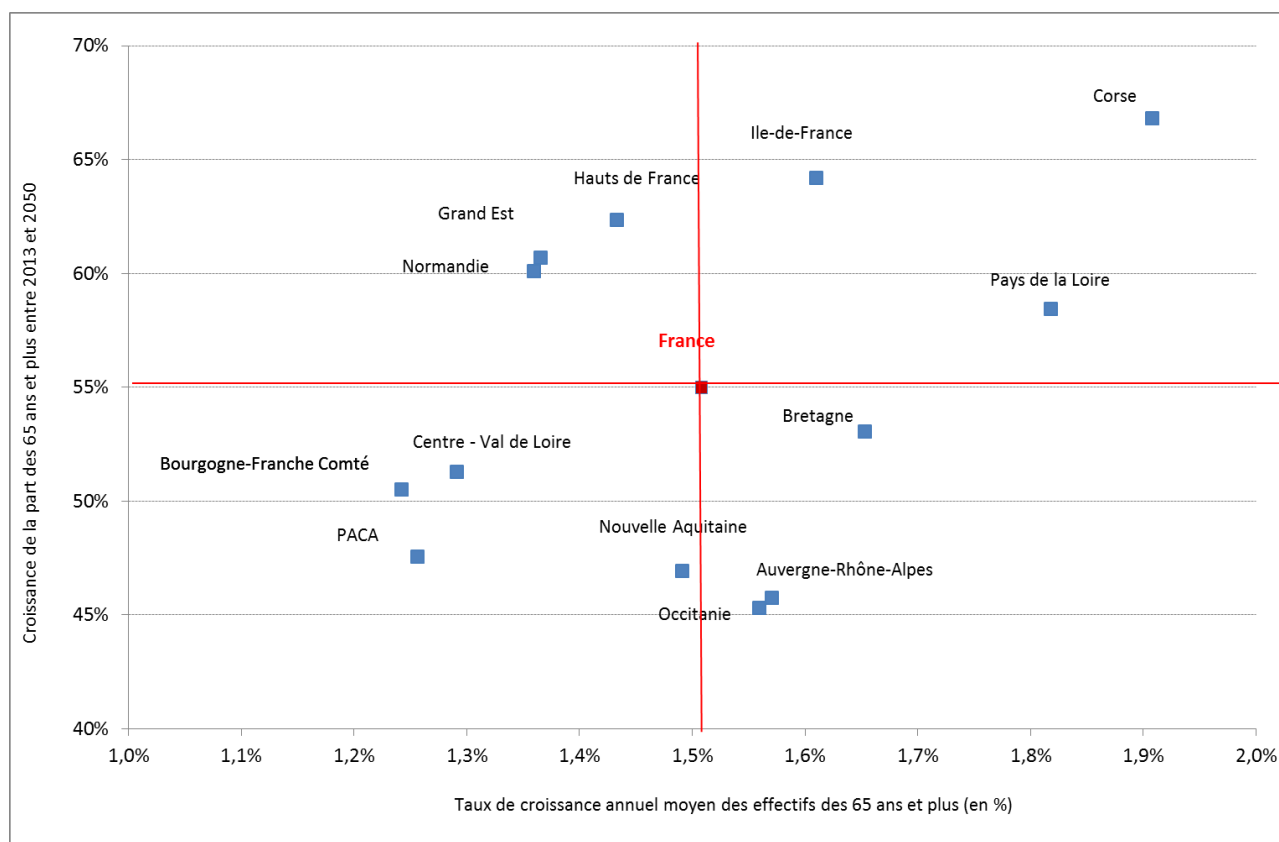
Comme on l’a indiqué dans le tome 1, plusieurs indicateurs sont nécessaires pour cerner le vieillissement différencié des territoires. La part des 65 ans et plus dans la population en est un mais elle n’est pas forcément parallèle à l’évolution des effectifs des 65 ans et plus, l’évolution du reste de la population étant à considérer. Ainsi, l’Occitanie et Auvergne-Rhône- Alpes voient leur part de 65 ans et plus dans la population augmenter moins vite que pour la France dans son ensemble, malgré une progression un peu plus soutenue des effectifs des 65 ans et plus (Figure 2 et graphique 7). De même, ce dynamisme de la population totale permet à la Bretagne et aux Pays de la Loire d’enregistrer une croissance de la part des 65 ans et plus du même ordre que la France, alors que la hausse des effectifs des 65 ans et plus y est plus soutenue (respectivement 1.7% et 1.8% de taux de croissance annuel moyen contre 1,5% pour France entière). *A contrario*, d’autres régions, telles la Normandie ou le Grand-Est verraient la part des seniors dans la population croître un peu plus rapidement malgré un taux de croissance moins soutenu des effectifs des 65 ans et plus (de l’ordre de 1.4%) (Figure 2 et graphique 7).

Figure 2. Croissance annuelle moyenne de la population des 65 ans et plus (en %)



Source : INSEE, *Omphale 2017, extrait de Desrivierre, 2017, scénario central*

Graphique 7. Taux de croissance annuel moyen des 65 ans et plus et croissance de la part des 65 ans et plus dans la population, 2013-2050, par région¹⁷



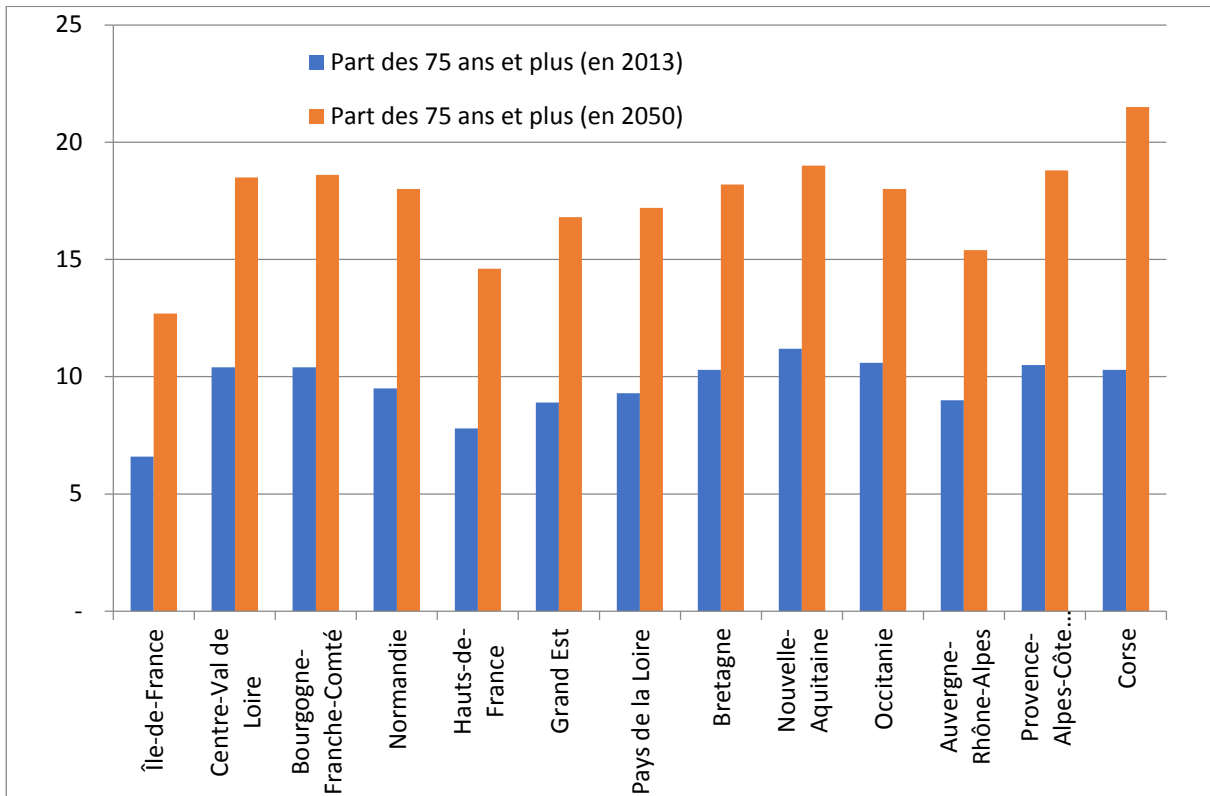
Lecture : entre 2013 et 2050, la part des 65 ans et plus augmenterait de 55% en France et le taux de croissance annuel moyen de la population des 65 ans et plus serait de 1,5%.

Source : INSEE, *Omphale 2017, scénario central*.

L'évolution des 75 ans et plus est encore plus marquée (graphique 8). Dans la plupart des régions, la part des 75 ans et plus dans la population va quasiment doubler. En Corse, la part serait multipliée par 2,1 et un habitant sur cinq aura plus de 75 ans en 2050, atteignant le niveau maximal pour la France.

¹⁷ On s'inspire ici du graphique 3 de Desrivierre (2017). On considère cependant le taux de croissance de la part des 65 ans et plus en %, plutôt qu'en points de pourcentage. Cela conduit en particulier à considérer un peu différemment l'Île de France et les Hauts-de-France par exemple, puisque ces deux régions enregistreraient une hausse de la part des 65 ans et plus dans la population de respectivement 8,6 et 9,6 points (9,6 de points de hausse pour la France). Mais ces deux régions étant jeunes en 2013 (respectivement 13,4 % et 15,4 % de part des seniors dans la population), la hausse serait proportionnellement plus importante (respectivement 64% et 62%) que pour la France entière (55%).

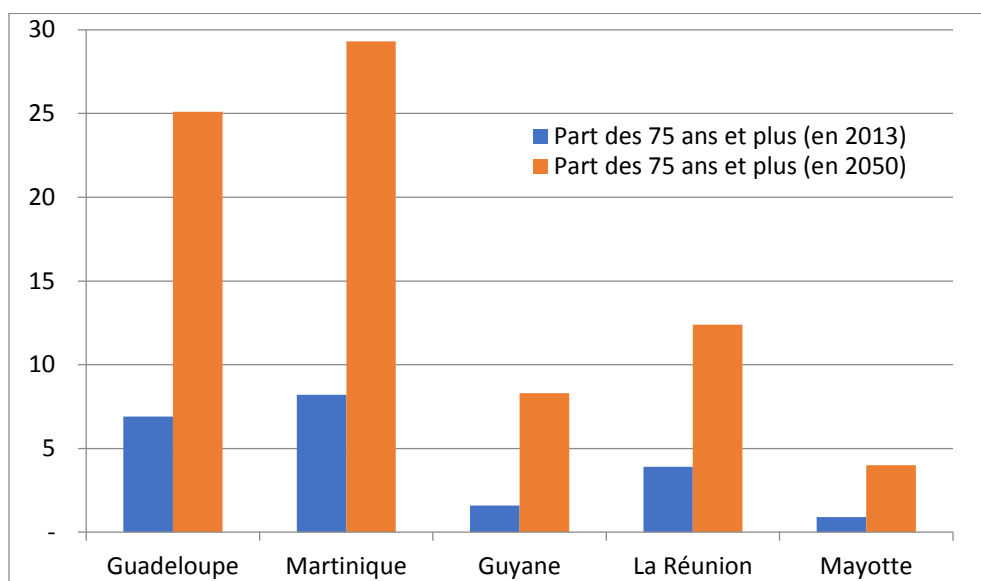
Graphique 8. Evolution de la part des 75 ans et plus dans la population (en %), 2013-2050, France métropolitaine



Source : INSEE, *Omphale 2017, scénario central.*

Les évolutions sont encore plus frappantes dans les DOM. La part des 75 ans et plus dans la population serait multipliée par 3,5 en Guadeloupe et en Martinique (graphique 9). En Martinique, en 2050, 29% de la population aura 75 ans et plus.

Graphique 9. Part des 75 ans et plus dans la population, DOM, en 2013 et 2050 (en %)



Source : INSEE, *Omphale 2017, scénario central*.

Enfin, même si cela est apparu implicitement dans les évolutions différenciées de la croissance des effectifs des 65 ans et plus et de l'évolution de leur part dans la population, il est intéressant de regarder l'évolution de la population en âge de travailler (25-59 ans), à mettre en relation avec la disponibilité de la main d'œuvre pour la prise en charge des personnes en perte d'autonomie. La Normandie, le Grand Est et la Bourgogne-Franche Comté verraient les effectifs de 25-59 ans diminuer sur la période, de 10 % et plus. Les Pays de la Loire, l'Auvergne-Rhône-Alpes et l'Occitanie enregistreraient un dynamisme plus important des effectifs des 25-59 ans, de l'ordre de 6 à 8 % sur la période.

Les éléments ci-dessus sur le vieillissement différencié des territoires s'appuient uniquement sur les évolutions des effectifs par âge à l'horizon 2050.

Il serait indispensable de compléter l'analyse avec des éléments sur les évolutions des environnements dans lesquels les individus vont vieillir. En effet, que ce vieillissement se produise en espace rural, en espace périurbain ou en zone urbaine, il nécessitera des réponses différenciées à des problématiques différentes, en termes de mobilité des individus, de type d'habitat et de son aménagement, d'environnement familial et d'accessibilité financière. La question du vieillissement dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville par exemple pose des questions particulières au vu de la composition de la population qui y réside¹⁸ : surreprésentation de femmes, d'isolées, aux revenus faibles ou très faibles. La question de l'accessibilité financière se posera donc de manière particulièrement aigue.

Néanmoins, les évolutions retracées ci-dessus soulignent les enjeux majeurs liés au vieillissement, en particulier dans les DOM, la Martinique devenant le département le plus vieux de France en 2050, suivie de très près par la Guadeloupe. Mais certains départements en

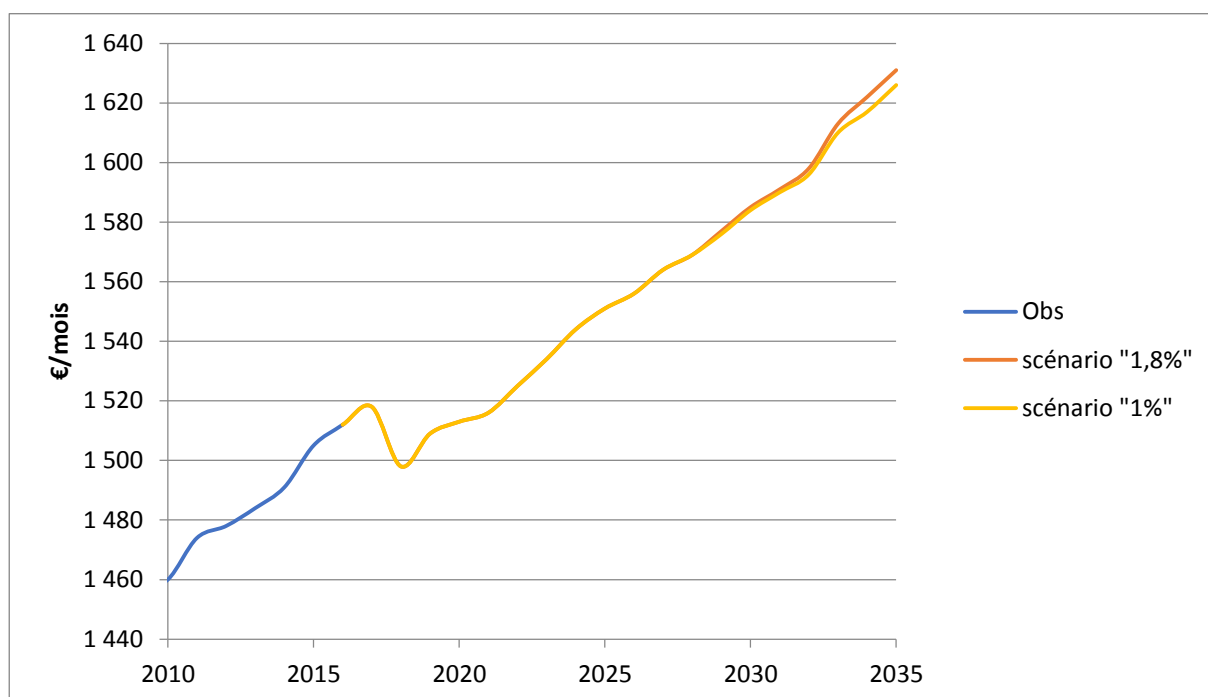
¹⁸ CGET, 2017, « Vieillissement de la population : un processus qui touche aussi les quartiers prioritaires de la politique de la ville », En Bref, N°44.

métropole sont aussi concernés par ce vieillissement important. La Corse du Sud¹⁹, les Hautes-Alpes ou la Vendée, départements que la part des 65 ans et plus plaçait dans le milieu de classement en 2013, se situeraient parmi les 20 % de départements les plus « vieux » en 2050.

5) Revenus

En 2016, la pension de retraite nette moyenne des retraités résidant en France était de 1 512 €/mois²⁰. Selon les projections du COR, elle sera en euros constants de 1 584€/mois en 2030. Avec une augmentation annuelle moyenne de 0,33 % entre 2016 et 2030, elle serait supérieure de plus de 5% à son niveau actuel. Mais le niveau de vie relatif des retraités par rapport aux autres ménages devrait régresser.

Graphique 10. Pension nette moyenne en euros constants 2017 en projection



Données tirées du rapport annuel du COR, 2018.

Note : deux scénarios de projections sont présentés sur le graphique, l'un basé sur une croissance annuelle de la productivité du travail atteignant à partir de 2032 une valeur de 1 % (croissance moyenne observée entre 2010 et 2017), et l'autre de 1,8 % (croissance moyenne observée sur la période 1980-2017).

Champ : pour la pension nette moyenne, personnes retraitées vivant en France.

Sources : DREES, modèle ANCETRE 2009-2016; INSEE, Comptes Nationaux ; projections COR – juin 2018.

Pour les bénéficiaires de l'APA à domicile, l'augmentation du niveau des pensions de retraite (en euros constants) impliquera une augmentation du taux de leur participation au financement de leur plan d'aide²¹.

¹⁹ Balzer S. (2017), « Ralentissement démographique et vieillissement prononcé à l'horizon 2050 », INSEE Analyses Corse, n° 15.

²⁰ Rapport annuel du COR, 2018

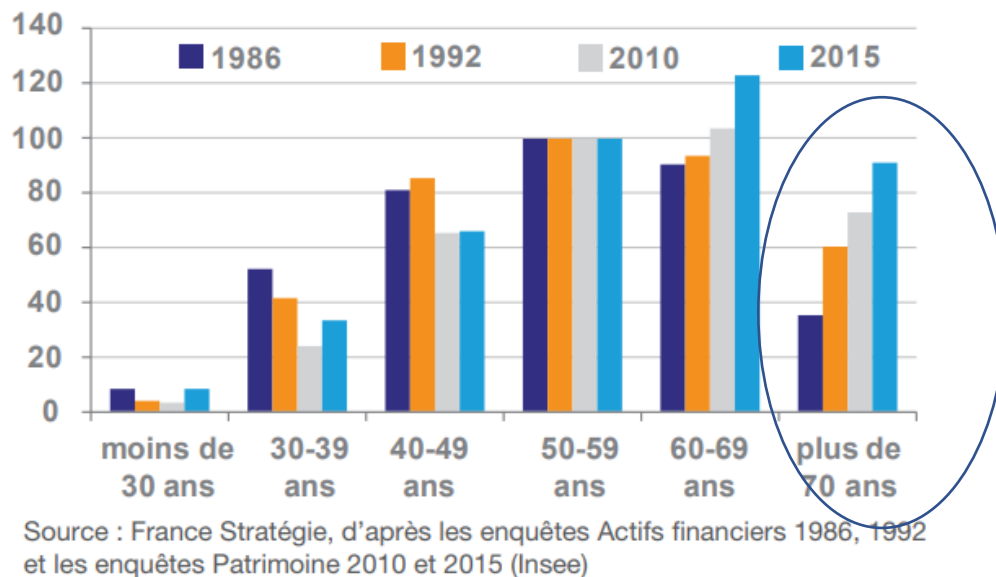
²¹ Puisque les bornes du barème qui le définissent évoluent comme les prix.

Par ailleurs une augmentation plus rapide des coûts des services médico-sociaux par rapport aux pensions de retraite²² pourrait en outre accroître la proportion de plans d'aide saturés dès lors que les prix de ces services suivent une évolution proche des salaires et que les plafonds d'APA restent indexés sur les prix.

6) Patrimoine

On ne dispose pas d'éléments prospectifs sur l'évolution du patrimoine des personnes âgées en perte d'autonomie. L'évolution passée du patrimoine des ménages laissent cependant présager une tendance à l'augmentation du patrimoine des futures générations de personnes âgées en perte d'autonomie : entre 1980 et 2015, le patrimoine des ménages a été multiplié par trois. L'augmentation s'est faite en faveur des ménages âgés. En 1986, le patrimoine net médian des trentenaires était 45 % plus élevé que celui des plus de 70 ans. En 2015, il est trois fois plus faible²³.

Graphique 11. Patrimoine net médian, selon l'âge de la personne de référence



Tiré de Dherbécourt, 2017 – France Stratégie.
Champs : ménages ordinaires.

- Dans les projections réalisées par France Stratégie, le patrimoine net moyen des ménages des individus âgés de plus de 70 ans est supposé croître en euros constant à un rythme compris entre 1,7 % et 2,3 % par an entre 2015 et 2030, ce qui le porterait de 261 000 € en 2015 à une valeur comprise entre 334 000 € et 368 000 € en 2030²⁴. Etant donné la difficulté à anticiper les comportements d'épargne et de désépargne, l'évolution de la

²² Cf. Rapport annuel du COR, 2018

²³ Dherbécourt C. (2017), « Peut-on éviter une société d'héritiers ? », La note d'Analyse, n°51, France Stratégie

²⁴ Dherbécourt c. (2017), « Annexe de la note d'analyse n°51 – Projections des transmissions jusqu'en 2070 », France Stratégie.

fiscalité, voir l'âge à l'héritage, ces valeurs doivent être comprises comme des ordres de grandeurs.

- On note une augmentation très significative, depuis 40 ans, de la proportion d'individus de 65 ans et plus propriétaires de leur logement principal (56 % en 1984 ; 66 % en 1996 ; 74 % en 2013)²⁵.

D) LES FACTEURS INFLUENÇANT L'AMPLEUR DE LA PERTE D'AUTONOMIE ET SES CARACTERISTIQUES

1) Les politiques de prévention de la perte d'autonomie

La question est de savoir dans quelle mesure un renforcement des mesures de prévention de la perte d'autonomie est-il susceptible d'affecter les projections d'effectifs à prendre en charge et leur répartition entre les différents modes de soutien.

Pour conduire des politiques de prévention, on a besoin d'un effort de définition et de nomenclature. Il s'agit de qualifier correctement :

- ce qui relève des préventions primaire, secondaire, tertiaire (selon l'approche classique de la prévention), certains évoquant également la prévention quaternaire (prévention de la surmédicalisation renvoyant notamment chez les personnes âgées à la prévention du risque médicamenteux et à la prévention de la dépendance liée aux hospitalisations) ;
- ce qui renvoie à une approche de promotion de la santé qui s'appuie sur la notion d'empowerment et les actions d'éducation à la santé et d'éducation thérapeutique du patient ;
- ce qui est du domaine de la prévention individuelle ou collective ;
- ce qui renvoie à une politique de prévention en population générale ou à une politique sélective : actifs en entreprise (ce qui passe par une action plus résolue de la médecine du travail et un investissement des organismes de complémentaire santé), nouveaux retraités, jeunes seniors, populations défavorisées.

Cet effort de définition débouche naturellement :

- sur des typologies d'interventions/d'actions/de modes d'action (incitation/contrainte...) ;
- sur une typologie d'acteurs : des individus eux-mêmes au système institutionnel ;
- sur des questions d'organisation institutionnelle et de financement ;
- et sur un effort de connaissance qui passe par un recensement des actions de prévention de la perte d'autonomie aux fins peut être de constituer un « compte de la prévention de la perte d'autonomie »

C'est aussi à partir de cet effort analytique qu'il est possible de considérer le potentiel des innovations technologiques ou organisationnelles - et leur calendrier de mise en œuvre - en termes de rendement populationnel, de modification des logiques d'intervention ou de restructuration des prises en charge.

²⁵ Matières Grises (2018), « Les personnes âgées en 2030 », Les études de Matières Grises, n°1.

Cet effort de définition et de nomenclature a une vocation heuristique mais aussi un aspect pratique lorsqu'il s'agit d'apprécier quelle stratégie de prévention ou de prise en charge est plus appropriée, plus efficiente...

La réponse à la question liminaire est néanmoins plus exigeante.

Il s'agit tout d'abord d'évaluer dans quelle mesure une politique de prévention plus soutenue est susceptible d'affecter les projections en matière d'effectifs de personnes en perte d'autonomie et la répartition de ceux-ci entre les différents degrés de perte d'autonomie.

Il s'agit d'apprécier dans quelle mesure, à titre individuel et à titre collectif, une telle action est susceptible d'affecter la durée de vie sans incapacité vs avec incapacité ?

Prévention et formes de prise en charge au grand âge ne sont pas détachables : il est donc aussi essentiel de mesurer des effets endogènes. Dans quelle mesure les formes de prise en charge retiennent-elles sur la préservation de l'autonomie des personnes ? A quelles conditions ? Autrement dit, en termes de prévention ciblée (sur des personnes fragiles ou en perte d'autonomie), quelles sont les formes d'investissement performantes en matière de prévention ? Pour le bénéfice de qui (les personnes âgées, les institutions de prise en charge, la collectivité) ?

On a bien conscience de la difficulté de disposer globalement de données probantes en face de ces questions mais il est important de mobiliser des travaux de recherche, d'évaluations de politique, de monographies territoriales.

a) Le caractère multidimensionnel de la prévention de la perte d'autonomie

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) approche la prévention de la perte d'autonomie par son objectif : augmenter le bien-être et la qualité de vie des personnes âgées. Cette qualité de vie dépend du vieillissement en bonne santé, c'est-à-dire non pas d'une absence de maladie mais de la capacité des personnes à faire ce à quoi elles attachent le plus d'importance, c'est-à-dire de leurs aptitudes fonctionnelles. Ces aptitudes dépendent non seulement de l'état de santé physique et moral mais également de l'aide qu'offre l'environnement aux personnes âgées.

Les actions de prévention de la perte d'autonomie reposent donc sur plusieurs champs d'action : la promotion de la santé, le système de soins, les soins de longue durée et l'environnement de la personne âgée. Elles supposent également une action tout au long de la vie, tant lorsque les aptitudes sont importantes que lorsqu'elles baissent et lorsqu'elles accusent une perte significative.

a1) L'environnement

Le rôle de l'environnement de la personne est de promouvoir un mode de vie sain pour les personnes ayant leurs pleines aptitudes comme pour celles dont les aptitudes décroissent.

L'OMS a lancé un programme de développement des « villes amies des aînés » en 2010²⁶. Elle a recensé des caractéristiques de l'environnement urbain propice à un vieillissement actif et en bonne santé. Des travaux de recherche menés dans 33 villes ont confirmé l'importance pour les personnes âgées de l'accès aux transports publics, aux espaces de plein air, aux bâtiments, ainsi que la nécessité de logements adaptés, d'un tissu social et de services médicaux. Un environnement adapté aux personnes âgées, rendus moins confiants dans leur locomotion par

²⁶ La France y a participé : Guide français des villes amies des aînés, Pierre-Marie Chapon (Auteur) Pierre-Olivier Lefebvre (Auteur), août 2014

l'apparition de certaines déficiences, évite de transformer ces déficiences en incapacités. Les travaux ont aussi mis en évidence la nécessité de favoriser les liens permettant à cette population d'être participante active de la société. Des programmes nationaux se sont mis en place.

C'est en s'appuyant sur l'expérience de ces programmes en Europe que l'OMS propose d'organiser la prévention non seulement autour du système de soins mais également en déployant les moyens de rendre les environnements physiques et sociaux favorables aux personnes âgées dans trois domaines.

a1.1) Le premier est celui des aménagements urbains

Il comprend :

- les équipements extérieurs et le réaménagement des quartiers existants pour tenir compte des spécificités des besoins des personnes âgées : un nombre suffisant de bancs, de toilettes publiques, d'ascenseurs, passages piétons avec équipements visuels et sonores, parcs allées piétonnes par exemple ;
- les transports favorisant la mobilité des personnes âgées afin de garder une indépendance pour les sorties sociales, culturelles, sportives ; la présence de personnel aidant dans les lieux de transports, des bons pour des services de taxis, la sécurisation des voies (piétonnes, cyclistes, voitures) sont des facteurs aidants, comme les places prioritaires dans les transports en communs, plateformes de bus adaptées, minibus de quartiers ;
- l'adaptation des logements personnels en termes de sécurité : les personnes de plus de 80 ans passeraient plus de 80 % de leur temps dans leur logement et aux Etats Unis, 47% des blessures non mortelles pour les personnes âgées se produisent au domicile. Une adaptation des logements en termes d'accessibilité apparaît également nécessaire.

a1.2) Le deuxième domaine est celui de l'environnement participatif et de la lutte contre l'isolement social

Il comprend :

- la participation sociale pour réduire la solitude et l'isolement social tant en milieu urbain qu'en milieu rural où la question de l'isolement peut être forte : le développement des clubs pour personnes âgées dans des structures collectives existantes, des activités culturelles, physiques et récréatives avec invitation personnelle, un calendrier régulier d'activité et une communication attractive s'impose.

Encadré : La lutte contre l'isolement social : un enjeu de santé publique et de prévention de la perte d'autonomie.

L'isolement social touche davantage les personnes âgées.

Le Conseil économique, social et environnemental (CESE) a estimé que sur 5,5 millions de personnes souffrant d'isolement social en France, 1,2 million étaient des personnes âgées de plus de 75 ans²⁷. L'isolement social, selon la définition du CESE, est « *la situation dans laquelle se trouve la personne qui, du fait de relations durablement insuffisantes dans leur nombre ou leur qualité, est en situation de souffrance et de danger* ».

En 2014, l'étude de la Fondation de France sur Les Solitudes en France a chiffré la part de la population en situation d'isolement relationnel fondée sur 5 cercles sociaux (familial, professionnel, amical, affinitaire et territorial). L'isolement social existe à tous les âges de la vie mais augmente pour les plus

²⁷ Avis du CESE : « [Combattre l'isolement social pour plus de cohésion et de fraternité](#) »

personnes les plus âgées qui sont les plus touchées (27 % des personnes âgées de plus de 75 ans contre 12% dans la population totale). Pour les personnes âgées de plus de 75 ans, le taux d'isolement est le même pour les hommes et les femmes et quel que soit le niveau de revenu²⁸

L'étude réalisée par l'Institut CSA pour Les Petits frères des pauvres sur la solitude et l'isolement chez les personnes de 60 ans et plus montre que l'isolement s'accroît après 75 ans : si 70% des personnes de 60 ans sortent de chez elles au moins une fois par jour, le taux diminue à 55% à 75 ans et à 40% à 90 ans.

L'isolement social est considéré comme un risque important de perte d'autonomie

Le plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie de 2015 qui visait à donner un cadre de références aux plans soutenus par les Conférences de financeurs positionne le lien social comme l'un des trois déterminants majeurs de santé qui contribuent à préserver l'autonomie : « *un exercice physique régulier, une alimentation adaptée et un lien social structuré contribuent à préserver l'autonomie* ». Il peut aussi être considéré comme un facteur de risque de mortalité. Une étude anglaise²⁹ a ainsi montré une mortalité significativement plus élevée chez les participants les plus isolés socialement : les taux de mortalité étaient de 23,5 % dans les groupes socialement isolés contre 13,7% dans les groupes non isolés. L'isolement social constitue ainsi un enjeu de santé publique et de prévention.

Développer des actions de prévention

Les efforts de prévention sur la réduction de l'isolement social ont un objectif de réduction de la mortalité, d'augmentation du bien-être et de réduction de la perte d'autonomie.

Pour prévenir l'isolement social, il ressort de l'étude CSA que les priorités sont de : maintenir les commerces et services à proximité (90% de personnes l'estiment prioritaire ou importante), développer des solutions de transports adaptées (89%), informer sur les aides et allocations financières (89%), favoriser les liens entre les générations (85%), développer des activités de loisirs adaptées (74%), faciliter l'accès à internet et aux réseaux sociaux (69%).

Des initiatives intéressantes se développent à cette fin.

La Mobilisation nationale contre l'isolement social des âgés (MONA LISA), est issue de la loi ASV et a pour finalité de faciliter les synergies entre les acteurs de la lutte contre l'isolement social et de faire de cette cause une priorité d'engagement citoyen (mobilisation de la solidarité entre citoyens, des liens de voisinage et de proximité), Elle expérimente et déploie un modèle d'intervention qui facilite des initiatives collectives d'implication citoyenne. MONA LISA :

- valorise les « équipes citoyennes » (par exemple l'association le Café des champs fait revivre les bistros de campagne). L'expérimentation « Volontaire contre l'isolement » qui permet d'articuler les missions de volontaires du service civique avec les équipes citoyennes illustre les possibilités d'engagement pour lutter contre l'isolement social ;

- anime les coopérations entre acteurs de proximité, action indispensable pour lutter de manière durable contre l'isolement social. 55 départements sont engagés dans une dynamique de coopération, articulée avec les programmes régionaux de santé des ARS, les schémas de l'autonomie et de l'action sociale des départements. Cette mobilisation des acteurs de proximité alimente les stratégies d'action des Conférences des financeurs pour prévenir et compenser la perte d'autonomie

²⁸ Voir Tome 1 le point sur l'isolement social

²⁹ Smith, SG orcid.org/0000-0003-1983-4470, Jackson, SE, Kobayashi, L et al. (1 more author) (2018) Social isolation, health literacy, and mortality risk: findings from the English Longitudinal Study of Ageing. *Health Psychology*, 37 (2). pp. 160-169. ISSN 0278-6133

La sensibilisation aux déficits sensoriels semble particulièrement importante pour la prévention du risque d'isolement et de la perte d'autonomie chez les personnes âgées. Pour le HCSP³⁰, « *des relations entre troubles auditifs et performances cognitives diminuées, de façon globale mais aussi sur la mémoire et les fonctions exécutives ont été mises en évidence... Cependant, toutes les études ne retrouvent pas ces associations.* ». En 2018, une étude³¹ sur le décès, la dépression, la démence et la dépendance associés à un déficit auditif déclaré chez les personnes âgées conclut à l'existence chez les sujets rapportant des problèmes auditifs d'un risque accru de dépression (chez les hommes) mais aussi de dépendance et de démence. Sur un facteur de risque de cette importance, qui fait l'objet de recommandations notamment par l'OMS (qui recommande de corriger les troubles auditifs), il serait nécessaire de conduire des études randomisées comme le préconise le HCSP.

- la non-discrimination et l'intégration sociale pour réduire les risques d'abus dont peuvent être victimes les personnes âgées. L'OMS estimait en 2011 que la prévalence des abus physiques, financiers ou sur les aînés était de 3% en Europe et pouvait s'élever à 25% sur des personnes avec des formes de déficiences. Lutter contre les inégalités et les formes d'exclusion, promouvoir une image positive des personnes âgées, adopter des mesures de précaution pour la sécurisation du logement³² (installation de serrures ou d'alarmes) par exemple contribuent au respect des aînés.

- l'engagement civique et volontaire des personnes âgées pour faire un meilleur usage de leurs capacités dans le monde professionnel et politique : conseils exécutifs de seniors, promotion du travail volontaire, dispositif de retraite progressive, promotion du maintien dans l'emploi.

a1.3) Le troisième domaine est celui de l'action locale

Il s'agit de favoriser la coordination des services offerts aux personnes âgées et l'accès à l'information sur ces services et notamment les services de santé. L'accent est mis sur le caractère opportun, fiable, pertinent et compréhensible de l'information donnée à la personne et à sa famille : point d'entrée unique du type hot line ou centre d'information, site web d'information notamment sur l'organisation des services de soins et sociaux dédiés aux personnes âgées, leur entourage, les aidants, etc.

³⁰ Prévention de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées (MAMA), Haut conseil de santé publique, décembre 2017

³¹ «Death, Depression, Disability, and Dementia Associated With Self-reported Hearing Problems: A 25-Year Study »³¹, menée par le Pr Hélène Amieva, épidémiologiste à l'Unité INSERM 1219. Etude observationnelle sur la cohorte Paquid réalisée chez 3 777 personnes âgées de plus de 65 ans sur 25 ans.

³² Le rapport Santé et Vieillesse de l'OMS cite un projet pour la sécurité en Angleterre qui a montré une diminution de 93% des cambriolages de logements parmi les personnes âgées à faibles revenus à qui avaient été fournies des serrures plus solides.

Encadré. Illustration de l'importance de l'environnement sur la prévention de la perte d'autonomie : le concept de villes accueillantes pour les personnes vivant avec des troubles cognitifs

Face à la nécessité de faire évoluer les représentations sociétales et le regard de chacun sur la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées, un concept nouveau se développe dans le monde depuis une dizaine d'années : les « sociétés amies de la démence » (« dementia friendly communities »). Les villes accueillantes pour les personnes vivant avec des troubles cognitifs ont pour objectif de permettre à ces personnes de continuer à vivre dans leur environnement habituel, diminuant le risque d'isolement ou de stigmatisation. Selon l'association Alzheimer anglaise, « Une communauté inclusive [dementia friendly] est une ville ou un village où les personnes ayant des troubles cognitifs sont comprises, respectées et soutenues, et sont confiantes dans le fait qu'elles peuvent contribuer à la vie de la communauté. Le grand public y est sensibilisé et comprend les troubles cognitifs. Les personnes vivant avec des troubles cognitifs s'y sentent impliquées et ont le choix en ce qui concerne leur vie quotidienne ». Les premières formes de ce concept sont apparues en Ecosse et au Japon et sont majoritairement présentes dans les pays anglo-saxons. Rennes ambitionne de devenir la première ville française dementia friendly.

Ainsi, l'objectif de ce concept est triple :

- promouvoir l'inclusion des personnes vivant avec des troubles cognitifs dans la cité et dans la société par l'implication des acteurs de proximité à l'échelle d'une ville ou d'un quartier. L'entourage, c'est-à-dire les personnes qui constituent l'environnement de proximité (les concierges, voisins, amis, pharmaciens, boulangers, policiers...) doit être sensibilisé à ces troubles ;
- diminuer la stigmatisation de ces personnes et augmenter la sensibilisation autour de la maladie par la modification du regard de chacun et la sensibilisation de la population sur les questions de vocabulaire, éthiques et de valeurs ;
- favoriser largement la participation et l'implication des personnes malades par la considération portée à la parole des personnes malades leur permettant ainsi de participer à la prise de décision les concernant et d'avoir un sentiment d'utilité.

La Miviludes, en lien avec l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) concourt actuellement à la réalisation d'un guide à destination des élus locaux afin de les aider à mettre en œuvre cette démarche dans leurs communes françaises.

a2) Le rôle et l'adaptation du système de santé

a2.1) La promotion de la santé

Le rôle de la promotion de la santé est d'améliorer ou de maintenir les grands déterminants de la santé et de l'autonomie. L'OMS montre par exemple que l'activité physique à un âge avancé améliore les capacités physiques et intellectuelles, prévient des maladies (exemple des maladies coronariennes, du diabète et des accidents vasculaires cérébraux). Elle estime ces bénéfices considérables : il y aurait une réduction de 50 % du risque relatif de développer des limitations fonctionnelles chez ceux qui déclarent une activité physique régulière et au minimum, d'intensité modérée, une réduction du déclin cognitif d'environ un tiers. Elle estime que 10 millions de nouveaux cas pourraient globalement être évités chaque année si les personnes âgées respectaient les recommandations en matière d'activité physique.

a2.2) Le rôle du système de soins

Le rôle du système de soins est de maintenir les capacités et de prévenir les maladies chroniques, d'en diminuer les impacts négatifs sur l'état de santé en cas de survenue. Ce rôle sera d'autant plus important que le risque de poly pathologie augmente.

Une étude par simulation³³ montre qu'en Grande-Bretagne le nombre de personnes âgées souffrant de quatre maladies, ou plus, pourrait doubler d'ici 2035 : il passerait de 9,8 % en 2015 à 17 % en 2035. Les deux tiers de ces personnes présenteraient une démence, une dépression ou des troubles cognitifs (autres que la démence). Dans les 20 ans à venir, la plus grande augmentation en termes de nombre de diagnostics dans la population âgée concernerait d'abord le cancer (179,4 % d'augmentation) puis le diabète (118,1 %). Concernant l'augmentation de la prévalence, ce seront l'arthrite (+14 %) et le cancer (+15,1 %) qui seraient en tête du classement. Et chez les plus de 85 ans, à part la démence et la dépression, toutes les maladies verraient leur nombre doubler entre 2015 et 2035. Une des conséquences serait une croissance de l'espérance de vie en mauvaise santé : les deux tiers de l'augmentation de l'espérance de vie (soit 3,6 ans pour les hommes et 2,9 ans pour les femmes) se passeraient avec 4 maladies ou plus (soit 2,4 ans pour les hommes et 2,5 ans pour les femmes).

Les progrès médicaux et des techniques médicales peuvent être un facteur déterminant de la prévention de la dépendance. Le développement de la chirurgie de la cataracte assistée par un robot illustre par exemple la capacité du système de soins à prévenir les chutes et leur comorbidité³⁴.

a2.3) Le repérage des situations de fragilité

L'efficacité des actions de prévention menées va dépendre de la capacité à repérer les situations de fragilité. Le concept de syndrome de fragilité est de plus en plus étudié³⁵. Il remplace celui d'âge chronologique parce qu'il est plus individualisé.

La personne fragile n'ayant pas atteint le stade de la perte d'autonomie sévère est à un stade de limitations fonctionnelles encore réversible et peut de ce fait bénéficier d'interventions précoces et innovantes.

Les plans de prévention proposent donc de repérer cette fragilité afin de rendre plus efficaces les actions de prévention visant à préserver la fonction physique de la personne âgée. Le repérage, dont le champ a été défini par la HAS³⁶, donne l'opportunité d'infléchir le processus de dépendance. L'enjeu est de sensibiliser les professionnels de santé et du secteur social et médicosocial et de les former à l'importance de ce diagnostic. Il semble qu'il y ait aussi un enjeu sur la sensibilisation des patients et les familles sur l'importance du dépistage de la fragilité.

³³ Projections of multi-morbidity in the older population in England to 2035: estimates from the Population Ageing and Care Simulation (PACSim) model, Institute of Health & Society and Newcastle University Institute for Ageing

³⁴ Les Etudes de matières Grises, Août-septembre 2018

³⁵ Voir notamment Plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie, septembre 2015, Jean-Pierre AQUINO

³⁶ La HAS a défini le champ du repérage : « en considérant le ratio entre la prévalence de la fragilité et les bénéfices potentiels des interventions, on peut proposer comme champ du repérage les personnes âgées de plus de 70 ans, indemnes de maladie grave, sans dépendance avérée, et à l'initiative d'un soignant soupçonnant une fragilité. ». Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ? HAS, Juin 2013

Des outils de repérage de la fragilité se développent. L'action du gérontopôle de Toulouse³⁷ est intéressante. Il a été missionné en 2011 pour mettre en œuvre des actions de repérage des personnes fragiles dans la pratique clinique, afin de cibler les actions de prévention de la dépendance. L'outil de repérage du gérontopôle, le GFST, désormais approuvé par la HAS, est conçu pour être utilisé par les médecins généralistes. Si le diagnostic du médecin est une fragilité avec risque de perte d'autonomie, le patient peut être adressé à une clinique ambulatoire de la fragilité pour une consultation spécialisée. Le professionnel de santé (gériatre, médecin spécialement formé, voire infirmière, diététicien, kinésithérapeute, neuropsychologue...) évalue le domaine physique et cognitif, le statut social, les conditions cliniques. Pour un stade léger de fragilité, évaluation et prise en charge sont assurées dans cette consultation ambulatoire. Si la situation présente des complications (troubles cognitifs objectifs, malnutrition, dépression...), le patient est transféré à l'hôpital de jour des fragilités pour une évaluation gériatrique complète.

Encadré. Une expérimentation menée dans l'Oise : des objets connectés au service du repérage de la fragilité

Le Conseil départemental de l'Oise mène depuis 2017 une expérimentation auprès des personnes âgées de son territoire, pour prévenir la perte d'autonomie grâce à un repérage de la fragilisation, en suivant les cinq critères de Fried décrits ci-dessus aux moyens d'objets connectés, développés par une start up « Yealth ». Celle-ci propose un service capable d'évaluer la fragilisation de son utilisateur, en continu, de façon très simple et à son domicile. L'utilisateur bénéficie de conseils personnalisés sur sa tablette afin de se maintenir à l'écart de la fragilité. En cas de fragilisation, il est orienté vers le système de santé pour profiter de la réversibilité de la fragilité, avant la perte d'autonomie.

Cette expérimentation a pour objectifs l'identification des clés de succès du déploiement de la solution auprès du public cible (identification des utilisateurs potentiels et des relais d'inclusion, messages et modes de communication, etc.) et l'évaluation de l'impact sur la santé des utilisateurs.

Cette expérimentation est financée par le Conseil départemental, la conférence des financeurs de l'Oise, la CNSA et la CARSAT Nord Picardie.

a2.4) Le renforcement de la prévention dans l'organisation des soins

L'efficacité des actions de prévention menées va aussi dépendre de la capacité à adapter l'organisation des soins aux spécificités liées au vieillissement. La prise en charge de la personne âgée nécessite une approche multidimensionnelle de la personne. Il s'agit de prendre en compte non seulement la recherche de la maladie et du traitement mais également le concept de fonction physique. Prévenir la maladie mais aussi le déclin fonctionnel.

Elle nécessite également une approche multidisciplinaire. Le vieillissement de la population conduit les services hospitaliers à accueillir de plus en plus de personnes âgées. Les spécialités médicales comme l'oncologie, l'orthopédie, la cardiologie, la neurologie, etc. sont confrontées à

³⁷ Sur la durée de l'étude faite par le Gérontopôle, de 2011 à 2014, 1841 personnes ont été évaluées à l'hôpital de jour. 95% des personnes référées à l'hôpital de jour sont fragiles (54.5%) ou pré-fragiles (39.1%). Elles ont un âge moyen de 82.9 ans et sont majoritairement des femmes (61.9%). 56 % des personnes avaient au moins une pathologie non diagnostiquée, qui n'aurait pas été prise en charge sans l'évaluation spécialisée. En termes de plan de soins : 33 % ont bénéficié de propositions de modifications thérapeutiques, 62 % d'une intervention nutritionnelle, 57 % d'une intervention d'activité physique et 26 % d'une intervention sociale. Le médecin généraliste est impliqué dans l'application du Plan de soin et de prévention délivré au patient. Sources « Repérer, évaluer et prendre en charge la fragilité pour prévenir la dépendance en pratique clinique », Bruno VELLAS, Livre Blanc de la fragilité, 2015

la prise en charge d'affections gériatriques dans leur domaine. La collaboration avec un service de gériatrie améliore la prise en charge de la personne âgée. Une étude de la DREES sur les durées de passages en urgences hospitalières l'illustre. Les durées de passage des patients âgés sont plus longues que celles des autres adultes (la durée médiane de passage est de 4 heures et 30 minutes pour les premiers, contre 2 heures et 20 minutes pour les seconds). La possibilité de recourir à un gériatre de l'établissement ou de l'équipe des urgences et plus encore s'il s'agit d'une équipe mobile gériatrique est associée à une durée de prise en charge aux urgences plus importante. Ainsi, « *l'intervention gériatrique ne diminue pas systématiquement la durée du passage aux urgences, mais permet, à 90 jours, de diminuer le taux d'institutionnalisation, d'augmenter le nombre de retours à domicile et d'améliorer l'autonomie des patients.* ».

Or le système de soins ne répond pas suffisamment à cette exigence. L'absence de prise en charge coordonnée de personnes âgées fragiles a été identifiée comme un problème majeur du système de santé et a conduit à inscrire dans la loi depuis 2013 la démarche Paerpa³⁸ qui vise à expérimenter un processus de réorganisation des parcours de soins à l'échelon d'un territoire défini³⁹.

Dans sa contribution à la Stratégie de transformation du système de santé de mai 2018, reprise dans sa logique et dynamique dans ce rapport, le HCAAM⁴⁰ préconise d'organiser la prise en charge gérontologique dans un « premier niveau », c'est-à-dire un niveau de proximité et de premier recours au système de santé (cf. infra II) B)).

Pour renforcer la prévention, l'organisation nécessite une implication forte de nouveaux acteurs distincts des professionnels de santé : associations de patients, associations d'aidants pour le développement des actions de promotion de la santé et d'accompagnement des patients ainsi que pour des interventions sociales.

Cette offre de services de premier niveau pourrait aller au-delà des prises en charge ponctuelles ; centrée sur une équipe de soins primaires organisée autour du médecin traitant, elle devrait être dotée de moyens techniques propres permettant de compléter l'examen clinique par de l'imagerie et le suivi de certaines constantes physiologiques ou biologiques.

Le repérage de la fragilité, suivi d'une évaluation gériatrique complète, demande de plus une organisation des soins de premier recours adaptée et une offre de structures gérontologiques.

La HAS a montré également la nécessité de prendre en compte l'âge de la personne dans la prescription médicamenteuse⁴¹. Mieux prescrire chez le sujet âgé est un enjeu de prévention de la perte d'autonomie (20% des hospitalisations des plus de 80 ans sont liées en tout ou partie à un médicament). L'âge et la polyopathie majorent le risque de iatrogénie ou de sous observance. La prévention dans la prescription médicamenteuse passe par le repérage des patients à risque.

³⁸ Opérationnel depuis 2015, le programme parcours PAERPA (Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie teste sur 17 territoires pilotes en 2017, avec les professionnels de la santé (en ville, dans les hôpitaux et dans les établissements médico-sociaux et sociaux), les collectivités et les administrations locales concernées de nouvelles organisations dans le but d'une meilleure prise en charge de nos aînés. Voir Évaluation qualitative PAERPA, DREES, série études et recherche n°135 mai 2017.

³⁹ Cf. Tome 1 les développements sur la coordination des parcours et l'évaluation du dispositif

⁴⁰ Rapport Innovations et système de santé, HCAAM, 2016 et Contribution du HCAAM à la transformation du système de santé, mai 2018

⁴¹ Voir les recommandations de la HAS et le programme PMSA - Prescription médicamenteuse chez le sujet très âgé - développé par la HAS depuis 2003

a3) L'apport des conférences de financeurs

La mise en place par la loi d'adaptation de la société au vieillissement (ASV) des conférences de financeurs dans les départements constitue une avancée dans la mise en cohérence et la coordination sur un territoire, des acteurs, des actions de prévention individuelle et collective et de leurs financements.

Créées par la loi ASV, les conférences des financeurs réunissent au niveau local sous la présidence du Conseil départemental et la vice-présidence de l'ARS, les acteurs du département susceptibles de financer des actions de prévention de la perte d'autonomie, jusque-là dispersés.

La conférence des financeurs établit un diagnostic des besoins des personnes âgées de soixante ans et plus résidant sur le territoire départemental, recense les initiatives locales et définit un programme coordonné de financement des actions individuelles et collectives de prévention. La prévention de la perte d'autonomie est ainsi ancrée dans les territoires.

Le programme d'action de la conférence des financeurs doit être complémentaire de ceux développés par les membres de la conférence des financeurs au titre de la prévention. Il permet de promouvoir les orientations stratégiques du plan national de prévention de la perte d'autonomie.

L'IGAS souligne que cette organisation a facilité la volonté d'un travail commun visant à une meilleure connaissance des actions de chacun. Même si l'harmonisation de la programmation des financements par les divers acteurs doit progresser, la conférence des financeurs facilitera le développement de complémentarité entre les acteurs concernés.

Certains membres du Conseil de l'âge, notamment les organisations syndicales, pointent néanmoins avec regret qu'il n'y ait aucune représentation (ni des forces syndicales, ni des usagers) au sein des conférences des financeurs, alors pourtant que les Conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA), où ils sont représentés au niveau territorial, doivent suivre leurs activités (projets, financements, etc.).

*

* *

Cette approche multidimensionnelle semble faire consensus. En France, le Plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie de septembre 2015 notamment promeut « *une politique de prévention plurielle, multi-domaine, médicale, médico-sociale, sociale, environnementale* ».

Il convient de mentionner que toutes les actions évoquées ci-dessus doivent être pensées pour et en lien avec les personnes âgées elles-mêmes. Elles auront d'autant plus d'effets, que les personnes auront été associées à leur conception et à l'élaboration de leur propre parcours d'accompagnement.

b) Evaluation de l'impact

La mesure de l'impact des interventions en prévention de la perte d'autonomie est souvent présentée comme une « idée force » ; elle sous-tend la notion de « perte d'autonomie évitable ».

Les études cherchant cette mesure d'impact sont d'autant plus nombreuses que les domaines d'action sont variés.

Une revue de littérature⁴² sur les actions de prévention des situations de fragilité des personnes âgées montre que ces actions ont des effets sensibles : sur 14 études menées, essentiellement aux Etats-Unis et au Japon, concernant notamment des actions sur l'activité physique, l'activité physique combinée à des actions sur la nutrition, combinées parfois aussi avec des ateliers mémoire, aménagement de l'habitat, évaluation de l'état gériatrique de la personne, 9 concluent que la prévention réduit la prévalence ou le nombre de marqueurs de fragilité. Celles qui ont le plus d'impact sont celles qui comportent des actions sur l'activité physique et celles qui comportent un recensement préalable des besoins (physique, thérapeutique, d'aménagement du logement).

Dans une étude plus ancienne (1993)⁴³, 28 études avaient été analysées pour tester les effets d'une intervention personnalisée basée sur une évaluation gériatrique. Les résultats montraient que l'évaluation des personnes âgées et le suivi clinique à long terme sont efficaces et améliorent les fonctions et la survie des personnes âgées. Parmi les études recherchant la mesure de l'efficacité de la mise en œuvre de politiques de prévention, on peut citer une étude sur la prévention des chutes⁴⁴. Elle estimait en 2004 qu'environ 30% des personnes de plus de 65 ans tombent chaque année et qu'entre 20 et 30% de ceux qui tombent souffrent de blessures qui réduisent ensuite leur mobilité et leur autonomie. Leurs travaux de recherche montraient que les programmes de prévention pouvaient réduire le nombre de personnes qui chutent. Les principales conclusions rapportées par l'étude :

- les meilleurs résultats de prévention des chutes sont obtenus avec des programmes multifactoriels (agissant sur plusieurs facteurs de risques). Ils supposent un examen de l'état de santé de la personne âgée à risque afin de cibler les interventions ;
- les programmes comprenant des exercices physiques de base, du Tai Chi, la gestion des risques du domicile, y compris des aménagements si des chutes ont déjà eu lieu, la suppression des psychotropes diminuent les chutes entre 20 et 66 %.

Malgré le foisonnement des études, le caractère probant de toute intervention en prévention est toujours recherché. L'OMS dans son rapport, Vieillesse et Santé, estime que beaucoup de maladies chroniques auxquelles sont confrontées les personnes âgées pourraient être prévenues ou retardées mais déplore que « *on ne dispose que de peu de données probantes quant aux mesures qui pourraient être prises* ». Concernant la prévention de la fragilité, le Livre blanc de la fragilité estime que l'approche multidimensionnelle du syndrome gériatrique « *a montré ses*

⁴² Puts MTE, Toubasi S, Andrew MK, Ashe MC, Ploeg J, Atkinson E et al. (2017). *Interventions to prevent or reduce the level of frailty in community-dwelling older adults: a scoping review of the literature and international policies*, mai 2017

⁴³ Citée par Les études d'impact ayant démontré l'intérêt de la prise en charge des sujets fragiles, Mattéo CESARI, Bertrand FOUGERE, Laurent DEMOUGEOT, Livre Blanc de la fragilité, 2015

⁴⁴ Todd C, Skelton D (2004). What are the main risk factors for falls amongst older people and what are the most effective interventions to prevent these falls?, mars 2004

effets bénéfiques », mais il préconise que les études d'impact des mesures mises en œuvre pour la prévention de la fragilité « *devront mesurer les gains pour les patients et notre société* ». Pour la prévention de la démence du type de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées, les liens de causalités entre actions et résultats ne sont pas établis mais il existe un consensus croissant sur le caractère protecteur du déclin cognitif de l'activité physique, la lutte contre l'obésité, l'hypertension artérielle, le tabagisme, la promotion de l'équilibre nutritionnel, l'engagement social (voir partie sur la maladie d'Alzheimer).

Le développement de la recherche et de l'évaluation est l'un des six axes recommandés par le Plan national d'action de la prévention de la perte d'autonomie de 2015.

2) L'évolution de la Maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées (MAMA)

a) Les projections du nombre de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée

Sous l'effet mécanique du vieillissement de la population, le nombre de personnes âgées augmente : selon les estimations de l'INSEE, le nombre de personnes de plus de 75 ans devrait atteindre 8,5 millions de personnes en 2030, soit 12 % de la population contre 6 millions en 2018, soit 9%.

Le principal facteur de risque des MAMA étant l'âge, le nombre de démences liées aux MAMA devrait ainsi augmenter proportionnellement au nombre de personnes âgées. En 2013, une Unité de recherche de l'INSERM⁴⁵ a cherché à évaluer le nombre futur de personnes atteintes de ce type de démence. Sur la base d'un nombre en France avoisinant 1 million de cas en 2010 et sous l'hypothèse d'une incidence stable en fonction de l'âge, les projections pour 2030 avoisineraient 1,75 million. Leur estimation a montré que le nombre de personnes atteintes de démence pourrait augmenter dans une fourchette de 60% à 95 %. En effet, selon les scénarios démographiques retenus, la population de personnes démentes augmente plus ou moins :

- Dans le scénario central⁴⁶, le nombre de personnes démentes serait estimé à 1,75 millions, soit en croissance de 75% par rapport à 2010.
- Dans un scénario haut de projection de la population, correspondant à une mortalité faible et une fécondité haute, le nombre de personnes démentes serait estimé à 1,9 millions (+ 95%).
- Dans un scénario bas, correspondant à une mortalité haute et une fécondité faible, il serait estimé à 1,5 millions (+59%).

En particulier, l'étude estime que la prévalence pour la classe d'âge 90-95 ans pourrait être multipliée par 3 en 2030.

⁴⁵ 20-Year prevalence projections for dementia and impact of preventive policy about risk factors Hélène Jacqmin-Gadda • Annick Alperovitch • Claire Montlahuc • Daniel Commenges • Karen Leffondre • Carole Dufouil • Alexis Elbaz • Christophe Tzourio • Joel Ménard • Jean-François Dartigues • Pierre Joly, Eur J Epidemiol (2013) 28:493–502 DOI 10.1007/s10654-013-9818-7

⁴⁶ Scénario central ou tendanciel de l'INSEE : il prolonge les tendances observées par le passé. L'indicateur conjoncturel de fécondité se maintiendrait à 1,9 enfant par femme, solde migratoire se maintiendrait à + 100 000 personnes par an, la mortalité continuerait à baisser, selon la tendance estimée sur les 15 dernières années.

Toutes ces projections reposent sur l'hypothèse d'une incidence stable des MAMA qui pourrait être remise en cause par des études récentes.

Pour prendre une bonne mesure des problèmes de prise en charge des MAMA, il faut insister sur la nécessité de renforcer le diagnostic de ces maladies (cf. tome 1 le sous-diagnostic important constaté de la maladie d'Alzheimer), tant pour la recherche que pour améliorer l'accompagnement des personnes et de leur famille.

b) La tendance à la baisse de l'incidence récemment observée

Le Haut Conseil de la santé publique⁴⁷ a fait une revue de littérature sur l'évolution passée de la fréquence des MAMA.

Une étude de 2015 sur les données de la cohorte Framingham, aux Etats-Unis conclut à une diminution significative de l'incidence de la démence⁴⁸. La diminution n'est observée que sur les personnes ayant un haut niveau d'études. Basée sur une population de plus de 5 000 participants de 60 ans et plus, évalués sur quatre périodes entre 1977 et 2008, l'étude montre une augmentation de l'âge moyen de survenue de démence au cours du temps de 5 ans et une diminution en moyenne de 20% de l'incidence de la démence par décennie.

Diverses études européennes montrent également une diminution de l'incidence de la maladie. Une étude du Royaume-Uni notamment montre une diminution d'environ 20% de la prévalence standardisée pour les personnes de 65 ans et plus, à 18 ans d'intervalle, passant de 8,3% à 6,5%.

En France, à partir des cohortes PAQUID et 3 Cités, une diminution est observée à 10 ans d'intervalle, mais chez les femmes uniquement.

L'analyse de ces tendances reste difficile pour des raisons de méthode et de disponibilité des données. Mais les résultats sont concordants entre les études : dans les pays à haut niveau de revenu il y aurait eu une diminution de la fréquence des démences à un âge donné, sans qu'il soit possible d'estimer précisément l'ampleur de cette diminution. Aux dires d'experts consultés par le HCFEA, la baisse serait d'une ampleur insuffisante pour compenser ou annuler la progression de la prévalence due au vieillissement de la population française, notamment avec l'arrivée de la génération du baby-boom.

⁴⁷ Le Haut conseil de la santé publique a été saisi en juillet 2016 pour proposer et argumenter une stratégie de prévention ou de réduction des risques modifiables et pour faire des recommandations pour mieux structurer la surveillance épidémiologique. Voir : Prévention de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées (MAMA), Haut conseil de santé publique, décembre 2017

⁴⁸ Incidence of Dementia over Three Decades in the Framingham Heart Study N Engl J Med. 2016 Feb 11;374(6):523-32. doi: 10.1056/NEJMoa1504327.

Encadré : Evolution de la maladie de Parkinson

Sources : BEH, n°8-9 avril 2018 Épidémiologie de la maladie de Parkinson, données nationales ; Les études de Matières Grises, Août-Septembre 2018

La maladie de Parkinson est la seconde maladie neurodégénérative la plus fréquente après la maladie d'Alzheimer. En raison du vieillissement de la population mondiale, le nombre de personnes atteintes de la MP devrait doubler entre 2005 et 2030.

Le nombre de cas parkinsoniens de plus de 45 ans en 2030 a été estimé en faisant l'hypothèse d'une incidence constante de la maladie dans le temps.

La prévalence brute a augmenté entre 2010 et 2015, passant de 2,30 à 2,43 pour 1 000, avec un taux de variation annuelle moyen de 1,08%. À périmètre constant, on dénombrait 149 668 cas en 2010 et 162 242 en 2015, soit environ 2 100 cas prévalents supplémentaires par an. Le nombre total de cas parkinsoniens en 2030 est estimé à 256 800 personnes (130 000 hommes et 126 800 femmes). Cela correspond à une augmentation de 56% par rapport au nombre de cas prévalents en 2015 (51% chez les hommes et 61% chez les femmes).

Une étude, reposant sur l'ensemble de la population française métropolitaine, montre que l'incidence de la MP augmente avec la proportion de la surface des cantons consacrée à l'agriculture, notamment à la viticulture. Ces résultats suggèrent que l'exposition environnementale aux pesticides pourrait être associée à la MP.

Ainsi, si une forme de compression de la morbidité est évoquée pour les MAMA, il existe en revanche un consensus sur la poursuite de l'augmentation du nombre de malades de Parkinson. Les traitements seraient susceptibles de conduire à la chronicisation de la maladie.

c) Une réduction possible du nombre de malades ?

c1) Les perspectives de la recherche

Les essais cliniques sur le traitement des MAMA n'ont à ce jour pas abouti à l'identification de médicaments efficaces. La connaissance progresse depuis les années 1990, mais la maladie d'Alzheimer n'est pas encore comprise dans sa totalité et de nombreux travaux sont en cours. Les 413 essais thérapeutiques effectués depuis 2002 se sont révélés négatifs ; ils n'ont jusque-là débouché sur aucun médicament parce qu'aucun résultat n'a montré une amélioration significative et durable des symptômes cliniques de MAMA.

Les essais thérapeutiques en cours, basés sur l'hypothèse que le processus de la maladie est lié à des lésions spécifiques et que ces lésions prennent plusieurs dizaines d'années avant que n'apparaissent les premiers symptômes de la maladie, cherchent à obtenir une réduction des lésions de manière plus précoce. Les experts estiment que devraient donner leurs résultats d'ici 2020. S'ils sont positifs, ils constitueront un espoir de développer des médicaments pour retarder l'apparition des symptômes, voire les stopper. Dans cette hypothèse, le paysage des MAMA pourrait changer à 10 ans car un ou plusieurs traitements médicamenteux seront peut être disponibles soit pour retarder l'entrée en stade clinique de la maladie soit même pour la stabiliser au stade préclinique. Cette perspective devra alors être anticipée en termes d'offres de soins et de prise en charge médicale et financière.

Si les résultats sont négatifs, il faudra découvrir d'autres pistes de recherche. La perspective d'un traitement sera alors repoussée au moins de 10 années supplémentaires car les recherches sur ce type de maladie sont longues et complexes.

Dans tous les cas, d'ici à 2030, les tendances de la progression de la maladie ne devraient pas être infléchies sensiblement par la mise sur le marché de nouveaux médicaments qui n'interviendrait au mieux qu'en fin de période.

c2) Les perspectives de la prévention

Identification des facteurs de risque et de protection

Ce qui permet d'envisager des actions de prévention à plusieurs niveaux c'est l'existence d'un continuum évolutif de ces maladies, conduisant en 10 à 20 ans du déclin cognitif progressif à la démence. L'objectif de la prévention est de retarder l'âge d'entrée en démence en repoussant le vieillissement pathologique. Cette action de la prévention sur le cours de la maladie est peu démontrée dans le cadre d'essais d'intervention comparatifs.

Le niveau de preuve n'est pas toujours possible avec les standards de l'essai clinique. La recherche sur la méthodologie de ces études devrait être favorisée pour avancer dans ce domaine.

De nombreux experts estiment néanmoins nécessaire de développer une prévention sans attendre de nouvelles données probantes. Ils s'appuient notamment sur la baisse de l'incidence des MAMA observée dans les études épidémiologiques et estiment que cette diminution serait liée à un début plus tardif des premiers symptômes. Plusieurs hypothèses possibles sont envisagées pour expliquer cette diminution, qui se fondent sur l'efficacité de l'amélioration des facteurs protecteurs de la survenue d'une MAMA qui ont fait des progrès parallèles au cours des décennies passées⁴⁹ :

- amélioration du niveau d'éducation ;
- meilleure prise en charge des facteurs de risque notamment vasculaire ;
- amélioration de l'hygiène et des conditions de vie.

Le Haut Conseil de la santé publique émet des recommandations pour mener les actions de prévention suivantes :

- les actions de promotion de la santé :
 - l'alimentation telle que préconisée dans le PNNS (dont les repères nutritionnels sont en cohérence avec les régimes méditerranéens testés) ;
 - l'activité physique (notamment exercices aérobies modérés à intenses prolongés), la lutte contre la sédentarité ;
 - les activités stimulantes intellectuellement : susceptibles d'augmenter la réserve cognitive. Il n'y a pas d'activité "type" à recommander (absence d'outils ayant fait preuve de leur efficacité), les activités les meilleures seront celles qui seront susceptibles d'intéresser le plus la personne et donc le plus susceptibles d'être pérennisées. Ceci doit aller de pair avec toutes les autres modifications de l'environnement susceptibles de favoriser le lien social.

⁴⁹ Voir sur ce point la conclusion du Haut Conseil de la santé publique précité : « *L'observation de ces tendances à la baisse pourrait par contre être considérée comme une démonstration grande nature, en vie réelle, de l'efficacité de la prévention sur les facteurs de risque modifiables pour retarder la survenue des MAMA. En effet, parallèlement à cette baisse des démences le niveau d'éducation des populations étudiées s'est améliorée, la prise en charge des facteurs de risque, et notamment de l'hypertension, a été renforcée, et les conditions et l'hygiène de vie ont largement progressée dans une part des pays industrialisés.* »

- la réduction des facteurs de risque vasculaire en déclinant les priorités selon l'âge et le terrain de chaque individu : ne pas fumer, éviter la consommation d'alcool et dépister régulièrement et traiter si besoin, une hypertension artérielle ou un diabète ;
- Le respect des recommandations de consommation de certains médicaments, notamment chez les personnes âgées.

Les tentatives de nouvelles estimations

A incidence par classe d'âge constante, le nombre de MAMA augmenterait de manière proportionnelle à celui des personnes âgées, l'âge étant le principal facteur de risque des MAMA. L'INSERM a estimé cette augmentation à plus 75% d'ici 2030 (voir supra).

Mais l'hypothèse de la constance de l'incidence semble invalidée par la baisse observée dans les pays à haut niveau de revenu. L'INSERM⁵⁰ a mesuré l'effet d'une mesure de prévention pour réduire un facteur de risque tel que l'hypertension artérielle (HTA), en tenant compte du fait qu'une telle mesure induit aussi une réduction du risque de décès et donc une augmentation de la population à risque de développer une démence. L'étude conclut à des variations de faible ampleur, entre -2.7 % et +5.6 %, selon l'efficacité de la mesure prise sur l'HTA sur le risque de démence et sur le risque de décès.

Cet impact global modeste n'enlève bien sûr rien au bénéfice du point de vue individuel de diminuer le risque de MAMA.

Une prise en charge préventive qui se voudrait efficace se devrait d'être multidomaine. En ciblant non plus un seul mais plusieurs facteurs, l'hypothèse est que des effets plus importants pourraient être obtenus. Des pays très concernés par le vieillissement de leur population comme la Chine et Taiwan se sont lancés dans des investissements importants pour prévenir l'obésité (qui touche 25% des adultes en Chine en 2015), augmenter le niveau d'éducation et limiter le tabagisme (48% des hommes en Chine). Des simulations⁵¹ tendent à montrer que dans les pays à haut revenu, il serait possible de réduire de 30% la prévalence sur une période d'au moins 10 ans en agissant sur neuf facteurs de risque au cours de la vie : faible niveau d'éducation, perte d'audition, HTA, obésité, tabac, dépression, sédentarité, isolement social et diabète.

Une étude américaine plus ancienne a fait des simulations sur l'effet d'une prévention qui retarderait l'âge d'entrée en maladie ou sa progression, entre 2010 et 2050. En retardant le début des symptômes de 5 ans, le nombre de patients augmente (+50%), mais moins que sans intervention (+150%). De plus, la répartition des malades selon les stades de la maladie diffère : dans tous les cas, la part des patients à un stade sévère augmente mais dans une proportion moindre s'il y a intervention : elle passe de 41% à 45% au lieu de 48% sans intervention⁵².

L'amélioration de la prise en charge des MAMA via le développement de parcours de soins, la poursuite de la hausse du niveau d'éducation, les préconisations de prévention des maladies chroniques semblent montrer qu'il existe encore des marges de progression, dont l'effet cependant pourrait être contre balancé par l'augmentation récente de certains facteurs de risque (obésité, diabète).

⁵⁰ 20-Year prevalence projections for dementia and impact of preventive policy about risk factors, Eur J Epidemiol (2013) 28:493–502 DOI 10.1007/s10654-013-9818-7

⁵¹ Livingston G, Sommerlad A, Orgeta V et al., « Dementia prevention, intervention, and care », Lancet, 2017 Jul 19.

⁵² Brookmeyer, R, Johnson, E, Ziegler-Graham, K, and Arrighi, HM. Forecasting the global burden of Alzheimer's disease. Alzheimers Dement. 2007; 3: 186–191

L'efficacité des actions de prévention dépend de la capacité collective à les mettre en œuvre. Les facteurs de risque des MAMA sont souvent les mêmes que ceux des maladies chroniques pour lesquels les comportements n'évoluent que lentement⁵³.

L'efficacité des actions de prévention viendra également de la capacité à faire un choix entre différentes actions et à cibler les populations. Le HCSP émet diverses recommandations pour augmenter l'efficacité des actions de prévention : sensibiliser la communauté et les professionnels aux MAMA aux possibilités de prévention, agir à des moments cibles et notamment à partir de 40-45 ans et à des périodes « charnière » de la vie et pour des publics cibles : populations socialement vulnérables, personnes diabétiques, personnes hypertendues. Il préconise également d'intégrer le déclin cognitif dans la stratégie nationale de santé et les Plans nationaux, notamment le Programme national nutrition santé (PNNS), pour intégrer le fait que les mesures préconisées sont aussi porteuses de bénéfices potentiels pour les MAMA.

Les interventions en prévention, dans l'hypothèse où les conditions de leur efficacité sont trouvées et mises en œuvre, pourraient avoir un impact bénéfique sur l'incidence des MAMA dans les classes d'âge les moins élevées en retardant l'apparition des symptômes ; dans le même temps, elles auraient une action bénéfique sur la mortalité conduisant de ce fait à une augmentation du nombre de personnes à risque de développer une démence. « *Dans ce cas, l'incidence de la démence serait réduite mais le nombre de cas prévalents resterait stable, voire augmenté selon les hypothèses.* »⁵⁴.

Encadré : Recommandations sur les études à conduire en vue de concevoir des programmes de prévention

Même si des facteurs de risques modifiables ont été identifiés dans de nombreuses études épidémiologiques, la plus grande difficulté consiste à concevoir des programmes d'intervention rigoureux sur le plan méthodologiques et éthiques. Le Conseil de l'âge reprend avec intérêt les recommandations des auteurs d'un article du Lancet⁵⁵ :

- des essais randomisés contrôlés à large échelles avec une approche comparative pour établir avec certitude quelles interventions (médicamenteuses ou non) pourraient diminuer sensiblement l'incidence de la démence. Mais les difficultés sont importantes (choix de la population, temps de l'intervention, durée importante des études, aspects éthiques). Sans attendre le résultat des essais randomisés, des actions immédiates pourraient être envisagées auprès des personnes d'âge moyen en faveur de l'arrêt du tabac, du traitement de l'hypertension artérielle ainsi que la promotion de l'activité physique, avec une attention particulière portée sur l'obésité et le diabète ;
- poursuivre la surveillance des facteurs de risques connus dans différents pays pour en mesurer l'effet sur la survenue de la démence ;
- poursuivre la surveillance des populations dès l'âge moyen de la vie doit se poursuivre (envisager de nouvelles cohortes) ;
- des interventions personnalisées doivent être envisagées selon l'état des personnes et selon le système de santé du pays concerné pour que les programmes efficaces soient facilement diffusés dans la population ;
- des programmes multidomains doivent être envisagés.

⁵³ Les effets du surpoids ou du tabac sont connus de la population, notamment sur le risque de cancer, mais les changements de comportements sont loin d'être systématiques.

⁵⁴ HCSP, 2018

⁵⁵ Prevention of sporadic Alzheimer's disease: lessons learned from clinical trials and future directions, Lancet Neurol 2015 Published Online July 24, 2015 [http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422\(15\)00153-2](http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422(15)00153-2) Sandrine Andrieu*, Nicola Coley*, Simon Lovestone, Paul S Aisen, Bruno Vellas

E) LES PERSONNES FRAGILES

Si le cœur du rapport traite des personnes en perte d'autonomie classées en GIR 1 à 4, il faut souligner l'enjeu qui s'attache à repérer les personnes fragiles et à développer une politique active de prévention et d'accompagnement de leurs besoins.

On a dans le tome 1 de ce rapport donné une première estimation de l'effectif des personnes fragiles et indiqué ci-dessus les actions de prévention qu'il convient de mettre en œuvre (cf. supra D.1).

Leur repérage, notamment par les médecins généralistes, est un enjeu prioritaire. Il convient par ailleurs d'insister sur l'importance du « présentiel » au domicile et de s'appuyer davantage sur l'ensemble des intervenants de l'aide à domicile et de les former pour qu'ils puissent jouer un vrai rôle dans la prévention de la fragilité, l'identification des personnes en risque de fragilité ou fragiles et des aides à leur apporter. Enfin doit être intégrée à la prévention de la fragilité et à l'accompagnement des personnes fragiles, à un niveau supérieur d'ambition, l'action des caisses de retraite et des organismes de protection complémentaire.

Enfin doit être intégrée à la prévention de la fragilité et à l'accompagnement des personnes fragiles, à un niveau supérieur d'ambition, l'action des caisses de retraite et des organismes de protection complémentaire

Encadré : Le rôle majeur des Caisses de retraite

Les régimes de retraite de base⁵⁶ ont un rôle très actif en matière d'action sociale et de prévention de la perte d'autonomie. Les actions développées auprès de leurs ressortissants sont prévues notamment dans les conventions d'objectifs et de gestion (COG) qu'ils signent avec l'Etat.

Le budget annuel du Fonds national d'action sanitaire et sociale (FNASS) de la CNAV se situe environ autour de 370 millions (270 millions pour les interventions auprès des personnes notamment par le biais des aides ménagères à domicile). Il est relativement constant sur les périodes conventionnelles 2014-2017 et 2018-2022.

En application des articles 6 et 7 de la loi ASV, l'Etat et les régimes de retraite de base ont signé le 4 mai 2017 une convention pluriannuelle pour une politique d'action sociale coordonnée inter régime pour la préservation de l'autonomie des personnes âgées. Parmi les quatre grands domaines d'intervention figurent :

- la politique de prévention de la perte d'autonomie axée autour de la mise en œuvre de programmes d'actions et d'ateliers collectifs (autour de la santé, du bien-être, du maintien du lien social) à destination des retraités autonomes (GIR 5 et 6) ;
- la mise en œuvre d'actions individuelles à destination des personnes âgées autonomes les plus fragiles reposant sur l'évaluation globale des besoins à domicile et des plans d'aide personnalisés. La CNAV accompagne ainsi 2% de la population retraitée au titre de la fragilité (le besoin serait plutôt estimé autour de 7 %).

Les organismes de retraite complémentaire participent également à la mise en œuvre de cette politique de prévention, comme l'illustre l'exemple des actions menées par les centres de prévention Bien vieillir Agirc Arrco en matière de prévention primaire (cf. annexe 1).

⁵⁶ La Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV), la caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA), le régime social des indépendants (RSI), la caisse nationale de retraités des agents des collectivités locales (CNRACL) qui forment l'inter régime.

Pour la CNAV, dans un contexte de baisse tendancielle du ratio des dépenses d'action sociale sur l'ensemble des dépenses (résultant de la stabilité des dépenses du FNASS depuis 2014 et de la croissance mécanique des dépenses associées au paiement des retraites)⁵⁷, la politique menée a consisté à accroître les actions collectives et à plutôt contenir les dépenses d'aide-ménagère⁵⁸.

Bien que la minceur des marges financières rende difficile les arbitrages entre prestations de retraite et dépenses d'action sociale, il serait pertinent de prévoir une évolution positive du budget de l'action sociale. L'ajustement du barème de participation des retraités à la nouvelle donne du crédit d'impôt pourrait déjà permettre de dégager certaines marges financières pour développer d'autres actions. L'objectif de retrouver le ratio action sociale/dépenses de la branche du début des années 2000 devrait être retenu.

Si les caisses de retraite ont aujourd'hui une approche populationnelle, celle-ci gagnerait à être rapprochée de l'approche épidémiologique. Par ailleurs, il conviendrait de renforcer la coordination et les interactions avec les départements en charge de l'instruction de l'APA (la « frontière » entre les allocataires de l'APA et les personnes « fragiles » est parfois ténue). S'il existe déjà des exemples d'appels à projet lancés en commun par les Caisses de retraite et les départements, cette dynamique devrait encore être renforcée dans le cadre des conférences des financeurs existant sur les territoires (cf. supra I.D) 1) sur les politiques de prévention).

⁵⁷ En 2002, les dépenses du FNASS représentaient 0.70 % des dépenses de la branche.

⁵⁸ La part des dépenses d'action sociale dédiées au financement de « l'aide ménagère à domicile » par rapport aux autres dépenses action sociale (habitat et actions collectives de prévention et de maintien du lien social) est en diminution sur la période 2012-2017.

II) L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES AGEES EN 2030

A) LES REPONSES APPORTEES PAR LE SYSTEME DE SOINS⁵⁹

Réussir l'accompagnement des personnes âgées par le système de soins à l'horizon 2030 suppose de partir des services à rendre à la population et non de l'offre disponible. Ceci est d'autant plus important pour les personnes âgées fragiles ou en perte d'autonomie que leur accompagnement nécessite de s'écarter de l'organisation historique de l'offre sanitaire conçue autour d'interventions ponctuelles destinées à résoudre un problème aigu⁶⁰. En effet, la prévention joue un rôle essentiel dans la préservation de l'autonomie. En outre, les personnes âgées fragiles ou en perte d'autonomie souffrent de multiples problèmes pour lesquels l'horizon n'est souvent pas la guérison mais la remédiation, la stabilisation voire une moindre dégradation qui nécessitent des soins et services coordonnant l'intervention d'un ensemble d'acteurs dans la durée. Vulnérables, ces personnes âgées sont particulièrement sensibles aux dysfonctionnements actuels de notre système. Faute de réponse de proximité organisée, elles se tournent, souvent par défaut, vers les acteurs aujourd'hui les plus structurés, établissements de santé et médico-sociaux, avec les mêmes inefficiences dans les champs sanitaire et médico-social. Pour répondre à leurs besoins, à la frontière de ces champs, il convient de décloisonner et de simplifier, pour mettre fin à l'éparpillement actuel des interlocuteurs et des moyens. Pour réaliser le souhait d'une grande majorité de Français de rester à domicile, la priorité doit être donnée à une réponse de proximité renforcée et structurée, accessible partout sur le territoire et quelles que soient les ressources des personnes concernées.

1) De quels services ont besoin les personnes âgées fragiles ou en perte d'autonomie à l'horizon 2030 ?

La transformation de notre système de santé doit s'appuyer non plus sur l'analyse de l'offre mais sur les services attendus par la population. Il ne s'agit pas d'organiser la présence ou le maintien d'un type d'offreur sur un territoire, en supposant qu'il permettra de répondre aux besoins des personnes âgées alentour mais d'organiser l'accès de ces personnes, sur chaque territoire, à des services pertinents et de qualité.

Pour la majorité des personnes âgées, disposer d'un accompagnement permettant de rester au domicile le plus longtemps possible constitue un service attendu fondamental, qu'il s'agisse d'un logement autonome ou collectif de type habitat regroupé ou alternatif. Il suppose de garantir la permanence et la même accessibilité et continuité des soins et services à domicile et en institution, y compris pour les soins non programmés, alors que ces personnes ont une mobilité réduite et un besoin de recours plus fréquent au système de soins. Il suppose aussi de garantir la qualité et la sécurité de ces soins. En effet, les phases de dégradation de l'autonomie trouvent parfois leur origine dans le système de soins : iatrogénie médicamenteuse, hospitalière (notamment suite au recours aux urgences)... Pour ces personnes, encore plus que pour le reste de la population, il convient de remettre en cause la logique de l'hyperspécialisation, qui se traduit par des épisodes d'hospitalisation évitables dont elles sortent trop souvent moins autonomes.

⁵⁹ Cette partie est extraite de l'avis adopté le 22 novembre 2018 par le Haut conseil de l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) « Système de santé et personnes âgées fragiles ou en perte d'autonomie à l'horizon 2030 ».

⁶⁰ A. Gawande, *Being Mortal*, 2014

Pour décliner concrètement ces services attendus, il convient de distinguer les personnes âgées :

- fragiles :
 - pour lesquelles les concepts de prévention, de repérage précoce de situations susceptibles de se dégrader et de dépistage ont été bien développés dans la littérature notamment anglo-saxonne sous le concept de « high value care » que l'on pourrait traduire par des soins à haute valeur ajoutée. Il s'agit effectivement de populations exposées à de nombreux risques de complications et d'hospitalisation, qu'il convient de mieux repérer notamment pour les plus éloignés des systèmes sanitaire et social ;
 - qui peuvent avoir des besoins sanitaires ponctuels de type opération dans un établissement de santé, pour lesquelles il convient de lutter contre la iatrogénie et de bien organiser, en proximité, l'amont et l'aval des interventions ;
- poly pathologiques et en perte d'autonomie, qui ont besoin d'une équipe de proximité pluri professionnelle qui les suive et les oriente, en ambulatoire si elles sont mobiles, et autrement dans leur lieu de vie. Pour les cas les plus lourds, une permanence d'infirmier de nuit ou de professionnel soignant est nécessaire.

Il faut garder à l'esprit que de telles distinctions, pour utiles qu'elles soient, établissent des différences entre des situations qui en réalité coïncident parfois. Dans tous les cas complexes, un professionnel ou une structure jouant le rôle de « coordonnateur autonomie » (« case manager ») doit être en charge de la mise en œuvre de services décloisonnés.

Parmi les services de santé attendus en proximité et en recours figurent également :

- l'accès à des soins et actes spécialisés, notamment en ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie (ORL) et dentaire (ces derniers ayant un impact sur la nutrition en conditionnant la qualité de la mastication), avec la présence physique du médecin ou du dentiste lorsque nécessaire. Les personnes âgées qui ne sont pas capables d'utiliser correctement les aides auditives et prothèses dentaires ont besoin d'être aidés par d'autres professionnels, formés pour vérifier que les équipements sont en état de fonctionner et utilisés ;
- la prise en charge en proximité et dans des délais appropriés de besoins non programmés liés à l'apparition de problèmes de santé ou à des décompensations de pathologies existantes, notamment la consultation de spécialistes et des séries d'examen si nécessaire.

Ces accompagnements doivent être construits avec les personnes et cohérents avec leurs projets de vie. Il faut pour cela donner aux personnes âgées et à leurs proches un rôle d'acteurs des prestations qui leur sont prodiguées, à des fins notamment de préservation de l'autonomie. Elles ont besoin pour cela d'une information accessible, lisible et compréhensible sur la santé, les services et les droits sociaux en général, ainsi que d'une information spécifique sur leur prise en charge et/ou accompagnement et l'ensemble des offres adaptées à leur situation dans le territoire où elles vivent. Les outils d'information doivent être conçus pour, et avec, les personnes en situation de grand âge et mobiliser le potentiel des technologies actuelles.

Les personnes âgées doivent, si elles le souhaitent, pouvoir finir leurs jours chez elles, dans la dignité et dans le respect de leurs droits et libertés, et y avoir accès à tous les services dont elles ont besoin pour cela, soins palliatifs notamment.

La variabilité des attentes par rapport aux services à rendre doit être prise en compte, même si la question du choix soulève, pour les personnes dont les fonctions cognitives sont les plus altérées, des questions éthiques difficiles. Les progrès remarquables de la médecine au cours du XXe siècle ont conduit à lui confier une place importante dans la prise en charge des problèmes liés au grand âge, mais cette médicalisation de la fin de vie est récente. Les besoins en la matière restent variables selon les représentations de la vieillesse et les projets de vie des personnes âgées. Certaines personnes préféreront ainsi des remédiations (solutions techniques, services) à des interventions visant à soigner des problèmes de santé, si ces interventions ont des risques d'échec et d'effets secondaires importants. De même, si certaines personnes âgées privilégient un environnement médicalisé et sécurisé, d'autres valorisent leur autonomie, certaines activités même risquées et le fait de vivre chez elles. L'environnement social, familial, amical, de voisinage, etc. modifie les termes de cet arbitrage. L'isolement est souvent un élément majeur empêchant de rester à son domicile. Si les proches apportent un soutien favorable au libre-arbitre des personnes âgées, ils peuvent privilégier, plus que les personnes âgées ne le feraient elles-mêmes, leur sécurité par rapport à leur liberté⁶¹. La question du niveau et de la nature des efforts que les aidants peuvent et / ou veulent consentir pour permettre à leurs proches de rester dans leur domicile, de la substituabilité ou complémentarité entre aidants professionnels et non professionnels, doit par ailleurs être légitimement prise en compte.

La question du niveau de solvabilisation des dépenses liées au grand âge, et celle de la cohérence des tarifications, entre le domicile et la palette des établissements et habitats pour personnes âgées, publics et privés, constituent également des sujets importants, pour le modèle économique des différentes structures et leur répartition sur le territoire, ainsi que pour la liberté de choix des usagers. Le reste à charge doit rester supportable pour les personnes âgées et leur famille et les conditions de financement de l'accompagnement doivent contraindre le moins possible leurs choix de résidence, même si cette liberté de choix trouvera toujours une limite, liée à la nécessité de tenir compte, dans les arbitrages, du coût social de l'accompagnement. Au-delà d'un certain niveau de perte d'autonomie en effet, l'aide à domicile a un coût prohibitif (et conduit à transformer de fait le domicile en quasi-établissement). Ces sujets n'ont pas pu être traités dans le cadre de ce travail prospectif qui vise à éclairer les caractéristiques de l'offre répondant aux besoins en santé des personnes âgées fragiles ou en perte d'autonomie à l'horizon 2030, mais ils devront être instruits.

En termes quantitatifs, si les gains de longévité vont continuer à se traduire par une augmentation du nombre de personnes âgées, il convient de distinguer deux phases. Ce n'est qu'en 2030 que les premières générations de baby-boomers atteindront 85 ans, âge moyen d'entrée en EHPAD. D'ici là, la progression des besoins sanitaires liée à l'augmentation de la part des 65-84 ans dans la population constitue une fenêtre d'opportunité pour renforcer le réseau proximité. Rappelons également ici que les projections épidémiologiques sont entachées d'une forte incertitude, avec notamment la question de la poursuite de la tendance, observée dans les pays à haut niveau de revenu, à la baisse de la fréquence des démences à un âge donné (cf. supra I. E.2).

⁶¹ A. Gawande, *op cit*

2) Quelle réponse à ces besoins ?

La réponse aux besoins des personnes âgées fragiles ou en perte d'autonomie passe par la mise en place d'un « bouquet de services organisés », associé à des solutions techniques, défini avec les personnes et leur entourage en mobilisant des modèles existants de « décision partagée en soins de santé ». Cette réponse doit s'organiser dans le temps dans une logique de « parcours ». L'égalité d'accès doit être garantie, partout sur le territoire et quelles que soient les ressources des personnes concernées. La qualité des services rendus, à domicile ou en établissements médico-sociaux, doit être mieux évaluée, compte tenu des disparités existantes. Ceci permettrait d'éclairer les politiques d'amélioration de la qualité, et les choix des usagers et des régulateurs.

Un accroissement significatif des moyens de la proximité doit être consenti accompagnant la structuration des soins et services à domicile ou en ambulatoire et la mise à niveau des institutions. Cette progression doit intervenir dans un contexte de diminution temporaire attendue de la densité de médecins : corrigée pour tenir compte des besoins plus importants d'une population plus âgée, cette densité rejoindra autour de 2025 son niveau du milieu des années 1990, avant d'augmenter à nouveau⁶². Parallèlement, la démographie des autres professions, notamment infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes, sera plus dynamique, allant dans un sens favorable à l'accompagnement des personnes âgées fragiles et en perte d'autonomie. Ces dynamiques sont évidemment contrastées selon les territoires⁶³, en particulier :

- certaines régions peu denses notamment dans le centre de la France ont dès aujourd'hui une forte proportion de personnes âgées mais ne vieilliront plus ; elles sont confrontées à des problèmes d'isolement des personnes âgées et d'attractivité pour les professionnels ;
- d'autres régions vont en revanche connaître un vieillissement de leur population, en particulier certaines grandes villes comme Paris, Nantes, Rennes, Montpellier, Orléans, et les zones périurbaines des années 1970 restées jusqu'à présent assez jeunes, ainsi que les régions littorales du sud et de l'ouest qui ont déjà une population relativement âgée. L'enjeu sera d'adapter les capacités pour accompagner cette augmentation, dans des régions perçues, selon les cas, comme plus ou moins attractives par les professionnels.

a) La structuration de l'offre de proximité

Le rapport du HCAAM *Assurance maladie et perte d'autonomie* (2011) rappelait que « les pathologies chroniques dont souffrent souvent les personnes très âgées privées d'autonomie, rendent nécessaire l'intervention de nombreux professionnels spécialisés. Afin d'évaluer le nombre de professionnels dont l'intervention est requise dans le traitement et le suivi du patient et d'étudier les éventuelles modalités de coordination préconisées, le HCAAM a analysé six guides médecins (et « listes d'actes et de prestations » - LAP) de la Haute autorité de santé (HAS) relatifs à des Affections longue durée (ALD) courantes chez les personnes âgées, en lien

⁶² Le calcul est le suivant : le nombre de professionnels est rapporté à une population dans laquelle chaque tranche d'âges est pondérée par la part qu'elle représente dans les dépenses en médecins de ville. La densité standardisée ainsi calculée permet de mesurer à chaque date l'adéquation entre le nombre de médecins et les besoins de soins de la population, sous l'hypothèse que ces derniers sont essentiellement liés à l'âge des individus et sont stables dans le temps : *Portrait des professionnels de santé*, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), 2016.

⁶³ *Le vieillissement de la population et ses enjeux* Fiche d'analyse de l'Observatoire des territoires 2017

avec ou pouvant conduire à une perte d'autonomie. Cette étude met clairement en évidence le grand nombre d'intervenants impliqués dans le traitement et le suivi des malades : sur les 6 ALD étudiées, ce nombre va de 12 à 30 professionnels de santé différents, et de 1 à 4 types d'intervenants sociaux différents. Cette observation simple induit un évident besoin de coordination, afin d'assurer une prise en charge efficace du patient. » Cette coordination est aujourd'hui rendue difficile par une organisation et des financements en silos, une absence de leadership et de capacité à investir, des difficultés à faire travailler les acteurs ensemble, et un système d'information encore insuffisamment interopérable.

Le réseau territorial de proximité doit dès lors s'organiser pour répondre aux besoins sanitaires, médico-sociaux ou sociaux des personnes âgées d'un bassin de vie⁶⁴. Il doit intégrer les soins ambulatoires dont les spécialistes et les centres de santé, les pharmacies et les services de santé mentale de proximité, des services à domicile (SSIAD, SAAD, SPASAD) et des établissements médico-sociaux, en particulier les EHPAD, mais également toute l'offre de l'habitat alternatif. Intégrer les prestations sanitaires et médico-sociales suppose notamment d'harmoniser les outils sanitaires (plan personnalisé de santé) et médico-sociaux (plans d'aide) et de coordonner les deux, pour disposer d'outils d'évaluation des besoins individuels et d'aide à la pratique clinique qui intègrent la dimension pluridisciplinaire du soin, l'environnement social des personnes, les attentes de la personne et de son entourage. En ambulatoire, le regroupement doit devenir la règle, sous des formes variables qui n'impliquent pas toutes un regroupement physique. Il favorisera des formes plus abouties de coopération. Chaque professionnel devra ainsi contractualiser au niveau territorial dans le cadre du réseau de proximité. Les communautés professionnelles assureront l'interface avec les établissements en charge de la proximité et les établissements et les services d'hospitalisation à domicile (HAD), ainsi qu'avec les acteurs de deuxième ou troisième ligne, en particulier les établissements de recours ou de référence⁶⁵.

Les établissements en charge de la proximité auront un rôle essentiel dans l'accompagnement des personnes âgées. Il s'agit d'établissements de santé intervenant en proximité et d'établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR), recentrés sur des activités de médecine polyvalente, en particulier en gériatrie. Ils doivent disposer d'un volant de lits permettant, d'une part, de limiter le recours non pertinent à des hospitalisations dans des établissements disposant de plateaux techniques lourds, d'autre part, d'organiser les sorties d'hospitalisation dans le centre de recours, et enfin de faciliter la permanence et la continuité des soins. Ils peuvent inclure des équipes mobiles, des USLD et certaines activités interventionnelles ; beaucoup sont associés ou ont contractualisé avec un EHPAD. Les établissements d'HAD sont parties prenantes de ces nouvelles organisations et ont vocation à voir leurs activités se développer en substitution à l'hospitalisation avec hébergement en établissement (séances de chimiothérapie, transfusion...). Ces établissements de proximité peuvent servir de point d'appui à la régulation des soins non programmés et des urgences, avec un plateau d'imagerie de proximité et de biologie de routine, en mobilisant des pratiques avancées en soins infirmiers, sous la responsabilité du médecin.

La coordination, essentielle pour l'accompagnement des personnes âgées, est d'abord une mission à part entière des offreurs eux-mêmes. Dès lors, le temps passé à des tâches administratives, qui est appelé à se développer, doit être externalisé et mutualisé pour une part,

⁶⁴ Au sens de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE)

⁶⁵ Ces établissements sont munis d'un plateau technique complet, voire d'équipements lourds dont la diffusion est restreinte et assurent un recours et des interventions chirurgicales plus spécialisés.

avec le développement des métiers d'assistants en cabinet de médecine générale, assistants administratifs, ingénieurs, gestionnaires de données, prestataires de services... afin de libérer du temps de soins pour les personnes âgées.

Les établissements et les professionnels de santé des niveaux de recours ou de référence, dont les gérontopôles, devront fortement articuler leurs interventions avec celles des acteurs de la proximité pour prendre en charge une population vieillissante, dans le cadre de missions renouvelées et prenant en compte les missions à confier au réseau de proximité :

- expertise spécialisée, notamment géronto-psychiatrique, susceptible d'être mobilisée à l'initiative des acteurs de proximité, par demande d'avis ou consultation, le cas échéant à distance ;
- développement d'activités multi-sites et d'équipes mobiles ou projetées sur le territoire, pour des patients soumis à des soins itératifs qui peuvent s'étaler sur de longues durées (séances notamment) ou pour certaines consultations ;
- attention très forte apportée à la dimension gérontologique qui justifie le développement d'organisations transversales nécessaires à la qualité de l'accompagnement des patients dans l'ensemble des services des établissements ;
- collaboration avec le réseau de proximité chargé de prendre en charge l'amont et l'aval des hospitalisations.

La répartition des tâches entre les différents acteurs du réseau de proximité sera variable selon le territoire (degré d'organisation des équipes médicales ambulatoires, démographie médicale...), le contexte social et les caractéristiques du logement des personnes âgées. Le réseau de proximité pourra prendre en charge la médicalisation des EHPAD qui, du fait de leur petite taille, ne sont pas en capacité de l'organiser. Les établissements de santé de proximité pourront fournir un appui pour assurer l'accès aux soins lorsque c'est nécessaire avec l'appui des nouvelles technologies et des possibilités offertes par la télémédecine.

b) Mieux définir le rôle des différents intervenants

Pour donner corps à la notion primordiale de travail en équipe, il faut clarifier le rôle de chacun, en tenant compte des évolutions possibles des outils numériques et en particulier du déploiement du dossier médical partagé (DMP) ; c'est primordial pour réussir l'accompagnement à domicile des personnes âgées. Les lignes qui suivent ne font qu'esquisser un sujet qui sera traité de manière approfondie par le HCAAM en 2019, en lien avec les acteurs concernés et notamment l'Observatoire national de la démographie des professionnels de santé (ONDPS). Il s'agit d'anticiper des évolutions nécessaires, pour les accompagner et éviter qu'elles ne soient déstabilisantes :

- les infirmiers : il convient d'approfondir le champ de compétences conféré par le rôle propre infirmiers et de renforcer leur autonomie en ce qui concerne le métier socle, en parallèle à l'émergence de pratiques infirmières avancées. Cette profession doit voir ses missions évoluer pour jouer un rôle central dans l'accompagnement des patients et dans la coordination des intervenants auprès des personnes âgées fragiles ou en perte d'autonomie, dans le cadre du premier recours et de la collaboration avec le médecin traitant. Ce dernier est responsable du diagnostic et de l'élaboration du programme de

soins, l'infirmier ayant en charge l'élaboration de la démarche de soins infirmiers⁶⁶, intégrant le programme de soins soumis à l'avis du médecin traitant. Les évolutions des missions des infirmiers doivent leur permettre de différencier les interventions relevant de leurs compétences de celles, comme certains soins d'hygiène, qu'ils pourraient organiser et coordonner avec d'autres intervenants comme les auxiliaires de vie ou les aides-soignants, sous des conditions qui restent à définir ;

- le rôle du médecin traitant doit être recentré sur l'expertise médicale grâce aux postes d'assistant en cabinet et à l'appui des professions paramédicales. Ceci afin que cette expertise puisse se développer, non seulement à travers sa responsabilité diagnostique, thérapeutique et de coordination médicale des intervenants auprès de ses patients, mais désormais aussi à travers sa contribution à l'organisation de la relation entre ville et établissement de santé, entre soins primaires et secondaires, pour l'articulation médico-sociale, les soins de santé populationnels. Les médecins devront consacrer plus de temps aux patients, à l'analyse et à la décision, et moins à la mise en œuvre de ces décisions, qui pourrait être organisée notamment par des infirmiers dans le cadre de la coordination clinique de proximité. Les conditions de mises en œuvre de la sédation profonde par les médecins généralistes devraient faire l'objet de recommandations précises et opérationnelles, si l'on veut rendre effective la priorité donnée au soutien à domicile ;
- les professionnels de la rééducation : ils jouent un rôle déterminant dans le maintien de l'autonomie et le cadre de leurs interventions doit être considéré dans cette perspective ;
- les autres médecins spécialistes doivent au-delà de leurs missions d'expertise et de soins spécialisés, contribuer dans leur champ de compétence à la définition des conditions de mise en œuvre des référentiels d'accompagnement (notamment en cas de polyopathologies) et d'organisation des relations entre ville et établissements de santé ainsi qu'avec les autres professionnels. Pour un certain nombre d'entre eux ils ont un rôle à jouer dans la facilitation de l'accès des patients âgés aux plateaux techniques et aux expertises les plus spécialisées de leur champ ;
- le rôle des pharmaciens doit intégrer un rôle de conseil associé à la dispensation, facilité par le fait que les personnes âgées vont presque toujours chez le même pharmacien. Ils ont, en particulier, un rôle à jouer dans la conciliation médicamenteuse dans le cadre de coopérations entre pharmacies et professionnels de ville, des établissements de santé ou des établissements médico-sociaux et la lutte contre la iatrogénie. En effet, les patients polyopathologiques et en particulier les personnes âgées sont le plus souvent polymédicamentés. De plus ces ordonnances ont souvent des prescripteurs divers : médecin traitant, spécialistes, établissements de santé voire autres professionnels hors remboursement ou automédication. Malheureusement si la formation des pharmaciens est tout à fait cohérente pour analyser les risques des associations, leur niveau de connaissance médicale et en particulier du dossier médical du patient et des différentes indications est insuffisamment documenté pour être totalement pertinent. Une confrontation régulière entre les différents prescripteurs est indispensable. Ainsi, le pharmacien pourrait organiser, pour ses patients âgés, une revue de leurs médicaments, en demandant à tous les intervenants de valider, de manière dématérialisée et

⁶⁶ à laquelle devrait succéder, sous réserve de son adoption dans le cadre des prochaines négociations conventionnelles, le Bilan de soins infirmiers (BSI), qui permet de mesurer la charge journalière en soins infirmiers.

asynchrone pour faciliter l'organisation, une ordonnance consolidée. Cette revue pourrait avoir lieu annuellement, ainsi qu'à la sortie d'épisodes de soins (sortie d'hospitalisation pour un événement intercurrent avec une ordonnance du prescripteur chirurgical ou anesthésiste par exemple ne tenant pas compte ou ne reprenant pas le traitement de fond). Cet acte devrait s'intégrer dans une tarification forfaitaire dans le cadre d'une extension/adaptation de l'avenant 6 sur la télémédecine, soit par la création d'un acte nouveau, soit par une assimilation type téléconsultation concernant chacun des acteurs y ayant participé ;

- les aides-soignants ont aujourd'hui un rôle essentiel en EHPAD, où ils sont souvent seuls la nuit. Leur place est en revanche limitée dans le champ ambulatoire. Elle est appelée à se développer, dans des cadres à définir (statut libéral, embauche par des cabinets infirmiers, SSIAD), de même que la reconnaissance dont bénéficie cette profession ;
- l'intervention de professionnels du secteur social (assistants sociaux accompagnant les personnes âgées dans la mobilisation d'aides sociales, de déductions fiscales et sociales, de prestations de service, etc., aide-ménagères, auxiliaires de vie, accompagnants éducatifs et sociaux, éducateurs médico-sportifs ou animateurs) fait partie intégrante du protocole d'accompagnement, notamment en contribuant à permettre de rester à domicile. En particulier, les auxiliaires de vie et les aides ménagères assurent une fonction de surveillance et de repérage, en lien avec les aidants et le personnel soignant : en communiquant régulièrement avec l'infirmier ou le médecin ils peuvent les alerter à temps de ce qu'ils observent au quotidien, ces derniers intervenant alors à meilleur escient.

Ces rôles doivent être articulés, au niveau local, dans le cadre de protocoles pluri-professionnels de soins de premier recours (PPSPR)⁶⁷ établis par les équipes de proximité. Les groupes territoriaux initiant des PPSPR peuvent être formalisés (CPTS, Maison de santé pluri-professionnelle (MSP), Centre de santé, établissement de santé ...) ou non formalisés (groupe de permanence des soins ambulatoires (PDSA)...); dans ce dernier cas, les PPSPR peuvent être à l'origine d'un travail coordonné et ainsi débiter un travail en équipe voire une CPTS. Les PPSPR reflètent l'expression d'un accord local et documenté, pour proposer des solutions aux problèmes de soutien aux patients et favoriser l'harmonisation des pratiques. Cette protocolarisation doit décrire les conduites à tenir pour les situations les plus courantes qui appellent une réponse coordonnée. Elle doit préciser comment les professionnels, et en particulier le médecin, l'infirmier et le pharmacien s'organisent pour recueillir les données relatives aux patients, les analyser et déterminer s'il faut intervenir et comment. Elle doit être réalisée par l'équipe elle-même à partir des données de la science et des recommandations tenant compte des considérations inhérentes à l'équipe, aux caractéristiques populationnelle de la patientèle, aux ressources, aux caractéristiques du territoire et surtout aux problèmes identifiés par l'équipe ou les patients dans leur exercice. Elles peuvent par exemple définir la conduite à tenir par un biologiste qui détecte un problème dans une analyse de sang, alors que ses interlocuteurs ne sont pas équipés de messagerie sécurisée. Ou encore ce que doit faire un intervenant à domicile lorsqu'il constate une chute d'une personne âgée. Cette contractualisation concerne également les liens entre médecine ambulatoire et EHPAD.

⁶⁷ Ces protocoles ont fait l'objet d'une méthodologie proposée par la HAS : Principes d'élaboration d'un protocole pluri-professionnel de soins de premier recours, Novembre 2011

Comme indiqué précédemment, ce travail de définition des rôles et des missions de coordination (médicale d'un côté, soignante et sociale⁶⁸, de proximité, de l'autre), des différents professionnels sera poursuivi et approfondi en 2019.

Encadré : Les travaux de la HAS sur l'accompagnement des personnes âgées fragiles en ambulatoire

La HAS a réalisé un certain nombre de travaux sur l'accompagnement des personnes âgées fragiles en ambulatoire.

Dans un premier travail, « Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ? » (mai 2013), plusieurs outils de repérage sont discutés (la fragilité dépendant de la définition utilisée), l'enjeu étant de prédire le risque de perte d'autonomie, de chutes, d'institutionnalisation, de décès ou d'hospitalisation dans un délai de 1 à 3 ans. Le champ du repérage proposé porte sur les personnes âgées de plus de 70 ans, indemnes de maladie grave, sans perte d'autonomie avérée, à l'initiative d'un soignant soupçonnant une fragilité.

Le repérage de la fragilité est la première étape d'une séquence comprenant l'évaluation globale de la personne et la planification d'interventions de prévention formalisées dans un plan personnalisé de soins (PPS).

Dans un deuxième document, « Comment prendre en charge les personnes âgées fragiles en ambulatoire ? » (décembre 2013), la HAS précise :

« Il revient au médecin traitant d'initier et de conduire cette démarche, avec l'appui des autres professionnels de santé primaire et en lien avec une expertise gériatrique.

L'évaluation de la fragilité est une démarche multidimensionnelle et pluri-professionnelle. Elle peut être réalisée dans différents contextes : soins ambulatoires, hôpital de jour, etc.

Un plan personnalisé de santé (PPS) peut être élaboré pour coordonner la prévention. Celle-ci vise à réduire les déterminants médicaux et sociaux de la fragilité.

Les principaux axes médicaux portent sur :

- la promotion d'une activité physique adaptée pour lutter contre la sédentarité
- le conseil d'une alimentation adaptée aux besoins de la personne âgée
- la réduction du risque iatrogène lié aux médicaments
- l'adaptation des prises en charge en cas d'hospitalisation pour prévenir la dépendance liée à l'hospitalisation. »

De la même manière le risque de ré-hospitalisation doit faire l'objet d'un dépistage systématique et de mesures préventives avant la sortie, au moment de la sortie et après la sortie du patient de l'établissement hospitalier (« Comment réduire le risque de réhospitalisations évitables des personnes âgées ? », juin 2013).

c) Aller vers des patients moins mobiles

Moins mobiles, les personnes âgées de 70 ans ou plus se déplacent moins souvent au cabinet des professionnels, et une part importante de leur recours aux soins se fait via des visites des professionnels à leur domicile. Ceci concerne particulièrement les infirmiers libéraux, dont la pratique est presque exclusivement tournée vers les visites, quel que soit l'âge du patient.. Par ailleurs, lorsque les personnes âgées de 70 ans ou plus résident en établissement, ce sont souvent les professionnels qui se déplacent s'ils ne sont pas déjà sur place (comme dans la plupart des EHPAD). La question se pose aujourd'hui de l'organisation des visites à domicile

⁶⁸ HCAAM, *Vieillesse, longévité et assurance maladie*, 2010

de personnels soignants, y compris de médecins, dans un contexte où le nombre de leurs visites a beaucoup diminué ces dernières années, et de la capacité de délivrer dans ce cadre des soins divers y compris complexes.

Ici le numérique est un élément important de réponse à apporter aux personnes âgées. Une intégration de l'ensemble des acteurs du réseau de proximité comme des structures de recours ou de référence dans un même cadre d'interopérabilité est une exigence minimale. Les équipements nécessaires à la mise en œuvre de services de télésanté (télésuivi de constantes biologiques, télésurveillance, téléconsultation) doivent être mis en place dans des structures des communautés professionnelles mais aussi, pour les personnes à mobilité réduite vivant à domicile ou en établissement d'hébergement, dans leur lieu de vie, ce qui suppose d'équiper les domiciles de ces personnes d'un moyen de communication haut débit simple (type box 4G par exemple) et de l'interface de communication (tablettes et bientôt téléviseurs « internet »).

Concernant les téléconsultations, dans le cadre du suivi chronique ou d'éléments intercurrents ne nécessitant pas un examen clinique approfondi (par exemple changement de traitement-titration ou adaptation des doses de médicament- prise de connaissance de résultats d'exploration complémentaire), le médecin traitant peut initier lui-même un rendez-vous de téléconsultation soit directement avec le patient, soit avec un aidant familial, soit avec un paramédical ou même un auxiliaire de vie à la condition que les uns et les autres aient été formés. Dans le cadre de demande d'avis spécialisé de recours, le médecin traitant peut soit initier la téléconsultation hors sa présence avec le spécialiste concerné, soit programmer une consultation conjointe à son cabinet en présence du patient et à distance du spécialiste afin de pouvoir compléter l'examen clinique ou paraclinique nécessaire (électrocardiogramme (ECG), spirométrie...)- situation prévue et financée dans l'avenant 6. Concernant les soins dentaires, des expérimentations de téléconsultations en EHPAD portant sur le pré-diagnostic et le suivi post-traitement sont en cours. Pour les consultations non programmées (par exemple des « petites urgences » dermatologiques), le médecin traitant, voire le spécialiste de recours, peuvent après un interrogatoire succinct décider si une téléconsultation est suffisante. Un examen et une évaluation physique dans des délais établis par le médecin traitant dans le cadre d'un protocole de prise en charge sont indispensables. La capacité de la personne âgée à se déplacer en cabinet de ville, alors qu'une visite préalable en présentiel datant de moins d'un an est nécessaire pour pouvoir engager une séance de téléconsultation, doit cependant être évaluée. Cette visite doit être adaptée au contexte et le plus souvent accompagnée d'un aidant ou d'un paramédical. Notons que le programme étapes concerne un champ pathologique très réduit, puisqu'il ne concerne que cinq pathologies et repose exclusivement sur le télésuivi de paramètres biologiques ou paramétriques (poids, glycémie, HbA1C, créatininémie, spirométrie, ECG) et non sur des critères de surveillance clinique particulièrement importants sur ce type de population. Il apparaît donc indispensable d'étendre les programmes forfaitisés de télésurveillance à d'autres champs (polypathologies, soutien à domicile, cancérologie ...) que ceux du programme étapes.

Le Danemark fournit des exemples de mobilisation de tels outils pour prendre en charge les déplacements des personnes âgées à domicile et éviter les déplacements à l'hôpital, et permettent notamment une surveillance de leur état de santé (mesures prises selon un calendrier personnalisé) et de leurs déplacements (détecteur de mouvements, de chute, système de localisation...) – cf. annexe 2.

Il est par ailleurs possible que les nouvelles technologies telles que les voitures autonomes redonnent à l'avenir plus de mobilité aux personnes âgées fragiles ou en perte d'autonomie,

sans qu'il soit possible d'en anticiper ici les conséquences en termes de services à rendre et d'organisation de cette réponse.

*

* *

Ces développements constituent un approfondissement du schéma proposé en mai par le HCAAM dans sa Contribution à la Stratégie de transformation de notre système de santé, qui préconisait de partir des services à rendre à la population et de constituer un réseau d'acteurs articulés en proximité. S'agissant des personnes âgées fragiles ou en perte d'autonomie, la problématique de l'intégration sanitaire et médico-sociale, et des services délivrés à domicile, est majeure.

Ce n'est qu'en 2030, horizon de cet exercice de prospective, que les premières générations de baby-boomers atteindront 85 ans, qui est aujourd'hui l'âge moyen d'entrée en EHPAD. D'ici là, ce sont les 65-84 ans dont la part dans la population va fortement augmenter. A ces âges les problèmes de santé et la fragilité deviennent plus fréquents, mais la majorité des personnes reste autonome. La progression attendue des besoins à cet horizon relève donc avant tout de la prévention, du dépistage, du suivi de pathologies chroniques et de besoins sanitaires ponctuels, auxquels on doit répondre en prêtant attention à la iatrogénie, à l'amont et l'aval des interventions. Cette période constitue une fenêtre d'opportunité pour renforcer le réseau de proximité. Si la progression des besoins à l'horizon 2030 est avant tout sanitaire, il convient également de renforcer et mieux coordonner l'accompagnement médico-social dont bénéficient à domicile les personnes en perte d'autonomie.

B) RESSOURCES HUMAINES ET FORMATION DES PROFESSIONNELS INTERVENANT AUPRES DES PERSONNES AGEES

La question des ressources humaines et de la formation des professionnels intervenant auprès des personnes âgées est illustrative de l'ambivalence de l'action publique vis-à-vis de la problématique du grand âge.

D'un côté, on va mettre l'accent sur le défi de démographie professionnelle et la nécessité de renforcer et d'adapter les formations, de rendre les métiers davantage attractifs, d'assurer une coordination plus performante et efficiente des acteurs, de garantir enfin une organisation, un maillage sur le territoire, adaptés aux besoins des populations âgées d'aujourd'hui et surtout de demain (avec dans certains cas, une bascule territoriale très marquée).

D'un autre côté, la problématique du vieillissement n'a pas toujours été une variable clé des réflexions et des pratiques en matière de démographie professionnelle, l'attractivité de certains métiers est clairement en souffrance, l'évolution des rôles des soignants et des organisations est lente et sujet à controverses dans certains cas ; quant à la dimension territoriale, on a clairement l'impression que les problématiques du grand âge ne font qu'exacerber les difficultés, en même temps qu'elles les illustrent de façon démonstrative (en matière de mobilité notamment).

1) Prospective des métiers

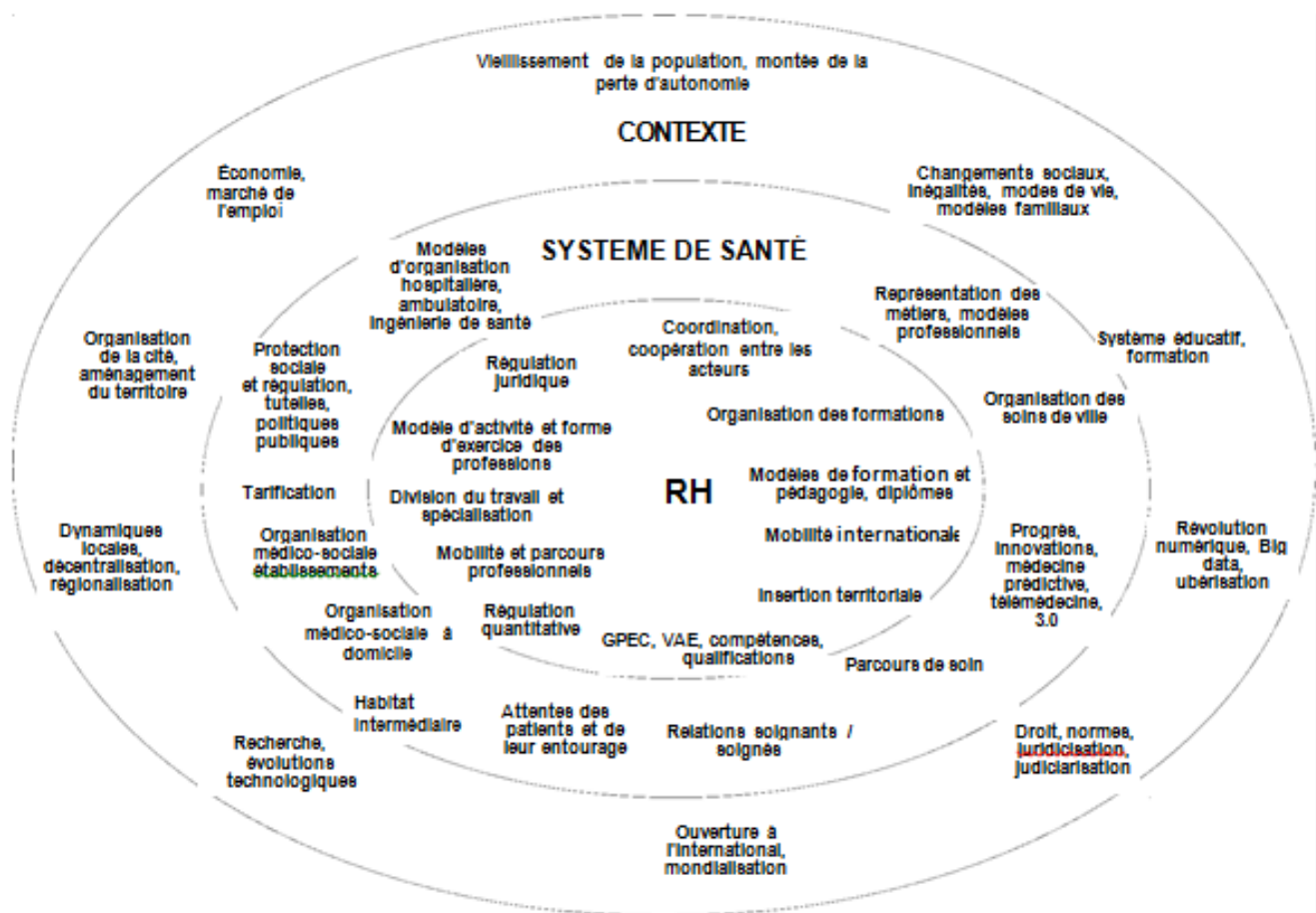
L'anticipation en matière de ressources humaines nécessite de réfléchir aux grandes évolutions de la société, de repérer les mutations d'ensemble qui impacteront directement ou indirectement les systèmes de santé et d'action sociale, parmi lesquelles le vieillissement et la montée du grand âge et de la perte d'autonomie figurent évidemment en bonne place.

Un deuxième niveau d'analyse, plus resserré, concerne les variables constitutives du système de santé : avancées en matière de recherche, innovations technologiques et d'usages, évolution des organisations sanitaires et médico-sociales, évolutions en matière de protection sociale et de régulation, représentations des métiers et modèles professionnels dominants, évolutions quant aux attentes des patients et de leurs entourages, etc. Sur ce deuxième registre aussi, les interactions sont nombreuses avec la question du grand âge, que celle-ci trouve, dans les évolutions des métiers ou des organisations, une gamme de solutions utiles ou que les problématiques de l'accompagnement du vieillissement exacerbent les difficultés courantes.

Les évolutions, voire les ruptures envisageables dans ces différents domaines retentiront sur les ressources humaines du champ sanitaire : elles justifie(ro)nt des mutations profondes en matière de formation, de régulation quantitative et territoriale, de tarification, de positionnements et de stratégies d'acteurs... sauf à laisser croître les déséquilibres, les situations de pénurie ou de rente, etc.

D'un autre côté, l'importance de la ressource humaine dans le champ sanitaire et médico-social (en termes d'effectifs mais aussi de poids parmi les ressources mises en œuvre) peut être un très puissant amortisseur des mutations : la gestion des effectifs en activité, sauf à disposer de dispositifs de conduite du changement ou de formation continue très puissants, freine, diffère ou empêche certaines évolutions ; la formation elle-même n'est pas spontanément tournée vers les nouvelles pratiques et encore moins anticipatrice. Inversement, cette importance de la ressource humaine fait qu'elle pourra faciliter certaines mutations et innovations, qu'elle conditionnera et préparera des transformations d'ensemble du système d'accompagnement.

Pour aborder valablement ces conséquences réciproques, il importe de considérer un troisième ensemble de variables, notamment de gestion : modèle de formation et pédagogie (connaissances/compétences), docimologie, rapport à l'Université, division du travail et spécialisation, modèle d'activité des professions, formes d'exercice, mobilité professionnelle, mobilité internationale, régulation quantitative, insertion territoriale, régulation professionnelle et juridique, gouvernance d'ensemble...



Source : SG HCFEA

Ce schéma pourrait être complété dans son deuxième niveau d'analyse par le système social et médicosocial : évolution des missions des EHPAD, développement des formes d'habitat regroupé ou alternatif, progrès de la domotique, de la robotique, etc. qui appellent une évolution des métiers sociaux et médicosociaux.

Les membres du Conseil insistent sur le fait que les métiers du grand âge sont en effet aujourd'hui plus « paramédicalisés » que « médicalisés » et que le dispositif ne doit pas reposer trop fortement sur le système de santé. L'accompagnement des personnes âgées nécessitera sans doute de s'appuyer plus encore qu'aujourd'hui sur les métiers du médicosocial et du social. Une place plus grande pourrait être faite aux psychologues, aux animateurs de vie sociale, etc. Par ailleurs, de nouveaux métiers sont également à inventer ou à perfectionner. On pense aux gestionnaires de cas, aux coordinateurs ou gouvernantes de maison dans les habitats inclusifs (cf. infra III) D)), à de nouveaux personnels pour accompagner les aidants, ou pour soutenir, à domicile ou en établissement, les personnes âgées, leurs aidants et les professionnels eux-mêmes, le développement de nouvelles technologies, etc.

Un chantier spécifique sur les nouveaux métiers du grand âge pourrait être conduit.

2) Organisation des soins et évolution des professions

Une part croissante des soins est susceptible d'être assurée au domicile des personnes, sous l'effet de plusieurs évolutions conjuguées :

- le développement, avec le progrès médical et technique, de nouvelles modalités d'accompagnement des patients : interventions moins invasives et plus courtes autorisant un retour rapide à domicile, nouveaux traitements pouvant être dispensés en ville. De fait, l'évolution des techniques médicales permet aux hôpitaux de basculer en ambulatoire (au sens d'hôpital de jour) un nombre croissant d'interventions, avec un relai fréquent à organiser lors du retour à domicile, suscitant ainsi de nouveaux modes d'organisation des prises en charge partagées entre la ville et l'hôpital ;
- le soutien à domicile de personnes en perte d'autonomie sévère et le développement de formes alternatives à l'EHPAD poussent dans le même sens et invitent à bâtir de nouvelles coopérations entre les établissements MCO, les soins de suite, les EHPAD, les formes d'hébergement intermédiaire et le domicile ;
- le renforcement des attentes sociales en matière de possibilités de prise en charge de patients sur les lieux de vie ;
- la recherche de gains d'efficacité du système de santé, les prises en charge les moins coûteuses devant être privilégiées à qualité égale ;
- d'où la prégnance de la thématique des coopérations professionnelles et de la coordination ;
- d'où aussi le développement d'une offre de services destinée à faciliter l'observance et l'adoption par les patients de comportements conditionnant la réussite du traitement de leur pathologie et à permettre une prise en charge au long cours (du type « *disease management* »).

Anticiper et faciliter l'adaptation des missions, des métiers et des compétences des professionnels de santé dans ce cadre est un chantier-clé.

Le développement insuffisant des coopérations entre les professionnels dans les territoires est identifié de longue date comme un frein à l'efficacité de la réponse ambulatoire et à des prises en charge à domicile de qualité. Divers obstacles relatifs à l'encadrement juridique et à la tarification des activités, à la question du partage des responsabilités et à l'interconnaissance des professionnels sont connus et ont pu être traités avec plus ou moins de célérité.

L'adaptation des formations initiales et continues aux besoins constatés (interconnaissance et travail interprofessionnels, identifications de compétences communes, déploiement de formations aux pratiques avancées et à de nouvelles fonctions telles que la coordination des parcours) tout comme l'adaptation des conditions de rémunération des professionnels afin de faciliter et de valoriser les coopérations interprofessionnelles sont ici des leviers essentiels. Il paraît en outre nécessaire de faire évoluer l'encadrement juridique des activités des professionnels paramédicaux pour faciliter les coopérations et leur adaptation à l'évolution continue du progrès technique et clarifier les questions de responsabilité. Enfin, ces évolutions peuvent se heurter à l'insuffisance de ressources et d'outils mobilisables pour la coordination des parcours complexes.

3) Formation

En 2005, l'OMS indiquait déjà que « *Les problèmes médicaux et les pathologies aigus continueront bien évidemment à requérir l'attention des dispensateurs de soins de santé, mais un modèle de formation uniquement axé sur la prise en charge de symptômes aigus apparaît de plus en plus comme insuffisant pour répondre aux problèmes posés par le nombre croissant de patients atteints d'affections chroniques. En réformant la formation, on peut élargir cette perspective, en y intégrant à la fois les considérations d'intérêt du patient et de continuité des soins (depuis la prévention clinique jusqu'aux soins palliatifs) (...) Alors que l'on assiste à une progression rapide des problèmes de santé chroniques à l'échelle mondiale, la formation des dispensateurs de soins de santé n'a, d'une manière générale, pas évolué en conséquence. De nombreux auteurs ont noté que la formation, l'éducation et l'éventail des compétences des personnels de santé d'aujourd'hui n'étaient pas adaptés pour prendre en charge les patients atteints d'affections chroniques. Qui plus est, alors que de nombreux soignants traitent aujourd'hui au quotidien des patients souffrant de diabète, d'asthme ou de cardiopathies, ils indiquent qu'ils sont mal préparés pour coordonner ces soins et éduquer les patients atteints de ces maladies chroniques.*

La raison pour laquelle ces soignants sont mal préparés est très simple : la prise en charge des malades chroniques est différente de celle des patients souffrant de pathologies épisodiques. Les patients présentant des problèmes de santé chroniques ont besoin de soins qui soient coordonnés dans le temps et qui prennent en compte leurs besoins, leurs valeurs et leurs préférences. Ils ont besoin qu'on leur apprenne à s'auto-prendre en charge pour prévenir les complications prévisibles et que les soignants comprennent la différence fondamentale qui existe entre une maladie passagère qui est diagnostiquée et soignée et une affection chronique qui demande à être gérée sur de nombreuses années.⁶⁹ »

Les travaux du HCAAM sur la médecine spécialisée ont décrit les enjeux pour la profession médicale, aussi bien en termes de cadre de formation, de régulation que d'organisation territoriale.⁷⁰

La problématique des pratiques avancées⁷¹ infirmières est elle aussi assez caractéristique des difficultés rencontrées dans le contexte français : la thématique est portée dans le contexte anglo-saxon depuis de longues années et a permis l'émergence et la consolidation de rôles infirmiers nouveaux – et relativement diversifiés – dans le cadre de la prise en charge des maladies chroniques.

Le retard français ne tient pas tant à une prise de conscience tardive car le sujet est bien identifié depuis une quinzaine d'années, notamment à la faveur des travaux portés par le professeur Yvon Berland⁷².

⁶⁹ Organisation mondiale de la santé, *Former les personnels de santé du XXI^e siècle : le défi des maladies chroniques*, 2005.

⁷⁰ http://securite-sociale.fr/IMG/pdf/hcaam_avis_medecine_specialisee_second_recours_adopte_22_06_17_vf.pdf
http://securite-sociale.fr/IMG/pdf/hcaam_-_dossier_statistique_drees_medecins_specialistes.pdf

⁷¹ A côté des pratiques avancées, il existe différentes possibilités d'évoluer dans son métier pour un professionnel, en particulier l'expertise dans un domaine (par exemple infirmier hygiéniste), la spécialisation (IADE, IBODE, puéricultrice).

⁷² Notamment, *Mission « Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences »*, Rapport d'étape présenté par le Professeur Yvon BERLAND <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/034000619.pdf>, octobre 2003

Comme on le sait, un dispositif expérimental visant à étendre les prérogatives de certains professionnels dans le cadre de protocoles de prise en charge a été mis en place dans le cadre de la loi HPST (et son article 51).

Encadré : Les expérimentations conduites dans le cadre de l'article 51 de la loi HPST et l'appréciation du HCAAM

L'article 51 de la loi HPST visait de façon générale à permettre d'adapter la répartition des compétences entre les professionnels de santé à l'évolution des besoins de santé de la population⁷³. Deux objectifs étaient mis en avant :

- améliorer la coordination des soins autour du patient ;
- « *dégager du temps médical* » pour pallier l'insuffisance de l'offre de soins résultant, dans certains territoires, d'une démographie médicale déficitaire.

A cet effet, l'article 51 permet aux professionnels de santé de déroger à certaines règles encadrant leur exercice dans des conditions garantissant la sécurité des patients. Le dispositif instauré avait notamment pour ambition de sortir les coopérations professionnelles du dispositif expérimental créé par la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique⁷⁴.

Un protocole local pouvait ainsi faire l'objet d'une mesure d'extension nationale. L'article 51 prévoit que par dérogation aux règles respectives de leur exercice « *les professionnels de santé peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient* ». Les professionnels intéressés doivent transmettre un projet de protocole de coopération à l'ARS qui vérifie qu'il répond à un besoin de santé de la région. L'ARS transmet ensuite le projet à la HAS, dont l'avis conforme est requis pour pouvoir autoriser les professionnels à mettre en œuvre le protocole. L'article 51 prévoit que les protocoles étendus sont intégrés à la formation initiale et continue des professionnels concernés.

La LFSS pour 2014 a complété ce cadre initial par des dispositions relatives au financement des transferts et réorganisations proposés.

En juillet 2014, le HCAAM a adopté un avis⁷⁵ invitant à reconsidérer l'approche des coopérations mise en œuvre par l'article 51, focalisée sur les délégations de tâches. Cet avis invite à changer radicalement l'approche des coopérations. Pour le HCAAM, l'approche mise en œuvre par le dispositif de l'article 51, centrée sur les délégations de tâches entre les professionnels et l'optimisation du temps médical ne permet pas de répondre aux véritables enjeux du développement des coopérations.

Dans un contexte où il importe d'assurer des réponses adaptées aux besoins de santé d'une population vieillissante, la priorité devrait porter sur une amélioration concrète du service rendu à la population. Pour le HCAAM, structurer des équipes professionnelles de première ligne à même de contribuer efficacement à la prise en charge et au suivi de patients affectés de maladies chroniques et de poly-pathologies apparaît indiscutablement comme une priorité. Les soins dispensés dans le cadre de ces équipes ont vocation à être gradués en fonction des besoins de la population concernée, dont seule une minorité nécessite une coopération renforcée.

Selon le HCAAM, ces coopérations entre les professionnels de 1^{re} ligne peuvent se mettre en place à périmètres constants de compétences. L'objectif essentiel est de structurer des équipes organisées, stables, réunissant les professionnels autour d'un projet commun d'amélioration du service rendu. C'est la condition pour pouvoir mettre en œuvre, le cas échéant, des transferts de tâches et d'activités dans un

⁷³ Cf. exposé des motifs de la loi « hôpital, patients, santé, territoire » et travaux des commissions parlementaires.

⁷⁴ Ce dispositif qui nécessitait l'intervention d'un arrêté pour chaque expérimentation se révélait inadapté à l'objectif de promouvoir les coopérations professionnelles.

⁷⁵ http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/avis_cooperation.pdf

cadre adapté.

Le HCAAM note en effet que l'évolution des compétences dans le cadre de ces équipes fait l'objet d'attentes fortes et est porteuse de gains d'efficience. Il estime que des assouplissements devraient être apportés à la procédure actuelle pour faciliter ces évolutions.

Enfin, la question du bien-fondé de prévoir des rémunérations spécifiques pour les professionnels impliqués dans des coopérations est posée par le HCAAM. Il propose de les réserver aux coopérations qui permettent une amélioration tangible et évaluable du service rendu aux patients et de retenir des rémunérations collectives d'équipes⁷⁶.

Par rapport à ces développements expérimentaux, les pratiques avancées visent à ouvrir aux professionnels paramédicaux, pour améliorer la réponse à des besoins identifiés de prise en charge, la possibilité d'accéder, au-delà de leur métier socle, à des compétences élargies relevant habituellement des prérogatives médicales (prescription, suivi de patients, coordination de parcours).

Comme le soulignait un rapport de l'OCDE de 2010⁷⁷, les éléments d'évaluation disponibles concernant les prises en charge en pratique avancée à l'étranger sont favorables, qu'il s'agisse de la satisfaction des patients ou de la qualité des soins délivrés (meilleure observance, baisse des ré-hospitalisations notamment). La proportion de professionnels concernés demeure néanmoins relativement faible dans les pays concernés.

En 2016, la loi relative à la modernisation de notre système de santé reconnaît la pratique avancée infirmière et définit les principes généraux de sa mise en œuvre, laissant au pouvoir réglementaire le soin de préciser les missions, les conditions statutaires et l'organisation de la formation⁷⁸. De fait, les premières formations au diplôme d'Etat de pratique avancée grade master ont été ouvertes à l'Université à la rentrée 2018. Les premières promotions sortiront au terme de deux années d'études.

Les thématiques retenues sont intéressantes : « Art. R. 4301-2. – *Le ou les domaines d'intervention ouverts à l'exercice infirmier en pratique avancée, dont la mention correspondante est inscrite dans le diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée, sont les suivants : «1- Pathologies chroniques stabilisées ; prévention et polypathologies courantes en soins primaires. La liste des pathologies chroniques stabilisées est établie par arrêté du ministre chargé de la santé ; 2 - Oncologie et hématologie ; 3 - Maladie rénale chronique, dialyse, transplantation rénale. »*

La définition de rôles propres nouveaux pour les infirmiers-ères, demain pour d'autres auxiliaires médicaux (dans le champ de la réadaptation notamment) est un axe majeur de construction de la nouvelle organisation fonctionnelle et territoriale des soins face au développement des maladies chroniques et de l'accompagnement du grand âge, un enjeu déterminant pour une coordination efficiente, à côté de l'émergence de métiers nouveaux.

⁷⁶ Les organisations syndicales de retraités (CGT, UCR-FO, CFTC, CFE-CGC, FSU), la FRG-FP, Ensemble et solidaires insistent sur la nécessaire formation, reconnaissance et rémunération des aides-soignantes et aides à domicile dans ce cadre.

⁷⁷ OCDE, Les pratiques infirmières avancées - une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés, par Marie-Claude Delamare et Gaëtan Lafortune, 2010

⁷⁸ Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée, décret n° 2018-633 du 18 juillet 2018 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée, arrêté du 18 juillet 2018 fixant la liste des pathologies chroniques stabilisées prévue à l'article R. 4301-2 du code de santé publique, arrêté du 18 juillet 2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée

L'exemple des pratiques avancées infirmières montre que les choses avancent mais révèle aussi le décalage saisissant entre la prégnance toujours plus forte des besoins et la lenteur de maturation des solutions.

La question de la formation des médecins est une autre illustration. Parmi les spécialités médicales, l'acuité des problématiques du grand âge est plus ou moins fortement ressentie.

La gériatrie est assez caractéristique. L'émergence de cette spécialité s'est faite en plusieurs étapes :

- 1988 : création de la capacité de gérontologie et du Collège National des enseignants de gériatrie (CNEG) ;
- 2004 : reconnaissance de la spécialité via la création d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires (DESC) qualifiant de groupe 2 ;
- 2017 : la gériatrie devient une spécialité filiarisée via le diplôme d'études spécialisées (DES) de gériatrie.

Cette reconnaissance institutionnelle bâtit un cadre mais la présence des professionnels sur le territoire dépend d'un ensemble de déterminants : l'attractivité du métier et du secteur d'activité, le rang dans la hiérarchie des spécialités médicales, désormais les choix des étudiants pour leur internat...

Au-delà de la profession médicale, ce sont les différents métiers qui sont concernés : en formation initiale (pour les différentes professions de santé) comme en formation continue (pour les professions de santé mais aussi pour les aides médico-psychologiques ou les personnels de l'aide à domicile). Les formations des différents professionnels doivent mieux intégrer la polyvalence et la dimension gérontologique, ainsi que le travail pluridisciplinaire, notamment en assurant des formations jointes et en intégrant plus d'enseignements en sciences sociales. Compte tenu du temps nécessaire pour former des professionnels de santé, ces réformes doivent être mises en œuvre sans tarder.

Au-delà des dispositifs de formation, la promotion de l'image des métiers de la gériatrie est évidemment un enjeu majeur.

Au-delà des spécialités médicales dédiées, il y a les spécialités « par destination » : la médecine générale, l'ophtalmologie de plus en plus⁷⁹. On a évoqué plus haut la question du rôle des différents métiers, dont celui de médecin généraliste.

En matière de formation, dans sa contribution à la *Grande conférence de la santé*, le Collège national des généralistes enseignants (CNGE) resituait bien la construction historique du champ de la formation médicale... et les difficultés induites en ce qui concerne la médecine générale.

« La volonté de recentrer le système de santé sur les soins de proximité procède du constat des carences liées à une évolution contemporaine inverse au cours de ces 50 dernières années. [...] Sur le plan universitaire et de la formation, les ordonnances Debré avaient permis les grands succès du CHU, de l'excellence, et du développement considérable des spécialités d'organe ; elles ont en parallèle considérablement affaibli la médecine de proximité dans l'environnement du patient, en excluant la médecine générale du champ universitaire. L'immensité des champs de recherche et de découverte a généré « l'explosion du nombre de spécialités d'organes axées sur le soin technique laissant penser qu'elles seraient susceptibles de résoudre tous les problèmes de

⁷⁹ Inspection générale des affaires sociales, Restructuration de la filière visuelle, rapport 2015-008R, établi par le docteur Dominique Voynet, juillet 2015

santé de la population. [...] Dans cette conception technologique de la santé, la médecine générale était reléguée « au mieux à une discipline d'exercice, sans fondement théorique, sans enseignement spécifique, sans recherche, dans une situation d'exclusion du mouvement universitaire médical ». Cette exclusion du champ universitaire a eu pour corollaire une absence de standard universitaire pour la formation des médecins généralistes, confinant leurs rôles en creux par rapport à ce que les autres acteurs ne pouvaient ou ne voulaient pas assumer, l'absence de promotion du métier et de sa reconnaissance aussi bien au plan culturel qu'au plan financier. L'absence historique puis le retard à la création et développement de la filière universitaire de médecine générale en France est un facteur explicatif majeur du retard du développement des soins primaires en France⁸⁰. »

Des progrès ont été réalisés par étape, à la faveur de la généralisation de l'internat, de la consolidation des départements de médecine générale au sein des UFR santé, de la diversification des modes d'exercice au moment de l'internat. Ces avancées dans le champ de la formation sont à considérer en regard des évolutions de la démographie professionnelle et de la présence territoriale des soignants.

4) Démographie professionnelle

On a restitué en première partie du rapport quelques éléments de projection en matière de démographie professionnelle, considérée en termes d'effectifs globaux, de densité par rapport à la population, de densité standardisée (par rapport à certaines populations d'intérêt, notamment âgées), ces éléments prenant tout leur sens à l'échelle des territoires.

La démographie professionnelle prospective est cependant un exercice sensiblement plus complexe que ces projections à rôles et comportements constants. Pour envisager de façon pertinente les besoins des territoires en termes de compétences professionnelles, il faut considérer l'évolution de la demande (au-delà de ce que peut révéler l'évolution des effectifs de population, quid des besoins liés aux nouveaux métiers, aux nouvelles fonctions à assurer, en matière de coordination ou de système d'information par exemple ?) mais aussi les évolutions côté offre, fonction de l'organisation des formations, de l'évolution des rôles des professions, des desiderata et des comportements des professionnels, d'où l'importance à la fois des capacités d'anticipation stratégique (assurée en particulier par l'ONDPS aujourd'hui au plan national) et des compétences détenues sur le terrain, par les régulateurs territoriaux.

5) Attractivité des métiers

L'attractivité des métiers est la résultante de bien des facteurs : image de la profession, durée et conditions d'accès et d'études, rémunération, conditions d'exercice et de travail⁸¹, rôle propre et position dans la hiérarchie – implicite ou explicite – des professions, éléments de valorisation portés par les pouvoirs publics... La composition de cet ensemble d'éléments produit une échelle globale d'attractivité des métiers mais la pondération est aussi dépendante du contexte, du territoire et des individus.

Le vieillissement de la population, le développement de la médecine ambulatoire et la volonté de soutenir les personnes âgées à domicile, va créer une forte dynamique de l'emploi dans le secteur

⁸⁰ Taha A, Boulet P, Beis JN, Yana J, Ferrat E, Calafiore M, Renard V. Etat des lieux de la médecine générale universitaire au premier janvier 2015 : la construction interne de la FUMG. *Exercer* 2015;122:267-82.

⁸¹ Cf. infra les développements sur les conditions de travail en EHPAD

de l'aide et des soins à domicile comme le met en exergue l'étude DARES d'avril 2015⁸². Cependant, à l'heure actuelle, les employeurs rencontrent de très fortes difficultés à recruter, y compris pour des personnels non qualifiés, et à maintenir dans l'emploi leurs salariés.

Les difficultés de recrutement des professionnels sont également avérées pour les médecins coordinateurs.

Ces difficultés de recrutement qui peuvent être différentes selon le contexte d'exercice et le statut de l'employeur résultent notamment du manque d'attractivité de ces professions.

Pour reprendre le cas des médecins coordinateurs, des travaux parlementaires récents postulent un lien causal entre capacité de prescription et attractivité de ce type de fonction. Il est certain, on l'a dit, que le rôle dévolu au professionnel, est un élément d'attractivité, condition nécessaire mais ô combien insuffisante.

S'agissant de la médecine générale, on a rappelé plus haut la construction historique de la formation médicale : cette spécialité a bénéficié, on l'a dit, de nombreux éléments de valorisation depuis une vingtaine d'années (...). Elle connaît pourtant des problèmes d'attractivité, en termes globaux et surtout sur le territoire...

Les problèmes d'attractivité ne concernent pas seulement certaines spécialités médicales ou les aides-soignants ; ils sont aussi prégnants dans le champ de l'aide à domicile. Cela rejoint la question :

- du mode d'exercice (prestataire, mandataire, gré à gré) ;
- des conditions d'exercice (nombreux déplacements professionnels pas toujours pris en charge, fractionnement des interventions, pénibilité du travail, etc.) ;
- de la formation et de la qualification des professionnels (en lien avec les professionnels du soin) ;
- de la mobilité professionnelle et de la construction des carrières (auprès des seules personnes âgées ou dans un cadre plus diversifié, avec ou sans perspectives de promotion professionnelle au fil du temps) ;
- des conditions de valorisation de ces métiers (d'un point de vue salarial bien entendu et social). Les membres du Conseil de l'âge insistent sur la nécessité de sortir de l'image « au domicile », pour considérer ce personnel comme des acteurs à part entière du dispositif social, médicosocial et sanitaire d'accompagnement des personnes âgées.

Travailler sur l'attractivité de ces métiers apparaît indispensable si on veut éviter la création de déserts médicosociaux dans les prochaines années.

⁸² *Etudes et résultats* n°1067.

La question de l'attractivité du métier d'aide-soignant dans le plan *Ma santé 2022*

- « Mise en place d'une réflexion spécifique sur les conditions d'emploi en seconde partie de carrière des professions paramédicales.

En lien avec la feuille de route personnes âgées et la mission Grand âge et autonomie qui vient d'être confiée à Dominique Libault, une attention particulière sera portée aux aide-soignants dont les conditions d'exercice ont évolué, sans que les conséquences en soient tirées.

- Actualisation des référentiels d'activités/compétences et de formation des aides-soignants afin de mieux répondre aux réalités de leur exercice
- Amélioration du reclassement des aides-soignants accédant au grade d'infirmier, afin d'offrir une meilleure reconnaissance à ces professionnels et de les engager dans une démarche de promotion professionnelle
- Développement de la formation d'assistant de soins en gériatrie afin d'améliorer les conditions de formation et la reconnaissance des professionnels exerçant dans ces secteurs.

Les éléments qui fondent le défaut d'attractivité sont sans doute plus directement accessibles à la description que les éléments susceptibles de porter l'attrait d'une profession.

Le dilemme du discours public sur les besoins en personnels auprès des personnes âgées en perte d'autonomie est ici patent : plus on pointe les difficultés du secteur pour justifier d'efforts spécifiques de recrutement ou de valorisation salariale, plus on en renvoie une image dégradée, avec des difficultés de recrutement redoublées. D'où l'importance de politiques globales en matière de formation, de valorisation financière, de conditions de travail, d'image d'un secteur d'activité pour influencer sur les fondamentaux de l'attractivité.

Il y a aussi bien entendu une difficulté majeure au niveau macro : la forte croissance du secteur, soumis au moins en partie à un financement socialisé, exerce naturellement une forte pression à la régulation des dépenses (au plan national comme au plan territorial), péjorative en termes de salaires offerts et de ressources humaines mobilisées. Contrairement à ce qu'on imagine souvent, dans les projections de moyens à mobiliser et de soutenabilité financière, la variable la plus puissante n'est pas la démographie mais bien l'évolution comparée du salaire des professionnels du secteur et du salaire ouvrier.

III) LIEUX DE VIE

A) LES SOUHAITS DES PERSONNES FACE AU PRINCIPE DE LIBRE CHOIX

1) Les souhaits

Interrogées en 2016 (IPSOS 2016 pour la Fondation Korian) sur leurs préférences en cas de perte d'autonomie et sur le « réalisme » de chaque formule, les Français émettent des opinions complexes sur leurs préférences même s'ils jugent que d'autres formules sont « plus réalistes » (à « leur portée », plus « probables »). Certaines leur semblent « inenvisageables ».

Tableau 4. Préférences exprimées par les français en cas de perte d'autonomie



Source : Ipsos pour la Fondation du Bien Vieillir Korian, Baromètre 2016.

1° rester à son domicile d'origine est la formule la plus souvent souhaitée (66% chez les personnes âgées d'au moins 80 ans, taux un peu inférieur à celui de la population de 65 ans et plus) par les personnes qu'on interroge sur leur préférence en cas de dépendance. Et ces personnes la jugent réaliste, « à leur portée ». Certains (22%) ne la jugent pas souhaitable mais s'y résigneraient par « réalisme ». C'est un score élevé qui traduit l'intuition que les autres formules de vie ne leur semblent pas accessibles. Enfin, rares sont celles qui jugent que cette solution est « inenvisageable ».

2° rejoindre une résidence « plus adaptée, proposant outre le logement privé des services » est jugée souhaitable par 38% des personnes qui la jugent « réaliste » (si ce taux diminue avec l'âge, il reste élevé (26% à 80 ans et plus). Mais pour beaucoup (41%), cette formule n'est pas souhaitable mais elle apparaît « réaliste » est fort. Elle est inenvisageable pour 33% des personnes interrogées d'au moins 80 ans.

3° la maison de retraite est inenvisageable pour 36% ; elle n'est pas souhaitée mais constitue une formule « réaliste » à laquelle on se résignerait pour 43% des personnes interrogées. Elle n'est jugée « souhaitable et réaliste » que par 9% (taux qui augmente un peu avec l'âge).

4° vivre au domicile d'un proche est inenvisageable par 48% des personnes interrogées. La formule, non souhaitée, apparaît réaliste pour 40%. Seules 12% la jugent souhaitable et réaliste.

5° Partager un appartement est jugée souhaitable et réaliste par 13% des personnes interrogées. Elles sont 49% (53 au-dessus de 80 ans) à juger la formule « inenvisageable ».

2) Le principe de libre choix

Son effectivité dépend de trois facteurs.

a) La disponibilité d'une offre équilibrée et diversifiée sur l'ensemble du territoire

b) L'équilibre dans l'accessibilité financière

Le reste à charge ne doit pas conduire à (trop de) un choix de vie « sous contrainte ». La situation actuelle, décrite au tome I, est contestée, notamment pour les résidents en établissement.

b1) Au domicile

Depuis les réformes de 2017, le taux d'effort des allocataires a été substantiellement abaissé.

Mais il est « limite » dans des situations où le maintien à domicile requiert une présence très soutenue auprès de la personne aidée. Ce peut être le cas en GIR 1 voire en GIR 2 où le crédit total disponible (lorsque le plan personnalisé et le crédit d'impôt sont saturés) s'établit comme suit en fonction du revenu.

Tableau 5. Aide disponible aux plafonds et taux d'effort mensuels

	GIR 1		GIR 2	
	Aide en euros	Taux en %	Aide en euros	Taux en %
Revenu inférieur ou égal à 804€	1 729	0	1 587	0
Revenu égal ou supérieur à 2957€	919	27% au maximum	785	20% au maximum

Source : Calculs SG HCFEA

Sur la base d'un mixte 50/50 entre les modes de gré à gré et prestataire (évalué à 18€/heure), le nombre d'heures possible dans ces plafonds s'établit à 3 heures 20 par jour en GIR 1 et 2 heures 30 en GIR 2 pour les ménages les plus modestes. Ces nombres diminuent avec le revenu.

Toute dépense au-dessus de ces plafonds⁸³ pèse intégralement sur l'allocataire ce qui conduit à des taux d'effort élevés (ainsi pour une dépense au-dessus du plafond de 500€/mois, le taux d'effort passe respectivement à 60% en GIR 1 et 37% en GIR 2).

⁸³ On ne dispose pas de données récentes sur la fréquence des plans où les plafonds de l'APA et du crédit d'impôt sont saturés.

Sans doute les situations de ce type sont-elles de durée limitée (notamment en GIR 1) ; mais il est possible que certains de ces allocataires ne puissent en assumer la charge et soient contraints à rejoindre un EHPAD.

Par ailleurs, l'augmentation souhaitée des plans personnalisés d'une part, et du coût des facteurs d'autre part devrait se traduire, toutes choses égales par ailleurs, par un accroissement du reste à charge des allocataires.

Face à ces évolutions, il convient :

- d'adopter des règles d'indexation des plafonds (pour l'APA et le crédit d'impôt) cohérente avec l'évolution des coûts ;
- de procéder à des ajustements du plafond en GIR 1 ;
- de promouvoir le recours au crédit d'impôt en le rendant contemporain de la dépense d'une part, en facilitant l'accès des allocataires au plafond majoré d'autre part.

b2) En EHPAD

La lourdeur du reste à charge pour les allocataires et /ou leurs familles qui ne veulent pas demander l'ASH (et ils sont très nombreux) peut les contraindre à rester dans leur domicile dans des conditions contestables.

Une bonne information

Deux actions doivent être conduites :

- une bonne information sur la nature, les conditions et montants des aides publiques.
- une bonne information sur les EHPAD. Le rapport de Mme Vidal donne des indications précieuses sur ce sujet.

d) La thèse du CAE visant à asseoir le financement public sur le mode de prise en charge le moins onéreux

Pour favoriser un mode de prise en charge efficient, le CAE proposait dans sa note de 2016⁸⁴ de déterminer le montant des aides publiques au regard d'une prise en charge de référence, prescrite par une équipe d'évaluateurs et non comme aujourd'hui au regard de la modalité de prise en charge « choisie » par le bénéficiaire. Chacun resterait libre de s'écarter ensuite de la prescription des évaluateurs mais en supportant l'éventuel surcoût.

Comme le souligne le CAE : « Le choix de la prise en charge de référence doit prendre en compte l'ensemble des surcoûts économiques de chacun des modes de prise en charge possibles et non les seules dépenses publiques. Pour les prises en charge à domicile, ceci pose la délicate question de la valorisation du surcoût en aide informelle ».

Le CAE n'a donné que des indications très frustrées sur les implications d'une telle réforme en termes de dépenses publiques et d'évolution des RAC.

Il est cependant clair que le RAC en EHPAD serait amené à diminuer. Par contre on ne peut savoir de façon précise :

⁸⁴ Bozio A., Gramain A., Martin C., 2016), « Quelles politiques publiques pour la dépendance ? Les notes du conseil d'analyse économique, n° 35.

- ni si la réforme exigerait une augmentation globale des aides publiques (il semblerait que ce soit le cas) ;

- ni si elle entraînerait une baisse du plafond de la dépense publique pour les APA à domicile des GIR élevés, ce qui serait controversable.

Il convient de poursuivre l'étude de telles approches.

B) LES OBJECTIFS

1) Trois objectifs

De ce panorama, émergent trois objectifs :

1/ renforcer le soutien à domicile ;

2/ favoriser les résidences collectives et les habitats inclusifs, c'est à dire l'habitat dénommé dans ce rapport alternatif ou regroupé ;

3/ améliorer la qualité de vie au domicile et dans les EHPAD et restaurer l'image de ceux-ci pour les personnes qui sont amenées à y entrer.

2) La poursuite de la politique actuelle n'est pas de nature à satisfaire ces objectifs

a) A domicile

Les plans d'aide à domicile, déjà trop contraints actuellement, pourraient se dégrader dans un contexte marqué par la progression des effectifs de personnes en perte d'autonomie d'une part, de la forte pression sur les finances des départements d'autre part.

L'indexation des plafonds de l'APA sur les prix va peser sur la situation des allocataires les plus dépendants (dont il est probable que leurs plans d'aide soient plus fréquemment proches des plafonds). L'augmentation du coût des facteurs plus rapide que le salaire moyen – inéluctable et souhaitable – créera un effet de ciseau entre des charges croissantes et des plafonds et/ou des plans indexés sur les prix⁸⁵. Ce mouvement ne serait pas compensé par le crédit d'impôt si son plafond était également indexé sur les prix.

Reste à charge et taux d'effort progresseraient alors vivement.

Quant à l'offre, la contrainte financière des départements freinerait l'amélioration de sa qualité, la restructuration des services et les empêcherait d'investir dans les nouvelles technologies qui sont la clé des gains possibles de productivité et d'efficacité.

b) En EHPAD

La poursuite résolue du renforcement du taux d'encadrement de la section soins s'impose. C'est l'orientation actuellement retenue avec l'adoption d'une équation budgétaire fondée sur les

⁸⁵ Cela s'est vérifié depuis la création de l'APA en 2002 et c'est ce qui a légitimé la revalorisation des plafonds des plans d'aide dans le cadre de la loi ASV.

besoins⁸⁶. Encore faut-il qu'elle soit pérenne, qu'on procède à des « coupes » Pathos régulières et que la valeur du point (qui n'a pas actuellement de définition réglementaire) soit en phase avec l'évolution des coûts.

Si les crédits actuellement prévus permettent dans les toutes prochaines années de compenser, dans la section soins, la très probable augmentation du niveau de perte d'autonomie des résidents, elle n'est pas de nature à assurer le rebasage qui demeure encore nécessaire dans certains établissements.

Dans la section dépendance, le processus de convergence, positif, reste limité dans ses effets (il est calé sur la moyenne dans le département et n'implique juridiquement aucun accroissement des crédits).

Si le coût des facteurs augmente (ce qui est probable et souhaitable) plus rapidement que le salaire moyen par tête (SMPT), le taux d'effort des résidents, à législation constante, augmenterait sensiblement alors que son niveau actuel est déjà très contesté.

C) LA POLITIQUE DE SOUTIEN A DOMICILE

Elle doit conjuguer de nombreuses actions.

1) Une gestion ambitieuse de l'APA

a) Diminuer le taux de non-recours

Le taux de non recours est significatif (il est estimé entre 20 et 28 % cf. tome I). On n'en connaît pas bien les causes.

Le non recours peut résulter :

- d'un retard dans la demande ;
- de la crainte des démarches et contraintes que représente la gestion de la prestation. Est citée notamment la crainte que l'APA entraîne la mise en jeu de l'obligation alimentaire, voire la récupération sur succession ;
- d'un manque d'intérêt à percevoir la prestation d'un montant faible (ce serait le cas de ménages aisés).

Il serait utile de faire une analyse sur une cohorte d'entrants en APA pour mesurer le délai qu'ils ont mis à introduire leur demande et les raisons qui l'expliquent.

⁸⁶ La réforme tarifaire introduite par la loi ASV est un progrès et se traduit au global par l'attribution de moyens supplémentaires pour le secteur des EHPAD, destinés à renforcer les effectifs de personnel et le taux d'encadrement. Pour les années 2017 et 2018, le montant cumulé des enveloppes allouées aux ARS au titre de la convergence positive sur les soins s'élève à 123,5 millions d'euros. Pour la période 2019-2021, des crédits de médicalisation sont identifiés à ce stade à hauteur de 360 M€ dont 125 M€ en 2019. L'impact financier de la convergence tarifaire pourrait en réalité être bien supérieure, compte tenu de l'évolution observée ces dernières années des pathos moyen pondéré (PMP : besoins en soins) et gir moyen pondéré (GMP : niveau de dépendance).

a) Renforcer le caractère multidimensionnel de l'évaluation et l'opposabilité des outils existants

Certains remettent en cause la pertinence de la grille AGGIR, en ce qu'elle ne permet pas une évaluation du GIR identique dans tous les départements. Par ailleurs, elle sous-estimerait le poids des maladies neurodégénératives. Si c'était le cas, il y aurait lors de l'adoption d'une grille révisée des reclassements coûteux entre GIR⁸⁷.

Les membres ont insisté sur la nécessité de consolider le recours au référentiel d'évaluation multidimensionnelle, prévu par loi ASV et fixé par l'arrêté du 5 décembre 2016.

Encadré : Le référentiel pour l'évaluation multidimensionnelle de la situation et des besoins de la personne âgée et de ses proches aidants

L'article L.232-6 du CASF prévoit désormais que l'équipe médicosociale du département apprécie le degré de perte d'autonomie de la personne au travers de la grille AGGIR et évalue la situation et les besoins du demandeur et de ses proches aidants dans des conditions et sur la base de référentiels définis par arrêté.

Le référentiel « vise à guider les équipes médico-sociales des départements en charge de l'instruction de l'APA, (...) dans l'évaluation multidimensionnelle de la situation et des besoins de la personne âgée qui sollicite la prestation ou une révision de celle-ci, et de ses proches aidants. Cette évaluation est globale et aborde différentes dimensions, qui portent notamment sur la réalisation par la personne des activités de la vie quotidienne, son environnement, son habitat, son entourage, les aides déjà mises en œuvre, en tenant compte tout au long de l'évaluation de ses souhaits et de ses projets. Son objectif est l'élaboration d'un plan d'aide pour compenser sa perte d'autonomie et, le cas échéant, l'identification de toutes les aides utiles au soutien à domicile du bénéficiaire, y compris dans un objectif de prévention, ou au soutien de ses proches aidants, non prises en charge dans le cadre de l'allocation attribuée ». « Sur la base de ce référentiel, chaque département détermine l'outil de recueil de données utilisé par l'équipe médico-sociale ».

Cet outil, repris par certains Conseils départementaux et caisses de retraite, apparaît encore insuffisamment utilisé. Il constitue pourtant un levier intéressant si on veut contenir la variabilité excessive du niveau des plans existant actuellement. Des analyses comparatives pourraient en permettre l'enrichissement, lui donnant une valeur d'opposabilité croissante.

Certains membres insistent sur l'importance de prendre en compte dans l'évaluation les critères sociaux et géographiques, donnant un aperçu de l'environnement social, urbain ou rural, dans lequel vit la personne en perte d'autonomie et le niveau de services dont elle dispose.

Mentionnons par ailleurs qu'on devrait mener deux études, la première pour permettre la comparaison entre PCH et APA, la seconde pour permettre des comparaisons internationales.

⁸⁷ Ce fut le cas en Allemagne avec une mesure provisoire de reclassement au niveau immédiatement supérieur dans l'échelle du moment puis une refonte de la grille.

c) Maintenir le pouvoir solvabilisateur de l'APA

c1) L'indexation des plafonds

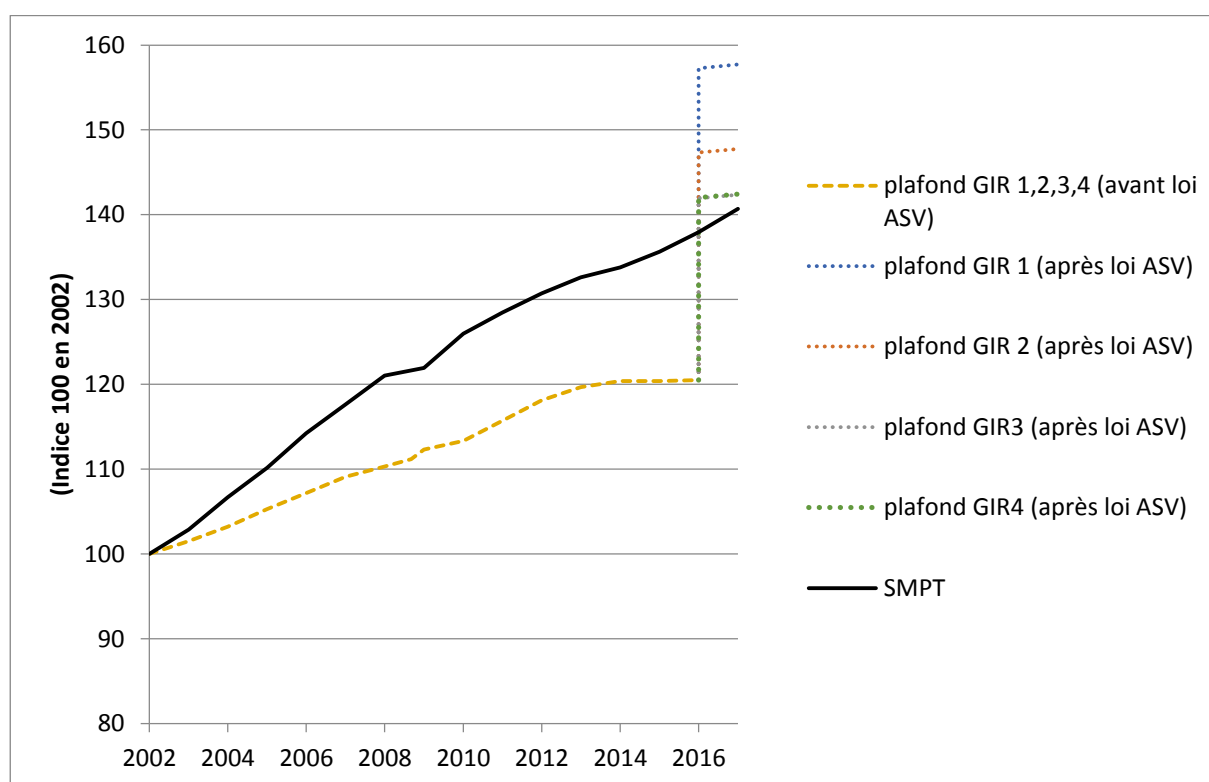
Même si le niveau des plafonds n'a d'importance objective que pour la minorité des allocataires dont le plan d'aide est saturé, il est important que les plafonds soient correctement indexés. Ils sont actuellement indexés sur les prix⁸⁸.

A la suite de la loi ASV, on les a recalés en les augmentant de façon différenciée (31 % en GIR 1 ; 22 % en GIR 2 ; 18 % en GIR 3 et 18 % en GIR4).

On peut comparer ces taux d'augmentation à l'évolution du salaire moyen par tête (SMPT), que l'on peut utiliser comme indicateur d'évolution du coût des services (graphique 12).

Le recalage des plafonds en 2016 a donc fait plus que couvrir l'augmentation des coûts des services d'aide à domicile, sauf si les coûts effectifs ont augmenté plus rapidement que le SMPT.

Graphique 12: Evolutions comparées des plafonds APA et du SMPT (indice 100 en 2002)



Source : Calculs SG HCFEA

Pour éviter à l'avenir un décrochage entre les plafonds et les coûts, il conviendrait d'indexer désormais les plafonds des plans d'aide APA sur un indice salarial ;

⁸⁸ Selon l'article L232-3-1 du CASF, les plafonds des plans d'aide sont revalorisés chaque année conformément à l'évolution de la majoration pour aide constante d'une tierce personne.

Selon l'article L161-25 du code de la sécurité sociale, cette dernière est elle-même revalorisée sur la base d'un coefficient égal à l'évolution de la moyenne annuelle des prix à la consommation, hors tabac, calculée sur les douze derniers indices mensuels de ces prix publiés par l'Institut national de la statistique et des études économiques l'avant-dernier mois qui précède la date de revalorisation des prestations concernées. Si ce coefficient est inférieur à un, il est porté à cette valeur.

Une alternative « prudente » pourrait consister à maintenir l'indexation des plafonds sur les prix en fixant des points de rendez-vous réguliers (par exemple tous les 5 ans) pour réexaminer leur niveau au regard de l'évolution des coûts des services et procéder si nécessaire à des revalorisations ponctuelles.

c2) La fréquence des révisions du classement par GIR

La loi ASV a prévu qu'on assure une révision régulière des classements en GIR, ce qui n'était pas le cas dans les années antérieures à cette loi.

c3) L'indexation des bornes du barème de participation

Ce sont ces bornes qui définissent la dégressivité de l'APA avec le revenu. Elles suivent l'augmentation de la majoration pour tierce personne (MTP) qui est elle-même indexée sur les prix.

Cette règle est cohérente avec l'indexation des retraites. Pour un niveau de plan donné, elle permet de maintenir le RAC à un niveau stable.

L'augmentation du niveau du plan (liée à une augmentation du coût des services et à l'adoption souhaitable de plans plus ambitieux) se traduira par une croissance du RAC que le crédit d'impôt ne compensera que de façon partielle. Mais les taux d'effort resteraient dans l'ensemble admissibles.

d) Promouvoir une augmentation et une diversification des plans

Il s'agira de promouvoir une augmentation des plans notifiés mais également exécutés et une diversification du contenu des plans (pour le développement de l'équipement et de l'utilisation des aides techniques par exemple).

d1) Les plans notifiés

Moyenne et médianes des plans notifiés sont en retrait par rapport aux indications des travaux initiaux qui ont défini le niveau des plans de la grille AGGIR.

d2) Les plans exécutés

Si l'on veut contenir les RAC (notamment ceux des classes moyennes) et que les allocataires consomment intégralement les plans qui leur sont notifiés, il faut mieux informer les allocataires et leurs proches :

- sur le crédit d'impôt d'une part et sur le caractère inconditionnel de l'aide (non soumise à l'obligation alimentaire et la récupération sur succession) d'autre part ;
- sur la réalité du reste à charge (après utilisation du crédit d'impôt dont on a dit qu'il convenait d'en rendre le bénéfice contemporain de la dépense).

e) Réduire les disparités départementales avec un objectif de progression des plans exécutés

Il est prioritaire de mener les études complémentaires pour comprendre le facteur non expliqué des variations actuelles (estimé à 40% par la CNSA). C'est un préalable si on veut progresser

dans la voie de références opposables ou de règles de contractualisation entre la CNSA et les départements.

*

* *

L'ensemble de ces efforts passent par une nouvelle donne en matière de financement pour que les départements puissent les assumer.

2) Assurer un meilleur accompagnement et un financement adéquat des aides techniques

a) Une faible connaissance des aides techniques

a1) Les aides techniques souffrent d'une prise en compte insuffisante

Les aides techniques sont présentées comme ayant un rôle indispensable dans les soins, le soutien à l'autonomie ou le développement du lien social des personnes âgées à domicile ou en établissement. Pourtant, l'APA apparaît faiblement mobilisée pour ces aides techniques, à l'exception peut-être de la téléalarme, soit parce que les besoins ne sont pas identifiés dans le plan d'aide, soit parce que ce plan est saturé prioritairement par l'aide humaine.

En réalité, la connaissance sur ces aides techniques est réduite. Sur trois éléments déterminants que sont leur utilisation, les besoins et le financement, l'information est incomplète.

25% des personnes âgées de plus de 60 ans ont recours à une aide technique (enquête HSM de 2008)⁸⁹. Mais l'utilisation proprement dite est mal connue. 7% des personnes ont déclaré disposer d'une prothèse auditive mais cela ne renseigne qu'en partie sur l'utilisation qui est faite de cette prothèse : est-elle portée, adaptée, entretenue ?

Les besoins non satisfaits sont difficiles à estimer. La DREES souligne la faiblesse des besoins exprimés dans l'enquête HSM sans qu'on puisse conclure à une absence de besoin. Le rapport Morel de 2011 rapportait que selon l'association française de téléassistance (AFRATA), la téléassistance n'est utilisée que par 10% des personnes âgées de plus de 85 ans (moyenne d'âge 84 ans, durée moyenne d'abonnement 4 ans) contre 80 % en Suède (chiffres 2008). Or dans l'enquête HSM, 3% des personnes expriment le besoin de s'équiper en téléalarme. Où se trouve le niveau réel du besoin ? Y a-t-il un risque de sous-déclaration liée à la méconnaissance des aides possibles, des financements possibles, voire de ses propres besoins ?

Quant au financement des aides techniques, il a fait l'objet d'une analyse critique de la part de l'IGAS qui estimait en 2013 que le système décentralisé et cloisonné ne permettait pas d'assurer la qualité de la réponse aux besoins des usagers. L'absence de lien entre les financeurs conduisait à se priver d'une vision consolidée des financements et du reste à charge pour l'acquéreur. Le circuit individuel du financement d'une aide technique n'est pas connu pour l'aide inscrite sur la liste des produits et prestations remboursables par l'Assurance maladie (LPRR), puisqu'on ne sait pas dans quelle mesure d'autres financeurs viennent compléter les remboursements ni s'il

⁸⁹ Ce chiffre semble sous-estimé par certains membres du Conseil.

existe un écart de prix entre le tarif pris en charge et le prix facturé. Il n'est pas connu non plus pour l'aide qui n'est pas sur cette liste.

a2) Les facteurs explicatifs

Ce constat d'une faible connaissance concernant l'utilisation des aides techniques et leur financement conduit à s'interroger sur les freins potentiels, qu'ils soient d'ordre pratique ou sociologique.

a2.1) Les freins d'ordre pratique semblent importants

Le premier est le déficit d'information. Pour les personnes non bénéficiaires de l'APA, identifier l'aide qui pourrait répondre au besoin suppose de connaître les aides techniques existantes. En l'absence d'une information centralisée, l'acquéreur potentiel d'une aide technique se trouve devant une multitude de sources, commerciales, étatiques, associatives ... sans qu'il soit toujours possible de les identifier nettement.

La sous-évaluation des besoins semble également être un frein. Les Centres d'Information et de Conseil sur les Aides Techniques (CICAT) dont l'objectif de faciliter l'accès à l'information sur les aides techniques apportent un service intéressant. Une équipe pluridisciplinaire peut procéder à une évaluation du besoin et de l'adéquation de l'aide technique. Ces centres sont dotés d'aides techniques qui peuvent faire l'objet de séances d'accompagnement à domicile. Mais tous les départements n'en sont pas équipés.

Le troisième est l'utilisation des aides acquises : mise en place, utilisation, entretien, réparation sont autant d'étapes qui peuvent nécessiter un accompagnement de la personne âgée. Une aide aussi fréquente qu'une prothèse auditive par exemple est soupçonnée d'être souvent laissée dans un tiroir du fait de la complexité de son utilisation et de son entretien pour une personne âgée.

a2.2) Un autre frein est lié aux représentations stigmatisantes de la vieillesse

La médicalisation du vieillissement, l'usage du terme de « dépendance » notamment ont contribué à cette stigmatisation. Les aides techniques sont des objets qui portent la marque des images qui leur sont attachées. Si la personne n'a pas identifié le besoin qu'elle a de l'aide, l'intrusion dans le domicile d'un objet qui renvoie à l'univers médical et institutionnel peut lui donner un sentiment de dépossession ; cela peut également dépersonnaliser son domicile et lui faire perdre sa fonction « refuge »⁹⁰. L'analyse des refus de la part des personnes âgées d'aides qui modifient leur domicile, tels que l'installation de barre de renfort ou le remplacement de leur lit par un lit médicalisé ou encore l'utilisation d'un fauteuil roulant ou d'un déambulateur montre l'intérêt de prendre en compte ce refus⁹¹. Tenir compte du refus comme manifestation d'une volonté d'autonomisation notamment devrait contribuer à faire évoluer les représentations de la vieillesse.

⁹⁰ Fanny Auger. L'aménagement de l'habitat chez des couples de nouveaux retraités Baby-Boomers : vivre le présent, anticiper l'avenir ?. Sociologie. Université Charles de Gaulle - Lille III, 2016

⁹¹ Balard, Frédéric et Somme, Dominique « Le refus d'aide et de soin des personnes âgées en situation complexe ». *Nouvelles pratiques sociales* 24, n° 1 (2011)

b) Les perspectives de développement des aides techniques pour accompagner le soutien à domicile

Cinq types d'évolution peuvent conduire à penser que l'usage des aides techniques se développera dans les dix ans qui viennent, au service du soutien à l'autonomie des personnes âgées. Ces évolutions tiennent notamment à la mise en œuvre des mesures de la loi ASV, aux évolutions de la génération des baby-boomers et aux perspectives d'innovation technologiques. D'ici à 2030, le recours aux aides techniques pourrait changer de modèle.

b1) La nouvelle dynamique apportée par les conférences de financeurs

La loi ASV prévoit que le premier axe du programme défini par la conférence porte sur l'amélioration de l'accès aux équipements et aux aides techniques individuelles favorisant le soutien à domicile.

Pour la première fois, l'activité des financeurs des aides techniques sur les territoires est recensée. Le premier bilan d'activité des conférences des financeurs réalisé par la CNSA qui retrace l'année 2016 est riche d'enseignements nouveaux. Outre les données financières (voir Tome 1 sur l'état des lieux), le rapport informe sur les projets promus par les conférences de financeurs en faveur des aides techniques.

La conférence des financeurs dispose d'un budget pour financer des actions d'information : show-room itinérants, stands d'information, visite de logement adapté, etc. Ces actions permettent aux participants de voir et de tester les aides techniques. Cette démarche est un pas vers une amélioration de l'information, de la compréhension et de la perception de l'utilité des aides techniques. Elle a le mérite de concerner potentiellement toute la population puisque les actions de la conférence des financeurs ne doivent pas être réservées aux bénéficiaires de l'APA.

L'activité des conférences de financeurs mérite d'être suivie. Le premier bilan d'activité traduit déjà une avancée à la fois dans l'éclairage des financements de l'accès aux aides techniques et dans la dynamique apportée à la mise en visibilité de ces aides.

Il est à noter aussi la compétence des conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA) également créés par la loi ASV sur les aides techniques, ce qui pourrait contribuer à une plus grande visibilité et appropriation de ce sujet sur les territoires.

b2) L'individualisation des aides techniques dans les plans d'action personnalisés de la CNAV

La CNAV propose aux retraités du régime général qui sont encore autonomes mais qui ressentent le besoin d'être aidés à leur domicile en raison de leur état de santé, de leur isolement ou encore des conditions de vie dans leur logement un plan d'actions personnalisé (PAP)⁹².

Le Conseil d'administration de la CNAV a voté en 2017 l'individualisation du financement des aides techniques au sein des PAP, qui comprennent ainsi désormais deux types d'aide : des aides humaines et des aides techniques, ce qui permettra sans doute d'assurer le développement de ces dernières.

b3) Les évolutions générationnelles

Les baby-boomers pourraient adopter des comportements différents des générations précédentes à l'égard des aides qui leurs seront proposées du fait notamment de :

- l'évolution des modes de vie et d'habiter liées à la tertiarisation de l'économie et l'avènement d'une société de services qui familiarise les personnes avec les services de confort (ménage, jardinier), déstigmatisant les services vitaux (portage de repas à domicile, transports avec chauffeur) ; l'habitude du service et du « faire-faire » contribue à rendre plus naturelles des aides de toutes formes ;
- l'avènement du « confort » qui se traduit par la consommation en masse d'objets facilitant la vie tels que l'électroménager, les technologies de l'information ;
- l'aspiration à l'autonomie et l'individualisme des baby-boomers conduit à faire du maintien de l'autonomie une priorité et à accepter les aides à la compensation ;
- l'usage quotidien d'objets connectés pour une grande partie de la population ; l'existence d'une fracture numérique, sociale et territoriale est encore forte, mais au vu du rattrapage constaté sur les dernières années de la part des classes d'âges les plus avancées (voir tableau 6), la fracture numérique pourrait diminuer significativement d'ici 2030, tant en termes d'équipements que d'utilisation d'internet et des objets connectés⁹³. Le rattrapage n'étant cependant pas homogène, certaines populations pourraient rester à l'écart des services rendus par les objets connectés : les personnes sans diplôme notamment, pour lesquelles on constatait un moindre recours à internet en 2009, ont toujours un retard important en 2017⁹⁴.

⁹² Le PAP est un dispositif de conseils, d'aides financières et matérielles qui donne aux retraités les moyens de continuer à vivre chez eux dans les meilleures conditions possibles. Il apporte un ensemble de solutions et de prestations utiles au bien-être des personnes dans des domaines très variés (aide-ménagère, service de repas, garde de nuit, accompagnement aux sorties, équipement d'une téléalarme, hébergement temporaire et accueil de jour, ateliers nutrition, mémoire, équilibre et prévention des chutes, aides à la mobilité, etc.).

⁹³ L'INSEE note qu'en 2017, 80,5 % des personnes résidant en France ont utilisé Internet au cours des trois derniers mois, contre seulement 65 % en 2009. Les plus âgés rattrapent leur retard ; 53 % des 60 ans ou plus sont utilisateurs contre 27 % d'entre eux en 2009. Les pratiques se développent et se diversifient et, parmi elles, les achats et ventes en ligne sont de plus en plus prisés.

⁹⁴ En 2009, la part des individus sans diplôme s'étant connectés à Internet tous les jours ou presque était de 15% (moyenne 46.8%) ; en 2017 elle était de 35% (moyenne 64,8%)

Tableau 6 : Part des individus disposant d'un ordinateur à leur domicile (en %) (ordinateur fixe, portable, netbook ou tablette)

Age	2009	2017	progression
15 à 29 ans	90,9	94,0	3%
30 à 44 ans	87,9	92,6	5%
45 à 59 ans	78,6	89,0	13%
60 à 74 ans	52,8	76,1	44%
75 ans ou plus	17,1	39,2	129%
Ensemble	72,6	82,8	14%

Source : INSEE.

Tableau 7 : Part des individus s'étant connectés à Internet tous les jours ou presque (en %)

Ages	2009	2017	progression
15 à 29 ans	70,3	86,7	23%
30 à 44 ans	59,8	80,0	34%
45 à 59 ans	46,9	68,7	46%
60 à 74 ans	25,0	46,0	84%
75 ans ou plus	4,5	18,0	300%
Ensemble	46,8	64,8	38%

Source : INSEE.

« Les octogénaires de 2030 seront différents de ceux d'aujourd'hui. Plus instruits, plus concernés par l'entretien de leurs capacités physiques et intellectuelles, plus en lien avec le monde grâce aux outils de communication, ils seront aussi plus convaincus de la nécessité de garder des activités valorisantes pour eux, pour la collectivité et excellentes pour leur longévité cognitive. »⁹⁵

Si on peut tabler à l'avenir sur une meilleure maîtrise des outils de communication par des générations de personnes âgées plus familières de ces techniques, il faut souligner qu'aujourd'hui, nombre de personnes âgées ne sont pas équipés ou pas utilisatrices et qu'il convient de les accompagner dans l'accès à ces outils.

b4) Les perspectives d'innovation technologique

Les gérontotechnologies sont attendues comme des solutions prometteuses de soutien à l'autonomie et au maintien à domicile. Dans des domaines aussi nombreux que la santé, la mobilité, les activités domestiques, la communication, les loisirs, les technologies numériques et de l'intelligence artificielle promettent une amélioration de la vie quotidienne des personnes âgées. La perspective de la conduite semi-autonome de leur véhicule peut constituer par exemple un gain d'autonomie pour les personnes âgées en sécurisant et donc en prolongeant la conduite.

⁹⁵ Cité par Les études de Matières Grises, Août Septembre 2018

Les technologies pour la santé et l'autonomie des personnes âgées sont multiples. L'offre englobe des technologies spectaculaires ou discrètes, conçues pour les personnes âgées ou tout public. Cela va de la robotique (robots émotionnels, d'assistance, compagnon), aux objets connectés (pilulier, balance, semelles...) et à l'internet des objets, aux capteurs d'activité et de mouvement (détecteur de chute, bracelet de géolocalisation...), aux applications de prévention sur téléphone portable ou tablette.

Certaines technologies comme les robots sont encore d'ordre expérimental. Même si au Japon, la technologie semble plus avancée, par exemple au travers de robots qui ont des formes de geste de soins, ces robots s'adressent d'abord aux personnels soignants des établissements d'hébergement.

D'autres sont plus avancées. En domotique notamment, les offres vont parfois au-delà des gadgets ou des systèmes d'alarme. Un projet notamment expérimente des technologies d'assistance à domicile⁹⁶ comprenant des capteurs sans fil, des services logiciels et des tablettes numériques apportant des services de surveillance quotidienne avec la détection de mouvement et les capteurs d'activité (prise de repas, toilette, habillage, rappel de rendez-vous...), de sécurité (chemin lumineux, surveillance de la cuisinière, situations inhabituelles) et participation sociale (courriels simplifiés, applications de loisirs personnalisés...). Les déviations d'activité sont considérées comme des signaux d'alerte qui peuvent être notifiés à la personne assistée ou envoyés à l'aidant. Les premières évaluations de l'expérimentation semblent montrer des bénéfices pour les personnes assistées percevant leur autonomie quotidienne comme augmentée. On peut s'attendre à une diffusion de ce type de service, même si ils sont aujourd'hui peu fréquents⁹⁷.

La Fondation de l'Avenir fait un bilan des offres de la Silver économie⁹⁸ : « *L'offre de technologie peine effectivement à trouver sa demande. ...Globalement, les personnes âgées se sentent peu concernées ou mobilisées par ces problèmes que la collectivité ou les industriels les invitent à prendre en charge...* ». « *Les appétits, les désirs, les réalités quotidiennes des personnes âgées leurs relations aux aidantes, à l'autonomie...sont mal connus ou reconnus* ».

A cette méconnaissance des besoins, s'ajoutent divers freins à l'usage de nouvelles technologies⁹⁹ : l'habitat non adapté, la crainte de dysfonctionnement, la crainte de déshumanisation. La déficience cognitive diminue l'acceptabilité en rendant plus difficile l'apprentissage.

A court terme cependant, l'usage actuel de nouvelles technologies et le stade de développement des technologies les plus innovantes (robots, véhicules autonomes...) laissent penser qu'il n'y aura pas de rupture technologique de nature à modifier de manière substantielle le maintien à domicile, qui s'appuiera essentiellement sur le service humain.

⁹⁶ Lucile Dupuy, Charles Consel, Hélène Sauzeon. Une assistance numérique pour les personnes âgées: le projet DomAssist. Publié dans Interstices, revue de culture scientifique en ligne. 2016.

⁹⁷ L'ANAH estime à 1% la part des aides accordées destinées à la domotique.

⁹⁸ L'Avenir des silver tech, Conception usages et évaluation, 2018, Presse de l'EHESP

⁹⁹ Connaissances et freins à l'utilisation de gérontotechnologies des sujets âgés, E. Baudry, J. Poisson, A. Meziere, A.-L. Couderc, C. Schonheit, E. Pautas, A. Bornand, Congrès JASFGG 2014, Paris

Le contexte d'évolution générationnelle, de désir d'autonomie et de familiarité des personnes âgées avec les objets connectés notamment devrait se prêter à une plus grande acceptabilité sociale. Cependant, plusieurs conditions devront être remplies, en plus des questions d'éthique et de protection des données souvent évoquées, pour que les offres rencontrent la demande des utilisateurs et que les seniors puissent se retrouver dans l'univers de la silver économie.

b5) Evolution vers un modèle d'usage des aides techniques

Portée par les évolutions générationnelles et celles des représentations de l'économie, la tendance du recours aux aides techniques pourrait passer d'un modèle orienté sur la consommation et la propriété d'une aide à un modèle orienté sur l'usage et le service lié à l'aide.

La propriété d'une aide technique ne vaut pas utilisation. Ce qui compte pour compenser une perte d'autonomie est l'usage que la personne pourra faire de l'aide et cet usage dépend de l'accompagnement dont elle pourra faire l'objet.

La Technicothèque (voir Tome 1) illustre cette tendance, comme le projet de recyclerie dans le Val de Marne. Il s'agit d'un éco-réseau qui organise le reconditionnement des aides pour proposer un circuit à la fois plus économique et plus écologique que le circuit trop fréquent distributeur/ utilisateur/ poubelle. L'efficacité du circuit peut permettre de financer les services d'accompagnement de la personne acquérant l'aide technique. La conférence des financeurs a permis le développement de tels projets innovants.

c) Préconisations

- Comprendre et prendre en compte les besoins et les motivations des seniors, ce qui suppose de comprendre les déficiences et les limitations liées au vieillissement et leur impact sur la vie quotidienne.
- Sensibiliser à une représentation plus positive de la vieillesse pour contribuer à lever les freins psychologiques au recours aux aides techniques.
- Sensibiliser l'ensemble des acteurs, partenaires et réseaux du secteur du grand âge sur le potentiel des aides techniques tant pour les personnes âgées elles-mêmes que pour les professionnels au domicile et en établissement.
- Développer des méthodes de co-conception et d'évaluation des technologies : création d'un label, tant pour les aides neuves que pour les aides recyclées en tenant compte du fait que toutes les aides techniques n'ont pas vocation à être inscrites dans la LPPR.
- Prévoir un accompagnement humain des personnes âgées tant pour le choix de l'équipement que pour l'utilisation des aides ; veiller à la qualité de formation des professionnels intervenant auprès des personnes âgées et notamment des ergothérapeutes.
- Réduire la fracture numérique territoriale et sociale.
- Simplifier les règles de prises en charge des aides techniques par la conférence des financeurs et les adapter aux nouveaux modèles d'usage.
- Mettre en place une régulation du rapport qualité / prix des offres de technologie pour apporter une garantie d'accessibilité financière.
- Etudier l'opportunité d'individualiser dans les plans d'aide personnalisés les aides techniques comme c'est le cas de la PCH. Cela supprimerait la « concurrence » avec les aides humaines et on peut attendre de cette individualisation un recours plus élevé aux

aides techniques à domicile et en établissement. Il serait intéressant de faire une analyse comparée du recours aux aides techniques dans la PCH et dans l'APA.

- Renforcer la place des personnes âgées dans les instances qui suivent le dossier des études techniques (notamment à la CNSA).

3) Plus de simplicité et de créativité pour l'adaptation du logement et de l'habitat

Face à l'augmentation du nombre de ménages âgés d'ici 2030, l'adaptation du logement et plus largement de l'habitat reste un enjeu majeur qui nécessite d'anticiper l'ampleur des besoins et lever les freins au développement des aménagements du logement.

a) Un enjeu qui reste majeur

Le domicile personnel est le mode de logement dominant des personnes âgées. 89% des personnes de 75 ans et plus vivent à domicile. Et même dans l'hypothèse d'une perte d'autonomie importante, les enquêtes montrent que la solution privilégiée par la population est de rester dans son logement, en l'adaptant (69%) (cf. supra III.A) 1)). Or on sait que les limitations fonctionnelles augmentent avec l'âge. Ainsi, à 85 ans, 70% des hommes et 80% des femmes déclarent au moins une limitation fonctionnelle, et la moitié cumulent deux voire trois formes de limitations. Après 80 ans, 30% des personnes ont des difficultés pour les soins personnels et 65% pour les tâches domestiques. L'aménagement du logement est donc un volet majeur d'une politique de soutien à domicile pour permettre une forme de compensation.

b) Anticiper les besoins en logements adaptés

Dans le champ de la population éligible aux aides de l'Agence nationale de l'Habitat (ANAH), c'est-à-dire des ménages modestes et très modestes, celle-ci avait évalué en 2011¹⁰⁰ à deux millions le nombre de logements qui auraient besoin d'être adaptés du fait de l'avancée en âge de leurs occupants. L'évaluation faite en 2018 pour l'horizon 2030 est de 2,1 millions de logements. En ciblant les ménages en perte d'autonomie importante, soit 300 000 logements, l'ANAH estime à 30 000 le nombre de logements à rénover par an, soit un doublement de l'objectif fixé à l'Agence depuis 2012.

Cette nouvelle estimation des besoins à l'horizon 2030 devrait conduire à anticiper les moyens mis à la disposition des acteurs pour permettre de doubler le nombre de dossiers à traiter et d'aides à financer. Une cartographie des besoins permet de mieux cibler les régions particulièrement concernées.

c) Lever les freins qui expliquent le retard de la France

10% seulement des personnes de plus de 60 ans déclaraient avoir recours aux adaptations de leur logement (HSM de 2008). L'évolution de ce taux de recours n'est pas connue, mais les acteurs du secteur estiment qu'il existe divers freins au recours.

¹⁰⁰ CAS, Note d'analyse numéro 245, l'adaptation du parc de logement au vieillissement et à la dépendance, octobre 2011.

c1) L'adaptation a été davantage encadrée sur le flux de logements neufs que sur le stock existant

Si la loi de 2005 a imposé pour la première fois que tous les logements neufs soient accessibles à tous, il n'existe pas de mesure équivalente pour le stock de logement existant. Le Centre d'analyse stratégique rappelait en 2011 qu'il n'existe aucune obligation de mettre aux normes un bâtiment qui n'a pas d'ascenseur et dont la moitié des occupants sont des personnes âgées. Un locataire ne peut pas imposer à son propriétaire des travaux d'adaptation de son logement et un propriétaire ne peut exiger de sa copropriété des travaux sur les espaces communs.

On peut estimer que les aides de l'ANAH et de la CNAVTS visent à réduire le déséquilibre entre les exigences sur les logements neufs et existants. Les objectifs fixés à l'ANAH dans sa convention d'objectifs en matière d'adaptation de logement sont un des seuls leviers pour développer l'action sur l'adaptation des logements. Les objectifs fixés à 15 000 en 2016, qui semblent atteints, méritaient d'être augmentés pour répondre à la demande et combler le retard. L'annonce d'un doublement des objectifs et des moyens de l'ANAH semble aller dans le bon sens¹⁰¹.

La convention entre la CNAV et les bailleurs sociaux est une initiative intéressante pour promouvoir l'adaptation des logements. Elle prévoit leurs modalités de coopération pour optimiser le recours aux dispositifs mis en place par la CNAV afin de favoriser le développement de solutions d'habitat adapté aux besoins liés au vieillissement. La proportion de personnes de plus de 60 ans, de 30% en 2012¹⁰², étant appelée à augmenter, les bailleurs sociaux seront confrontés davantage aux problématiques du vieillissement, pour lesquelles ils n'ont pas d'aide, hormis une réduction éventuelle de la taxe foncière sur le bâti. Dans ce contexte, un suivi de cette convention ou d'initiatives du même type¹⁰³ serait nécessaire pour en mesurer l'impact sur la mobilisation par les HLM des aides accordées par la CNAV.

c2) La solvabilité des ménages n'est pas clarifiée malgré les nombreuses aides

La solvabilité des ménages est soutenue par un certain nombre d'aides dont l'efficacité n'est pas estimée. La Cour des comptes¹⁰⁴ a déploré l'absence de vision globale sur les logements ayant fait l'objet d'une adaptation liée au vieillissement. Dans quelle mesure la saturation des plans personnalisés de l'APA crée-t-elle du reste à charge ? Les aides accordées par l'ANAH aux ménages modestes et très modestes satisfont-elles toutes les demandes ? Pour les autres ménages, quelle part du financement est-elle couverte par les aides de la CNAVTS notamment ?

La solvabilité des ménages est également améliorée par le crédit d'impôt pour dépenses d'équipements de l'habitation principale, créé par la loi de finances pour 2005. La loi de finances

¹⁰¹ Le 26 septembre 2018, Edouard Philippe a confirmé à Cergy le doublement des moyens de l'ANAH consacrés au financement des travaux d'accessibilité des logements existants, qui passeraient de 50 à 100 millions d'euros

¹⁰² Enquête OPS 2012 : sur 4,7 millions de logements sociaux, 30% des locataires sont âgés de plus de 60 ans et 11 % de plus de 75 ans.

¹⁰³ La convention prévoit notamment la formation et la sensibilisation des collaborateurs des HLM aux besoins liés au vieillissement ainsi qu'une enveloppe de 80 millions d'euros pour accompagner les bailleurs sociaux dans la mise en place d'une stratégie de développement et d'adaptation du parc au vieillissement des locataires.

¹⁰⁴ Cour des Comptes, Le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie, juillet 2016

2017¹⁰⁵ a prolongé ce crédit d'impôt jusqu'au 31 décembre 2020 en en modifiant les règles. L'énoncé des motifs souligne que le dispositif n'a jamais été évalué. Pour gagner en efficacité, le nouveau crédit d'impôt bénéficie, comme avant, à tous les ménages en ce qui concerne les dépenses d'installation ou de remplacement d'équipements spécialement conçus pour l'accessibilité des logements aux personnes âgées ou handicapées. En ce qui concerne les dépenses permettant l'adaptation des logements, le crédit d'impôt est désormais réservé aux personnes souffrant d'un handicap ou d'une perte d'autonomie entraînant son classement dans l'un des GIR 1 à 4. Ce ciblage des ménages bénéficiaires peut se justifier si l'objectif est de modifier la liste des équipements éligibles sans créer d'effets d'aubaine pour des contribuables qui ne sont pas en perte d'autonomie ; il permet d'intégrer des équipements jusque-là non intégrés car à caractère « grand public », mais présentant une grande utilité pour ces personnes en situation de perte d'autonomie. Un tel dispositif mériterait également une évaluation d'impact.

Sur la question de la solvabilité des ménages, les enjeux d'ici 2030 seront de vérifier que l'adaptation du domicile peut être anticipée par les ménages, dans un objectif de prévention de la perte d'autonomie, sans attendre donc d'être en situation de dépendance et sans reste à charge insupportable.

c3) La diversité des acteurs complexifie le montage et la mise en œuvre des projets

Le manque de lisibilité des aides et de coordination locale de la part des organismes finançant les politiques de soutien à domicile a été souligné par l'ensemble des rapports préparant la loi ASV. L'ANAH et la CNAVTS ont fait des efforts pour répondre au besoin de simplification des circuits de décision et de financement. Le déploiement d'une trame commune de diagnostic logement (travaux, encombrement, énergie), la publication d'un guide commun sur les travaux et les aides concernant l'adaptation du logement¹⁰⁶ notamment illustrent ces efforts. Mais l'information reste trop dispersée et illisible pour les personnes âgées et les professionnels. Pour répondre à ce problème, l'exemple de la Grande Bretagne qui a choisi de créer un service national unique de conseils, qui définit une ligne unique de communication auprès des seniors via plusieurs canaux et qui répond à leurs questions est souvent avancé¹⁰⁷. L'ANAH et la CNAV préconisaient en 2013 de faciliter l'accès à l'information au niveau local et soulignaient que certaines collectivités avaient mis en place des « guichets uniques » de l'habitat fonctionnant comme un point d'entrée unique pour l'accompagnement des ménages dans leur projet de travaux pour le soutien à domicile, en associant tous les partenaires.

Au-delà de la notion de guichet unique, simplifier le champ de l'adaptation du logement reste une priorité. Comme le soulignaient l'ANAH et la CNAVTS en 2013 « *la question de la coordination des acteurs est au cœur du débat. Elle se pose, depuis l'étape d'information des usagers, jusqu'à la réalisation effective des travaux d'adaptation des logements et le paiement du solde de la subvention* ».

¹⁰⁵ L'article 200 quater A du code général des impôts

¹⁰⁶ Guide "Mon chez moi avance avec moi", publication ANAH / Interrégimes / CNSA

¹⁰⁷ Stratégie de 2008 « Lifetime Neighbourhoods : a national strategy for housing in an ageing society ».

c4) La stigmatisation des représentations de la vieillesse induit des formes de déni

La stigmatisation de la vieillesse emporte sur l'adaptation du logement les mêmes types d'effets que sur le recours aux aides techniques. Une forme de déni du vieillissement et la peur de la stigmatisation liée à certaines installations marquées du sceau de « dépendance » éloignent les personnes d'une réflexion sur leur environnement domestique¹⁰⁸. La décision d'aménager son logement bouscule les habitudes et les routines de la personne ainsi que sa perception de ce qui est esthétique ou pas. Là encore, tenir compte du refus d'adaptation du logement, intégrer le fait que des modifications d'une chambre ou d'une salle de bains touchent à l'espace intime doivent permettre de faire évoluer les représentations de la vieillesse.

d) Vers des logements polyvalents

Comme pour les aides techniques, les effets des évolutions générationnelles (voir supra) seront marqués par l'évolution des modes de vie, l'avènement du confort et l'aspiration à l'autonomie. D'ici 2030, la demande des ménages pourrait évoluer vers l'exigence de davantage de polyvalence de leur domicile. Les ménages rechercheront des habitations pouvant être facilement et à peu de frais adaptés à l'évolution des besoins des occupants tout au cours de leur vie, traduction dans le domaine du logement la notion de conception pour tous (universal design).

Cette tendance est illustrée par le rapport « Building a society for all ages », publié en 2009 qui traduit la volonté politique britannique de penser les enjeux du vieillissement autrement qu'en termes d'augmentation du nombre de personnes âgées en perte d'autonomie. Construire une société pour tous les âges s'appuie sur des notions de flexibilité et d'adaptabilité. L'objectif est de ne pas se focaliser sur les besoins des personnes âgées mais d'intégrer les besoins de la plupart des ménages, quels que soient leur âge et leur position dans le parcours de vie. Les « Lifetime homes standards » définissent des caractéristiques architecturales et techniques qui conditionnent à la fois l'accès extérieur au logement et les aménagements intérieurs.

Au Canada, le logement adaptable se décline notamment autour des concepts comme Bati Flex qui consiste à prévoir dès la conception et la construction, la possibilité d'apporter facilement et à peu de frais des modifications ultérieures afin de suivre l'évolution des besoins des occupants, comme celui du logement accessoire qui consiste à pouvoir aménager dans la résidence principale un espace habitable supplémentaire, ou encore celui de la maison évolutive qui est une maison mitoyenne qui peut être agrandie en hauteur ou à l'arrière ou encore être divisée à mesure qu'évoluent les besoins de ses occupants. L'objectif est de disposer d'un logement tout à fait ordinaire, mais comportant des caractéristiques qui peuvent être facilement personnalisées selon les besoins particuliers des occupants à mesure que leurs besoins changent. Il peut être amélioré, agrandi, divisé en plusieurs logements ou utilisé à toutes sortes de fins au cours de la vie. Le concept d'adaptabilité est parfois envisagé à l'échelle du quartier : une collectivité offre une variété de formes d'habitations (maisons individuelles, maisons en rangée, appartements et autres) et de modes d'occupation, qui permet aux gens de choisir parmi diverses possibilités à mesure que leurs besoins changent, sans pour autant devoir déménager dans un autre quartier.

¹⁰⁸ Vieillir chez soi, ORS Ile de France 2016

En France, la notion d'accessibilité est plutôt considérée comme un élément à ajouter à la construction initiale, au moyen de normes. Depuis les travaux de préparation de la loi ASV, le concept de design universel progresse, conduisant à réfléchir dès la conception à un usage confortable pour tous¹⁰⁹. L'exemple est souvent pris d'une douche à l'italienne avec un siphon de sol et des éléments suspendus qui permettent à une personne en fauteuil de se déplacer, qui évite à une personne âgée d'enjamber un obstacle, à un étudiant de gagner de la place dans un studio ...

Il semble qu'on recherche de plus en plus la globalisation de la réflexion sur le confort et l'usage du logement. La solution résiderait alors moins dans des mesures d'adaptation spécifiques pour les personnes âgées que dans la prise en compte du confort de la personne quelle qu'elle soit, quel que soit son état.

e) Préconisations

- Inciter l'agence de l'habitat et les administrations concernées à concevoir des guichets uniques pour simplifier le montage des projets d'aménagement du logement
- Sensibiliser les professions liées à l'habitat aux besoins et motivations des personnes âgées (conception / design, architecture ...)
- Développer la recherche de conception pour tous (universal design)

4) Réformer en profondeur le secteur des services à domicile

Le tome 1 du rapport a mis en exergue les principales difficultés de secteur de l'aide, de l'accompagnement et des soins à domicile (hétérogénéité des politiques et pratiques départementales aboutissant à une certaine confusion sur les règles d'autorisation et de tarification, fragilité financière du secteur, difficultés des conditions de travail et des recrutements, carences dans l'organisation des services, etc.).

Trop souvent, ce secteur a été traité en marge des grandes réformes de l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie et quasi systématiquement sous le seul angle de la compensation individuelle, telle que la réforme de l'APA dans la loi ASV. Deux ans après la mise en œuvre de cette loi, plusieurs rapports parlementaires et des inspections générales¹¹⁰ font le constat de la disparition de repères nationaux, fédérateurs et susceptibles de rationaliser l'exercice de l'aide à domicile de personnes âgées en perte d'autonomie.

Le Conseil de l'âge proposera au premier semestre 2019 une analyse plus approfondie du secteur et de ses perspectives d'évolution. De grandes orientations apparaissent déjà pour les prochaines années.

¹⁰⁹ Louis-Pierre Grosbois, Handicap et construction, 2010

¹¹⁰ Tarification des services d'aide à domicile à destination des personnes âgées dépendantes par les Conseils départementaux, Igf, (janvier 2017), Mission relative à la tarification et aux perspectives d'évolution des services d'aide et d'accompagnement à domicile, G. Labazée (mars 2017), Evaluation de la mise en œuvre de la loi d'Adaptation de la société au vieillissement pour le volet du domicile, Igas/Iga, A.-C. Bensadon, Ch. Daniel, F. Scabonchi (oct. 2017), Rapport d'information sur la mise en application de la loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, Commission des affaires sociales, Assemblée Nationale, A. Firmin-le-Bodo, Ch. Lecocq (déc. 2017).

a) Rénover le modèle des services à domicile et faire de ces acteurs des maillons essentiels et reconnus du dispositif de soutien à l'autonomie

Sans une réforme profonde du secteur du domicile, la capacité des services à domicile à absorber la croissance des demandes, à répondre aux exigences de qualité d'accompagnement des personnes et de qualité de vie au travail des professionnels paraît fortement réduite. Une absence de refonte du secteur pourrait obérer fortement la réponse aux enjeux de prévention de la perte d'autonomie, de mise en œuvre du virage ambulatoire et inclusif.

Le modèle renouvelé des services à domicile pour répondre aux besoins des personnes âgées d'ici 2030 pourrait s'articuler autour des missions suivantes :

- des services de qualité autour du socle minimum de missions des services à domicile (accompagnement dans les actes de la vie quotidienne et premiers gestes de soins) ;
- des activités et des services étendus pour amplifier la réponse aux enjeux du grand âge : réduction du taux d'hospitalisation évitable et sécurisation des sorties d'hospitalisation, prévention de la perte d'autonomie par un repérage des fragilités, un accompagnement à l'appropriation d'aides techniques ou à l'aménagement du logement ;
- des actions de coordination étroite avec les autres offres du territoire en tenant compte des spécificités propres à chaque territoire.

Le déploiement de ces nouvelles missions doit pouvoir s'appuyer sur les caractéristiques intrinsèques des services à domicile, et particulièrement la présence des professionnels dans l'intimité et le quotidien de personnes fragilisées mais également sur l'expertise soins portée par les SPASAD. C'est ainsi un levier de la transformation de l'offre d'accompagnement à domicile.

Plus fondamentalement, il apparaît nécessaire de repenser le secteur de l'aide et l'accompagnement à domicile, non comme une charge budgétaire mais comme un investissement pour l'avenir ; et les services à domicile non comme des services annexes au soutien à l'autonomie mais comme des acteurs essentiels pour garantir le libre choix du lieu et du parcours de vie des personnes fragilisées par l'âge, le handicap ou la maladie.

Ceci apparaît comme une condition essentielle d'une politique de soutien à domicile renforcée, structurée et de qualité.

Les services d'aide, de soins et d'accompagnement à domicile sont, de par leurs missions, amenés à être des acteurs centraux des réformes engagées par le gouvernement et notamment le déploiement de la stratégie nationale de santé, la transformation de l'offre médico-sociale, le virage vers la construction d'une société inclusive ou encore le plan de prévention et de lutte contre la pauvreté.

b) Prévoir des financements pérennes et à la hauteur des enjeux

Dans la situation actuelle, la fragilité des financements rend parfois difficile une bonne qualité du service. Elle conduit à une dissociation entre le coût facturé à l'allocataire et le barème de prise en charge par le département (ce qui crée un RAC supplémentaire qui n'est pris en charge que partiellement par le crédit d'impôt) et, à la limite, rend problématique que les gestionnaires s'emparent des opportunités qu'offre l'évolution des technologies nouvelles.

Si l'on veut faire des services à domicile un maillon essentiel dans la prévention et la prise en charge de la perte d'autonomie, ces services doivent pouvoir disposer d'un mode de financement

pérenne et à la hauteur des enjeux, leur permettant d'assumer la variété des missions qui pourraient leur être confiées.

Déterminer les services et les montants permettant de couvrir humainement, matériellement et financièrement les besoins identifiés apparaît ainsi fondamental. Il importe de garantir la prise en compte des coûts économiques et sociaux réels des services d'aide et d'accompagnement à domicile, dans un souci de favoriser le développement de la qualité des prestations et la professionnalisation des intervenants.

Le rapport du sénateur Georges Labazée, et la mission d'inspection IGAS-IGA précités préconisent d'engager sans attendre la réforme du modèle économique des Saad.

Les acteurs du secteur représentés au sein du Conseil appellent à une plus grande stabilité et homogénéisation des financements.

La réforme du financement et de la tarification des services à domicile apparaît ainsi comme un chantier prioritaire pour les prochaines années. Parmi les options envisageables, devra être étudiée la mise en place d'un tarif unique national socle, qui deviendrait le tarif de référence minimale dans les départements¹¹¹. Cela aurait pour effet de simplifier les modes de calcul tarifaires, de rendre plus lisibles les règles de tarification et d'établir un principe d'équité tarifaire entre les structures.

Cela renvoie plus globalement à la gouvernance du secteur de l'aide à domicile et de la politique de soutien à l'autonomie. Faut-il envisager de renforcer le pilotage national, au travers de la CNSA par exemple (cf. infra III.F gouvernance et régulation publique), dans un souci d'une plus grande régulation et équité sur l'ensemble des territoires ?

c) Valoriser les métiers pour une plus grande qualité de l'offre du secteur des services à domicile

Les métiers du secteur à domicile sont marqués par une dégradation des conditions de travail, une augmentation de la sinistralité et un déficit d'image important. Ces différents éléments rendent difficiles tant le recrutement que le maintien dans l'emploi des salariés¹¹².

Il apparaît ainsi essentiel de chercher à :

- décloisonner autant que possible les métiers et parcours professionnels de l'aide et du soin, du domicile et de l'établissement, du grand âge et du handicap ;
- accroître la coopération entre les différents acteurs du secteur sur les aspects sanitaires, sociaux et médico-sociaux (collaboration accrue entre domicile et établissements / hôpitaux, décloisonnement des financements mais aussi des modalités de suivi et d'accompagnement des personnes) ;
- professionnaliser les intervenants, outiller les structures, voir intégrer des compétences nouvelles au sein des services (psychomotricien, diététicien, ergothérapeute, etc.).

¹¹¹ Ce tarif pourrait néanmoins être majoré pour répondre au surcoût de réalisation du service lié à des situations spécifiques au territoire, telles par exemple que celles de zones géographiquement isolées, topographiquement difficiles d'accès et/ou encore socialement paupérisées.

¹¹² cf. Tome 1 et tome 2 II.C sur les ressources humaines et la formation des professionnels intervenant auprès des personnes âgées

5) Consolider le soutien aux aidants

Estimer à moyen terme l'apport de ces aidants pose cinq questions : quel sera en 2030 le potentiel démographique des aidants familiaux (notamment le nombre de conjoints et d'enfants/beaux enfants des personnes en perte d'autonomie) ? Quelle sera leur proximité géographique du domicile de leur proche ? Quelle sera leur disponibilité lorsqu'ils sont actifs ? Quelle sera leur propension à apporter une aide à la personne en perte d'autonomie ? Quelle sera enfin la capacité de notre système social à prendre en compte leurs besoins ?

a) Le potentiel démographique

Contrairement à ce qui est souvent avancé, l'effectif d'aidants potentiels devrait progresser à l'horizon 2030 :

- le taux d'allocataires de l'APA vivant en couple devrait augmenter de 15 % d'ici 2030 ;
- le nombre d'allocataires ayant au moins un enfant devrait se maintenir ;

Comme la baisse de la natalité des dernières années a surtout affecté les familles nombreuses et que la natalité se maintient à un niveau élevé pour les naissances de rangs 1 et 2, le nombre des personnes âgées ayant des enfants/beaux-enfants encore vivants se maintient.

D'après l'article précité, la proportion de femmes ayant des enfants passerait de 85 à 89%. Pour les hommes, la part de personnes en perte d'autonomie avec conjoint est stable (autour de 53%) alors que la part de ceux qui ont des enfants augmente (de 82 à 87%)

Au total, le potentiel démographique des aidants familiaux devrait progresser à l'horizon 2030, sans que l'on puisse être sûr du maintien de cette tendance par la suite.

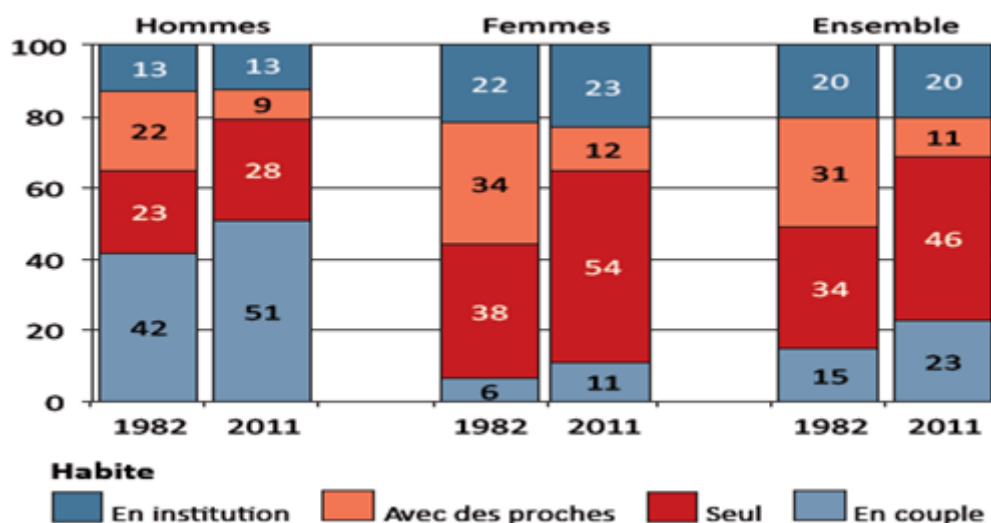
b) La proximité géographique entre personnes en perte d'autonomie et aidants

La proximité des domiciles de la personne âgée en perte d'autonomie et de ses proches, aidants potentiels, favorise le soutien à domicile, notamment à partir de 80 ans. Elle contribue aussi à réduire l'isolement des personnes âgées.

b1) La cohabitation avec des proches, variable selon les territoires

Après 85 ans, chez les hommes comme chez les femmes, on observe sur les trente dernières années un fort recul de la cohabitation avec des proches au profit de la vie à son domicile, seul ou en couple. En 2011, 11% des personnes de 85 ans ou plus cohabitent avec des proches (le plus souvent des enfants ou des frères et sœurs): elles sont donc environ deux fois moins nombreuses que celles vivant en établissement (20%).

Graphique 13 : Répartition des personnes âgées de 85 ans et plus selon leur mode de résidence en 1982 et 2011(%)



Tiré de L. Trabuc et J. Gaymu, Population et Sociétés n°539, INED, décembre 2016.
 Source : INSEE.

Malgré une tendance à l'homogénéisation, les contrastes entre départements restent marqués, notamment du fait des politiques publiques mises en œuvre (développement des services d'aide à domicile, des places en maison de retraite, etc.) et de l'implication familiale. Par exemple, la cohabitation multi-générationnelle reste fréquente dans le Sud de la France alors qu'elle est en recul partout ailleurs.

L'opinion dominante est que le déclin constaté de la cohabitation devrait se poursuivre.

b2) La distance au domicile des proches

A notre connaissance, il n'existe guère d'études dressant un état des lieux des distances entre les domiciles des personnes âgées en perte d'autonomie et celui de leurs proches. On sait cependant qu'après 75 ans, l'éloignement géographique des enfants ne favorise pas le maintien des liens, et il n'est pas bien compensé par les échanges à distance (téléphone, courrier, internet)¹¹³.

Une étude de l'UNAF¹¹⁴ donne des indications précieuses : « la distance séparant le domicile des aidants du lieu de vie de leur parent est rarement importante : une majorité d'entre eux habitent à moins de 10 km, voire à moins de 5 km. Distance et fréquence d'intervention sont en outre intimement liées, comme tend à le révéler l'enquête de l'UDAF 59 : 81 % des aidants amenés à intervenir plusieurs fois par jour habitent à moins de 3 km de leur parent (ils sont 40 % dans ce cas sur l'ensemble des aidants). Toutefois, il convient de préciser que ce phénomène tient essentiellement au fait que les aidants interrogés dans les enquêtes sont pour la plupart des aidants de personnes vivant à domicile. Car comme le souligne l'UDAF 64, quand la personne est hébergée en établissement, l'éloignement est en général plus important : 68 % des aidants de personnes vivant à domicile habitent à moins de 5 km contre 17 % d'aidants de personnes en établissement. Il semble donc qu'un soutien régulier d'une personne à domicile soit peu compatible avec un éloignement trop important ».

¹¹³ Fondation de France (2014).

¹¹⁴ UNAF, Vivre la dépendance d'un proche : l'avis des familles, 2008

Il pourrait être intéressant de mener également des études sur les motifs de déménagement des personnes.

b3) Disponibilité des aidants actifs

Le nombre des aidants actifs pourrait progresser légèrement dans les années à venir : le recul de l'âge effectif de départ en retraite et l'augmentation du taux d'activité féminine pour les femmes de plus de 50 ans devraient avoir un effet supérieur au recul de l'âge d'entrée en perte d'autonomie.

Leur disponibilité dépendra largement des améliorations qu'on peut apporter à leurs conditions de travail (aménagement d'horaires et travail à temps partiel que des règles d'opposabilité pourraient faciliter, congés adaptés, indemnités éventuelles).

b4) Propension des aidants potentiels à apporter de l'aide à leur proche

La motivation des aidants est largement fondée sur le constat que l'aide est « naturelle » et trouve ses racines dans la solidarité des membres de la famille.

Une autre réponse « on n'a pas le choix » illustre le sentiment des aidants que l'aide formelle apportée à leur proche est insuffisante et qu'ils sont contraints de combler ce déficit. Mais il n'y a pas de raison pour penser qu'une amélioration de l'aide formelle pèserait sensiblement sur la propension des aidants à soutenir leur proche. On peut même estimer qu'elle la consoliderait.

Il est nécessaire de suivre l'évolution de l'opinion sur ces sujets par la réalisation de tableaux de bord précis.

b5) Capacité de notre système social à prendre en compte les besoins des aidants

L'apport effectif des aidants dépend largement du soutien qu'on leur apporte. S'il est insuffisant, on court le risque que l'aidant « lâche » parce que la pression qu'il supporte est trop forte ; dans ce cas, on est contraint à l'entrée en EHPAD. L'autre risque est de compromettre les intérêts propres de l'aidant (sa santé ou la disponibilité de temps pour « vivre »).

Une politique publique plus active pour répondre aux attentes des aidants permettrait de contenir le taux d'institutionnalisation.

Comme on l'a analysé dans le rapport de décembre 2017, le soutien actuel aux aidants est jugé très insuffisant. Un bilan qualitatif et quantitatif de la mise en œuvre du « droit au répit » depuis la mise en œuvre de la loi ASV, pourrait être fait (tant au niveau des entreprises pour les aidants actifs que de la sphère privée).

c) Les axes d'action

c1) Information, formation et aide à l'organisation de la vie quotidienne des aidants

Un des premiers enjeux consiste tout d'abord à mieux repérer les aidants : nombre d'entre eux ne sont aujourd'hui pas identifiés (par ignorance des aides existantes, par manque de temps).

Si l'on s'accorde ensuite sur l'importance d'assurer des fonctions d'information, de formation et d'accompagnement des aidants, la situation actuelle est encore imparfaite.

En matière d'information et d'accompagnement des aidants, il conviendrait de comparer trois options concurrentes ou complémentaires :

- le maillage par des institutions spécifiques. En ce sens, le développement des plateformes d'accompagnement et de répit des aidants¹¹⁵ mises en place dans le cadre du 3^{ème} plan Alzheimer 2008-2012 constitue un progrès important et doit se poursuivre. En 2017, la fondation Médéric Alzheimer recensait 171 plateformes d'accompagnement et de répit installées ou en cours d'installation, le plus souvent rattachées à un accueil de jour. Leur implantation géographique présente néanmoins de grandes disparités ;
- l'accroissement des moyens et de la formation des équipes départementales ;
- la généralisation de « gestionnaires de cas » qui auraient « un portefeuille » d'allocataires à suivre de façon régulière, comme il en existe déjà dans le cadre des MAIA¹¹⁶ pour les situations complexes.

Il convient par ailleurs d'encourager et de soutenir les initiatives intéressantes et variées d'écoute et d'accompagnement des aidants menées sur les territoires par les acteurs publics, associatifs ou encore mutualistes. A titre d'exemple, l'Association Française des Aidants (AFA), avec des porteurs de projets locaux, peut dénombrer 185 Cafés des Aidants sur le territoire, des actions de formation des aidants (145 réalisées en présentiel en 2018 et 1200 formations à distance www.formation.aidants.fr). Autre exemple, l'Union des bistrots mémoires organise des événements à destination des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et des proches aidants sur l'ensemble du territoire.

Si les aidants ne sont pas appelés à devenir des professionnels de substitution, la formation des aidants a pour objectifs de les aider à analyser leur situation (celle de leur proche et la leur), à prendre du recul et à trouver des réponses adéquates mais également de leur donner une meilleure connaissance des ressources existantes près de chez eux et de savoir comment les mobiliser.

D'une façon générale, le soutien aux aidants impliquera de développer de nouveaux métiers autour de l'accompagnement des aidants.

c2) Disponibilité des aidants actifs et compensation de leur investissement

Une meilleure conciliation de la vie professionnelle et de la vie familiale apparaît comme un enjeu fondamental pour les proches aidants actifs, qui on l'a vu, auront tendance à croître.

- Deux mesures concurrentes ou complémentaires de soutien financier direct pourraient être étudiées :

- * la rémunération du congé de proche aidant. Ce congé est une formule pertinente pour couvrir une phase difficile où la présence de l'aidant est nécessaire. Mais ce congé souffre de ne pas être rémunéré¹¹⁷ et de sa durée aujourd'hui jugée trop limitée ;
- * une indemnisation de l'aidant similaire à celle de la PCH (où les aidants actifs sont indemnisés au taux de 5,7 €/heure pour la durée reconnue légitime par les équipes de la MDPH dans la limite de 5h¹¹⁸ par jour). Cette aide peut être durable.

¹¹⁵ Les plates formes répondent aux besoins d'information, d'écoute, de conseils, de relais des aidants pour les conforter dans leur rôle d'aidants dans une logique de proximité. Le proche aidant bénéficie d'une évaluation de ses besoins et lui sont proposées des solutions de répit adaptées.

¹¹⁶ Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie

¹¹⁷ Cette rémunération a été retenue par le Sénat dans le cadre d'une proposition de loi de Mme Guidez actuellement en discussion et visant à favoriser la reconnaissance des proches aidants)

- le passage à temps partiel devrait être facilité, soit par un droit opposable, soit par un « right to request ». Ce dernier permettrait à tout salarié parent ou aidant de demander à son employeur un passage au temps partiel, un aménagement de ses horaires ou un aménagement de son lieu de travail, l'employeur conservera le droit de refuser la demande, mais devra motiver les raisons de ce refus.

A noter qu'en Allemagne, ces facilités (congés et droit au temps partiel) peuvent varier avec la taille de l'entreprise.

- les droits à retraite pourraient être améliorés avec l'élargissement de l'assurance vieillesse des parents aux foyers (AVPF) (même si ce dispositif n'a qu'une faible portée sur le nombre de trimestres validés et sur le salaire annuel moyen (SAM)).

- il est vraisemblable que la place de la protection complémentaire des actifs se développera pour leur assurer des services ou des indemnités. Le statut socio-fiscal de la prévoyance le facilite. Resterait à étudier l'élargissement du crédit d'impôt famille aux actions directes des entreprises.

L'adoption des dispositions légales évoquées ci-dessus et la diffusion de la protection complémentaire devraient rendre plus facile pour l'aidant de parler de sa situation dans l'entreprise.

c3) Le soulagement des aidants retraités (essentiellement les conjoints)

Pour soulager les aidants en leur permettant de se ménager des temps libres, on peut utiliser trois types de dispositifs :

- une indemnisation analogue à celle qui existe dans la PCH au taux de 3,7€/heure dans la limite d'un plafond de 8,9 heures¹¹⁹ et pour les durées retenues pas les équipes de la MDPH ;
- l'inclusion du besoin de répit dans les plans personnalisés¹²⁰ ;
- le développement de l'accueil temporaire et de l'accueil de jour (cf. infra le point suivant 6.).

c4) La situation particulière des proches qui hébergent à leur domicile une personne âgée

Même si leur effectif est en baisse (on l'a dit plus haut, 11% des personnes âgées de plus de 85 ans), il n'est pas complètement marginal et peut constituer une solution de première intention intéressante et qui répond à la demande de certaines personnes. La cohabitation peut parfois être difficile notamment dans des zones urbaines, du fait de l'inadaptation et de la promiscuité des logements. Aujourd'hui, les aides publiques qui sont attribuées aux aidants sont trop limitées (une réduction d'impôt de faible montant et qui exclue les ménages non imposables).

On devrait basculer vers un système de crédit d'impôt ce qui généraliserait l'aide et le fixer à un niveau plus substantiel.

¹¹⁸ 6h55 pour le plafond majoré

¹¹⁹ 10h40 pour le plafond majoré

¹²⁰ Certains membres n'y sont pas favorables et souhaitent que les aides de répit se fassent en dehors de ce dernier.

6) Soutenir le développement de l'accueil temporaire

L'accueil temporaire (accueil de jour – AJ -, hébergement temporaire – HT-, accueil de nuit), bien qu'ayant lieu en établissement ou dans une structure dédiée, est un mode d'accompagnement qui se situe principalement sur le versant du soutien à domicile. Il apparaît comme un élément fondamental voire structurant d'une politique de soutien à domicile et de soutien aux aidants, en ce qu'il permet aux aidants dans certaines situations de « tenir » et donc le maintien à domicile de la personne aidée.

a) Les enjeux

Deux enjeux apparaissent fondamentaux pour que se développe à l'horizon 2030 une offre pérenne d'accueil temporaire qui réponde aux attentes et aux besoins des personnes âgées :

- 1/ définir plus précisément les spécificités et modalités de l'accueil temporaire ;
- 2/ poser les conditions favorables au développement de cette offre.

Il ne suffira pas de fixer des objectifs de création de places (ce que n'a d'ailleurs pas fait le dernier plan maladies neurodégénératives 2014-2019), les développements du tome 1 ont en effet montré que la croissance de l'accueil ne s'est pas faite au rythme espéré malgré la notification de places au niveau national et territorial et la mise à disposition de moyens financiers dédiés. Il faudra en premier lieu et surtout chercher à lever les freins au développement et la pérennisation de l'offre. On l'a vu, ceux-ci sont aujourd'hui nombreux et pèsent tantôt sur l'offre, tantôt sur la demande (ce qui se répercute sur l'offre et la fragilise).

b) Les axes d'action

b1) La fixation d'un cadre et d'orientations nationales

Il s'agira de :

- de penser l'accueil temporaire dans tous les lieux où il peut s'exercer (l'hébergement temporaire peut par exemple être fait en EHPAD, en résidence autonomie, dans une structure dédiée, en accueil familial, mais également en résidence services où cela existe déjà en pratique) et aux modalités d'accompagnement et de soutien qu'il nécessite dans chacun de ces lieux ;
- de procéder lorsque c'est nécessaire à des ajustements réglementaires, l'objectif étant de ne pas alourdir les contraintes pour les porteurs de projets mais de lever les obstacles pour suivre les pistes énoncées ci-dessous. Il importera sans doute aussi de rendre cette offre plus flexible, l'accueil temporaire doit être vu comme une modalité de prise en charge et d'accompagnement à part entière venant enrichir l'offre existante mais pas comme une contrainte supplémentaire (ce qui est plutôt le cas aujourd'hui : pour les gestionnaires, l'HT « bloque » des places) ;

En termes réglementaires, pourrait par exemple être discutée la fixation d'un seuil minimal pour l'HT¹²¹ (comme il en existe déjà pour l'accueil de jour), le but étant d'éviter le saupoudrage dans tous les établissements qu'on a pu observer sur certains

¹²¹ En prévoyant des dérogations possibles pour ne pas mettre en péril des initiatives qui fonctionnent bien aujourd'hui.

territoires¹²². Disposer d'un minimum de places permettrait aux porteurs de construire un projet de service spécifique d'HT, de mobiliser des professionnels dédiés, qui pourront proposer un accompagnement personnalisé aux résidents temporaires ;

- de réfléchir davantage à ce qui fait la spécificité de l'accueil temporaire et de chacune de ses composantes et aux conditions de leur réussite (cf. l'état des lieux sur l'hébergement temporaire et les préconisations qui avaient été faits en 2011 par la CNSA, dont on pourra utilement repartir).

b2) La restructuration de l'offre globale d'hébergement et l'optimisation de l'offre d'hébergement temporaire existante

Le développement de l'accueil temporaire passera sans doute :

- par une restructuration de l'offre d'hébergement globale et notamment la transformation de certaines places d'hébergement permanent en HT. La promotion de structures d'accueil temporaire dédiées dont c'est le cœur de métier (sans forcément qu'elles soient autonomes financièrement et juridiquement¹²³), est à réfléchir également (on sait en effet qu'elles sont plus attractives pour les personnes âgées et peut-être plus faciles à gérer). Les membres du Conseil de l'âge sont néanmoins opposés à l'instauration d'un modèle unique et souhaite maintenir la diversité des lieux pouvant faire de l'accueil temporaire ;
- par une optimisation de l'offre existante (le taux d'occupation en HT se situait en 2014 autour de 57 %, ce qui laisse une marge de progression importante).

Il faudra ainsi outiller les ARS, les Conseils départementaux pour piloter ces évolutions avec les structures.

b3) La réflexion à mener sur le modèle médico-économique de l'hébergement temporaire et la limitation des restes à charge en accueil temporaire

Compte tenu du taux de roulement important sur les places, du faible taux d'occupation et des coûts spécifiques liés à ce type de prise en charge, les modalités actuelles de financement de l'HT ne sont pas satisfaisantes et fragilisent les structures. Il faudra instaurer un financement juste et pérenne des places d'HT.

En lien avec cette question, celle du coût et des RAC pour les personnes âgées, en HT mais également en AJ, devra être analysée en profondeur :

- il faudrait harmoniser sur le plan national les règles relatives à l'octroi de l'aide sociale à l'hébergement (dans certains départements, le règlement départemental d'aide sociale ne prévoit pas cette aide pour l'hébergement temporaire). Par ailleurs, il faudrait accélérer les délais d'obtention de l'ASH (aujourd'hui parfois de plusieurs mois, ce qui peut être un obstacle à l'admission de la personne) ;

¹²² Cela nécessitera d'adapter et d'encadrer davantage les possibilités d'accueil informel en hébergement temporaire, résultant de l'alinéa 5 de l'article L.342-2 du CASF.

¹²³ Elles peuvent être gérées par des organismes publics ou privés ou encore par des groupements de coopération. Cette modalité permet de rassembler des services dont les synergies sont évidentes (SSIAD, maison de retraite, services de soins gériatriques). Cela permet aussi de respecter d'autres tailles critiques de gestion, pour éviter le morcellement et bien répartir les coûts des fonctions administratives et logistiques (directeur, comptable), afin d'éviter qu'ils soient prohibitifs.

- les modalités d'organisation et de financement des transports devront également être revues (on sait en effet que les transports en HT constitue aujourd'hui un frein important au recours à cette offre) : des coopérations multi-établissements, multi publics sur les transports adaptés pourraient être intéressantes ;
- l'annonce faite dans le cadre de la feuille de route gouvernementale « Grand âge et autonomie » de mai dernier de réserver 1 000 places d'HT pour faciliter les sorties d'hospitalisation et les retours à domicile, à un tarif correspondant au tarif hospitalier, apparaît particulièrement intéressante pour limiter le RAC pour les personnes. Un plafonnement du RAC pourrait aussi être envisagé dès lors que l'équipe départementale d'évaluation du plan d'aide a reconnu l'HT ou l'accueil de jour comme une composante essentiel de ce plan.

b4) La promotion de l'accueil de nuit

L'accueil de nuit, très faiblement développé aujourd'hui, pourrait répondre à une attente forte des proches aidants, notamment de personnes atteintes de maladies neurodégénératives, qui peuvent déambuler durant les heures nocturnes. Les conditions du développement de ce type d'accueil doivent être analysées.

b5) L'évolution des pratiques professionnelles et le renforcement de la coordination avec les autres acteurs territoriaux

L'accueil temporaire nécessite une adaptation des pratiques professionnelles, la formation et la disponibilité d'un personnel dédié, qui doit notamment mener un travail approfondi avec les proches aidants et l'environnement de la personne (l'une des caractéristiques de l'AT par rapport à une prise en charge permanente réside dans le lien nécessairement fort avec le couple aidant-aidé).

Il nécessite ainsi un renforcement de la coordination avec les intervenants au domicile de la personne et avec les autres acteurs territoriaux (avec les hôpitaux par exemple pour les sorties d'hospitalisation).

b6) La dynamisation et la valorisation de l'offre d'accueil temporaire

Il faut rendre l'offre d'accueil temporaire plus visible et attrayante sur les territoires et renforcer la communication auprès des professionnels et services sociaux, médicosociaux et sanitaires (médecins, assistantes sociales, CCAS, etc.), auprès des réseaux existants (réseaux gérontologiques, réseaux de bénévoles, réseau des EHPAD) et également auprès des familles, personnes âgées et aidants (pour lever notamment les freins psychologiques qui peuvent exister). L'ouverture des EHPAD vers l'extérieur et à d'autres missions dans les prochaines années pourrait contribuer à la valorisation de l'image de l'accueil temporaire, tant auprès des professionnels que des personnes elles-mêmes.

Il faut également faciliter le recours à l'accueil temporaire : mise en place d'outils de rapprochement de l'offre et de la demande, point d'entrée unique d'information sur l'offre existante, gestion optimisée des places disponibles, démarches d'admission facilitées (par exemple par un dossier unique d'admission).

*

* *

En levant les différents freins réglementaires, financiers, organisationnels, psychologiques au recours et au développement de l'accueil temporaire, les pouvoirs publics devraient pouvoir fixer de nouveaux objectifs de création de places d'accueil temporaire atteignables dans des délais impartis, avec pour finalité que l'AJ et l'HT deviennent des éléments clés de la politique de soutien à domicile et de soutien aux aidants et qu'ils s'inscrivent de façon plus habituelle dans les parcours de vie des personnes âgées.

D) L'HABITAT ALTERNATIF OU REGROUPE¹²⁴ : UN SECTEUR EN MOUVEMENT QU'IL FAUDRA ACCOMPAGNER

Les développements de la partie état des lieux du rapport ont permis d'avoir une vision relativement globale de l'offre d'habitat alternatif ou regroupé, et d'en appréhender les principales composantes (résidences autonomie, résidences services et habitat inclusif qui englobe lui-même plusieurs types d'habitat) sous différents angles : philosophie véhiculée, objectifs poursuivis, public visé et accueilli, acteurs à l'initiative et/ou porteurs des projets, modèles juridiques et économiques sous-jacents.

Le développement plus ou moins important de ce secteur apparaît comme un des éléments déterminants des scénarios imaginables en 2030 en matière de prise en charge des personnes âgées. Ceci constitue une donnée nouvelle par rapport au dernier exercice de projection mené par le Centre d'analyse stratégique en 2006. Le rapport « Personnes âgées dépendantes : bâtir le scénario du libre choix » précité comprenait certes une typologie des différents modes de prise en charge professionnelle, dans laquelle figuraient les logements-foyers, les petites unités de vie et quelques lignes sur les établissements hors loi de 2002-2 alors peu développés (résidences services et béguinages). Néanmoins, l'offre d'habitat alternatif n'avait fait l'objet de projections qu'en ce qui concerne les logements-foyers (un déclassement d'environ 20 000 places était prévu en raison de fermeture ou de changement de destination) et dans tous les cas, elle n'apparaissait pas comme un facteur d'évolution significative de l'offre globale proposée aux personnes âgées.

Le contexte a aujourd'hui changé, le nombre de places que représente l'offre d'habitat alternatif ou regroupé (160 000 résidents selon une fourchette basse, cf. estimations partie état des lieux) et son potentiel de développement (cf. projections ci-dessous en 3) pourraient dans une mesure relative entraîner une reconfiguration de l'ensemble de l'offre, du domicile ordinaire à l'établissement médicalisé.

Plusieurs éléments nous amènent à penser que le virage du tiers secteur mériterait d'être pris, voire même encouragé :

- comme l'a montré la première partie du rapport, le secteur de l'habitat alternatif est en pleine croissance. Si ce secteur ne date pas d'hier, la dernière décennie a vu se développer de nombreux projets d'habitats innovants pour personnes âgées, initiés et/ou

¹²⁴ Sur le choix et les difficultés à trouver un terme consensuel pour désigner l'ensemble des composantes de cette offre entre le domicile et l'établissement médicalisé, cf. tome 1.

portés par des acteurs parfois nouveaux et le plus souvent inscrits dans des dynamiques partenariales locales fortes, et également par les personnes âgées elles-mêmes et leurs familles. Un changement de regard vis-à-vis de ce secteur est à l'œuvre et trouve une traduction dans les aspirations des personnes âgées, dans le nombre de réalisations observées et dans l'attention croissante que lui accordent les pouvoirs publics ;

- ce type d'habitat apparaît ensuite comme une réponse pertinente à la question de l'adaptation de notre société au vieillissement et dans une certaine mesure à celle de la prise en charge de la fragilité, voire de la perte d'autonomie des personnes âgées. Il semblerait que tous les acteurs, privés et publics, et les personnes âgées elles-mêmes et leurs familles y aient un intérêt et que ce secteur constitue un secteur d'avenir ;
- l'habitat alternatif constitue enfin une offre innovante et complémentaire pour faire face aux limites de l'établissement médicalisé actuel, qui accueille des personnes de plus en plus dépendantes et fait figure de repoussoir, et aux limites du domicile ordinaire. Si celui-ci peut en effet être aménagé de l'intérieur, il ne se situe pas forcément dans un environnement adapté au vieillissement (proximité des services et des commerces) et peut être un facteur d'isolement social important, lui-même facteur de risque de perte d'autonomie.

Les conditions semblent ainsi favorables pour que la croissance forte du secteur de l'habitat alternatif se poursuive dans les prochaines années (cf. partie 1) et que ce type d'habitat prenne une place plus importante dans l'offre proposée aux personnes âgées en 2030.

Il apparaît ainsi important d'observer et plus encore d'accompagner le mouvement à l'œuvre, de soutenir les acteurs et de promouvoir cet habitat sous ses différentes formes. Nous verrons que malgré la diversité des réalisations, deux modèles d'habitat alternatif ou regroupé semblent se dessiner (cf. partie 2).

La question sera de savoir jusqu'où aller en termes de reconnaissance, de réglementation et de soutien notamment financier de secteur, l'objectif n'étant ni de brider l'innovation, la créativité des acteurs et le dynamisme local sur ces questions, ni de normaliser et d'homogénéiser ce type d'habitat et d'alourdir les contraintes pour les porteurs de projet, mais bien de lever les obstacles juridiques, financiers, administratifs à son développement. Un juste équilibre devra donc être trouvé.

Les enjeux sont de taille pour assurer la pérennité de cette offre et pour qu'en 2030 et au-delà, les personnes vieillissantes, autonomes, fragiles, voire en perte d'autonomie, aient accès géographiquement et financièrement à une offre d'habitat alternatif diversifiée, de qualité et qui réponde réellement à leurs attentes et à leurs besoins (partie 4).

Prendre le « virage » de « l'habitat alternatif ou regroupé aura ainsi des impacts sur les choix de politiques publiques qui devront être faits en matière d'adaptation de la société au vieillissement et d'aide à l'autonomie des personnes âgées.

La question de prendre ce virage et de le réussir se pose avec d'autant plus d'acuité en cette période charnière, puisque l'on sait que la population âgée tout comme ses besoins d'accompagnement, de soins, de prise en charge vont augmenter dans les prochaines années (dès 2025 pour les premiers papyboomers qui atteindront l'âge de 80 ans, âge moyen d'entrée en

habitat alternatif et sur la période 2030-2040) et qu'il faut dès aujourd'hui réfléchir aux solutions à apporter demain. Dès lors, le développement de cet habitat apparaît comme une des solutions.

1) Un fort potentiel de développement de l'offre d'habitat alternatif en 2030

Le dynamisme du secteur de l'habitat alternatif ou regroupé a toutes les chances de se poursuivre dans les prochaines années car les intérêts tant des acteurs privés, publics que des personnes âgées elles-mêmes et de leurs familles, semblent converger vers ce type d'habitat. Son essor apparaît ainsi comme une réponse possible aux défis du vieillissement :

- l'habitat alternatif offre aux personnes vieillissantes un logement adapté et une offre de services, plus ou moins riche selon les formes d'habitat et la demande des personnes, dans un environnement sécurisé et dans un cadre facilitant le maintien du lien social ;
- il constitue une réelle alternative au domicile traditionnel et aux limites de l'aménagement de celui-ci et peut constituer également une alternative à l'établissement médicalisé (ces habitats qui accompagnent leurs résidents jusqu'au bout sont encore aujourd'hui minoritaires mais pourraient être amenés à se développer) ;
- il participe pleinement à la politique de prévention de la perte d'autonomie défendue par la loi ASV. Comme le disait le Haut comité pour le Logement des personnes défavorisées dans son rapport d'octobre 2012 consacré au vieillissement, l'habitat peut accroître la dépendance et l'isolement ou il peut au contraire en être le premier facteur de prévention ;
- le développement de l'habitat alternatif permettra d'accompagner une partie importante des personnes âgées qui ne sera pas confrontée à la perte d'autonomie¹²⁵. Il offre par ailleurs une solution plus immédiate pour faire face au choc démographique à venir, qui débutera dès 2025, année qui verra arriver les premières générations du baby-boom constituées de personnes âgées d'environ 80 ans encore majoritairement autonomes ou pré-fragiles ;
- il bénéficie d'un intérêt croissant des personnes âgées d'aujourd'hui, en ce qu'il leur permet de rester « chez elles » et si possible en proximité géographique. L'habitat alternatif véhicule par ailleurs une représentation plus positive de la vieillesse. Il incarne en effet des valeurs morales jugées plus conformes au « bien vieillir », au « vieillir dans la dignité » et s'appuie sur des principes fédérateurs comme le libre choix, la citoyenneté, l'intégration, l'autonomie et la solidarité. Ces valeurs, plus ou moins mises en avant selon le type d'habitat, correspondent aux aspirations des nouvelles générations de retraités ;
- il fait l'objet de l'intérêt de promoteurs privés mais également d'acteurs publics et sociaux. On l'a vu, les collectivités locales, les bailleurs sociaux ou encore les instituts mutualistes sont les principaux partenaires des projets d'habitats inclusifs par exemple. Le déploiement de cette offre constitue au niveau des territoires un instrument

¹²⁵ Cf. partie I du tome II : pour rappel, une majorité de personnes âgées (près de 75 %) ne bénéficieront jamais de l'APA au cours de leur vie.

d'innovation pour répondre aux besoins des personnes âgées et un levier pour faire évoluer l'offre sociale et médicosociale actuelle. Concernant les résidences services, leurs promoteurs mettent en avant des créations d'emplois nouveaux et non délocalisables et des bénéfiques sur le cœur des villes où elles s'implantent d'un point de vue social, économique et immobilier¹²⁶. Quelle que soit sa forme, l'habitat alternatif offre aussi l'avantage de fluidifier le parc immobilier notamment social, et ainsi de diminuer la pression sur le stock de logements disponibles pour les familles, particulièrement en Ile de France ;

- l'habitat alternatif ou regroupé fait également l'objet d'une attention croissante des pouvoirs publics¹²⁷. Dans un contexte budgétaire contraint, ces habitats peuvent apparaître comme moins coûteux pour faire face à la question du vieillissement et également comme pouvant à terme peut-être générer des économies pour la société (grâce aux effets potentiels de la prévention).

Si tous ces arguments vont dans le sens de la poursuite du développement de cette offre, il reste encore une incertitude importante, résultant de l'inconnu sociologique sur les choix résidentiels des personnes âgées de 2030. Si les seniors (du moins une partie d'entre eux) se disent aujourd'hui attirés par ce type d'habitats ou si rationnellement, ils seraient plus enclins à y entrer, qu'en sera-t-il le jour où ils seront réellement confrontés à la question ? Vont-ils anticiper davantage leur vieillissement et faire des choix de vie en conséquence ? Le rapport sur les personnes âgées en 2030 du Think tank « Matières grises » montre bien les difficultés de prospective sur ces aspects sociologiques.

2) Le maintien d'une offre diversifiée autour deux modèles dominants

L'habitat alternatif ou regroupé se caractérise aujourd'hui par une grande diversité de projets, portés par de multiples acteurs. Plusieurs éléments permettent de distinguer les initiatives les unes des autres :

- les acteurs à l'origine et/ou gestionnaires du projet : collectivités locales et acteurs publics (conseils départementaux, communes, agences régionale de santé), opérateurs privés, acteurs de la gérontologie, bailleurs publics ou privés, instituts mutualistes, associations à caractère social ou d'usagers ;
- le public visé : personnes âgées / publics intergénérationnels, personnes autonomes/ fragiles/en perte d'autonomie, personnes atteintes d'une maladie neurodégénérative, personnes ayant des ressources élevées ou à revenus modestes, etc. ;

¹²⁶ L'Institut Montaigne dans une note de 2014 « Résidences seniors : une alternative à développer » prévoyait la création de 80 000 emplois à l'horizon 2035 grâce au déploiement des résidences services.

¹²⁷ En témoignent la reconnaissance et la volonté de promouvoir « l'habitat participatif » dans le cadre de la loi ALUR de 2014, les nouvelles missions confiées aux résidences autonomie et la reconnaissance des résidences services dans la loi AVS de 2015, la création en 2017 d'un observatoire dédié au développement de l'habitat inclusif et d'un forfait d'habitat inclusif par la loi ELAN, ou encore les dernières annonces de la ministre des Solidarités et de la Santé, Agnès Buzyn dans sa feuille de route « Grand âge et autonomie » de mai 2018 qui souhaite promouvoir les autres formes d'habitat (habitat inclusif et intergénérationnel).

- les caractéristiques architecturales du projet : habitat groupé (le « chez soi » est privilégié par rapport aux espaces collectifs) ou habitat partagé (du type colocation ou cohabitation), etc. ;
- la nature du projet : accueil des personnes autonomes ou à l'autonomie dit « maîtrisée » ou accueil jusqu'au bout de la vie, projet à dimension citoyenne et solidaire forte ou à étayage professionnel soutenu ;
- le niveau d'intervention et de services rendus : gammes et types de service différents selon le projet de l'habitat et/ou les tarifs pratiqués (de la veille et sécurisation à l'animation de temps collectifs, en passant par des aides à la personne ou à l'inclusion sociale) ;
- la taille de l'habitat : entre 50 et 120 logements pour la plupart des résidences autonomie et résidences services, entre 8/10 et 25 logements pour la majorité des habitats inclusifs.

S'il semble important de maintenir la diversité de l'offre d'habitat alternatif ou regroupé telle qu'elle existe aujourd'hui, et ce afin de répondre aux différentes aspirations et besoins des personnes âgées, deux modèles principaux d'habitat pourraient se dessiner à l'horizon 2030 :

1/ le modèle de résidences, comprenant les résidences autonomie et résidences services actuelles, et qui se caractériserait notamment par une capacité d'accueil relativement importante (50-120 logements) ;

2/ un modèle d'habitat à la capacité d'accueil plus limitée, qui comprendrait la plupart des réalisations de l'habitat inclusif et de l'habitat citoyen et solidaire¹²⁸, dont les périmètres se recoupent.

a) Le modèle de résidences pour personnes âgées

Le modèle de résidences pour personnes âgées se caractériserait par une capacité d'accueil relativement importante (50-120 logements), des habitats groupés, la présence de divers professionnels au sein de la structure offrant des services individuels et collectifs plus ou moins variés (*a minima* restauration, blanchisserie, animation, veille et surveillance), pour certains non individualisables et pour d'autres à la carte.

Ces résidences seraient pensées comme des lieux de vie pour personnes âgées autonomes ou pré-fragiles leur apportant sécurité, veille et lien social et des lieux de prévention de la perte d'autonomie. Pour la plupart des résidents, la résidence constituera leur dernier domicile. Une partie d'entre eux, ceux dont l'état de santé ou de dépendance nécessitera une prise en charge et des soins plus lourds, pourront être accompagnés et orientés vers des lieux plus médicalisés (EHPAD, USLD). La sortie aura été envisagée dès l'entrée dans le domicile pour ne pas créer de tensions lorsque les difficultés surviendront. Elle sera facilitée par la création de partenariats entre les résidences et les acteurs gérontologiques et du soin du territoire, et réfléchi au moment venu avec ces différents acteurs, la personne âgée, si elle est en capacité de décider, et sa famille, pour trouver la solution d'accueil et de prise en charge la plus adaptée aux besoins de la personne. La sortie pourrait également être facilitée par le développement de structures

¹²⁸ Le terme « d'habitat alternatif, citoyen et solidaire et accompagné » est celui du Collectif « Habiter autrement », son périmètre recoupe en grande partie celui de l'habitat inclusif.

mixtes (résidences / EHPAD par exemple) où les moyens seront mutualisés, permettant lorsque la personne a besoin d'une prise en charge plus importante, de passer d'une structure à l'autre et de lui garder quelques repères.

Encadré : Exemple en Auvergne-Rhône-Alpes d'un EHPAD avec résidences services (Groupe Colisée, structure privée commercial)

Ouverture prévue en 2017. 46 lits d'EHPAD, 11 places en unité de vie protégée et 27 appartements en résidence service. L'objectif est ainsi de maintenir les personnes dans leur environnement avec des ponts possibles entre la résidence et l'EHPAD (temps partagés, mutualisation de moyens techniques et humains).

Les résidences autonomie et résidences services entreront naturellement dans cette catégorie. Leurs perspectives de développement à l'horizon 2030 ne sont néanmoins pas les mêmes. Par ailleurs, la question de la coexistence de ces deux offres dont les caractéristiques sont proches interroge et devra être éclaircie.

a1) Quelles perspectives de développement pour les résidences autonomie ?

« D'une forme de logement social à un véritable établissement social, en 50 ans, le logement-foyer a évolué tant au niveau de ses normes de fonctionnement et des missions qui lui ont été attribuées que de la législation le concernant »¹²⁹.

Une place spécifique et unique au sein de l'offre d'habitat alternatif, avait déjà été reconnue aux logements-foyers par la loi de 1975 qui les avaient transformés en établissement social, confirmée par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Ce rattachement au champ social et médico-social apparaissait comme une garantie de la professionnalisation et de la qualité de l'accueil et de l'accompagnement au sein de ces structures.

En leur assignant une mission première de prévention de la perte d'autonomie et en leur attribuant un financement dédié via le « forfait autonomie », la loi ASV donne une nouvelle légitimité aux résidences autonomie. Celles-ci seront amenées à accueillir des personnes en partie plus âgées et moins autonomes. La fonction sociale de ces résidences pourrait ainsi s'ajouter une mission plus gériatrique.

Les résidences autonomie, auront-elles les moyens des ambitions qui leur sont données ? Deviendront-elles des lieux de référence permettant de retarder les effets du vieillissement et la perte d'autonomie, des réelles plates-formes ouvertes sur l'extérieur offrant services, animation et lien social aux retraités du quartier ?

Le développement de ce nouveau modèle (tant d'un point de vue qualitatif que quantitatif) n'apparaît néanmoins pas évident :

- si la création du forfait autonomie constitue un réel progrès, les acteurs du secteur attendaient une aide de plus grande ampleur. Se pose ainsi la question de la stabilité et viabilité du modèle économique de ces structures. Les CCAS, principaux gestionnaires de ces structures et par leurs intermédiaires les communes, resteront-ils en première

¹²⁹ Simzac Anne-Bérénice, « Le dispositif des logements-foyers : entre politiques publiques et trajectoires individuelles », thèse de doctorat, mars 2017

ligne ? Y auront-ils un intérêt face notamment au développement d'autres formes d'habitats intermédiaires peut-être moins coûteuses ?

- le statut d'établissement social peut être facteur de lourdeurs pour ces lieux de vie soumis aux obligations du CASF alors pourtant qu'ils sont également considérés sur certains aspects comme du domicile et qu'ils disposent d'un taux d'encadrement bien plus faible qu'en EHPAD. Pour se développer ou même s'étendre, les résidences autonomie sont également soumises aux procédures d'appels à projets, qui ne jouent pas en faveur de leur développement (même si après une stagnation du nombre de structures depuis 2011, on observe ces dernières années une très légère augmentation 2331 structures en juillet 2018 contre 2267 en 2015). Les résidences autonomie sont par ailleurs concurrencées par les résidences services non soumises aux mêmes contraintes ;
- les montants alloués dans la cadre du plan de rénovation des résidences autonomie n'apparaissent pas suffisants pour réhabiliter un parc très vieillissant et qui devra s'adapter à la prise en charge d'une population moins autonome qu'auparavant ;
- enfin se pose également la question de l'attractivité des résidences autonomies nouvelle génération. Si aujourd'hui, la demande en résidence autonomie reste forte (délais d'attente plus longs qu'en EHPAD), attireront-elles les seniors de demain ?

Au regard de ces différents éléments, il apparaît donc que sans une impulsion forte donnée au niveau national, sans une volonté affirmée au niveau local de développer ce type de structures et sans moyens financiers dédiés, les perspectives de développement des résidences autonomie sont faibles, voire le nombre de ces structures pourrait venir à baisser si une partie du parc devenait trop vétuste et inadaptée à une population par ailleurs plus « dépendante » que la population initialement accueillie au sein de ces établissements.

a2) Quelles perspectives de développement pour les résidences services ?

Les perspectives de développement des résidences services sont beaucoup plus favorables si l'on en croit les sondages d'opinion¹³⁰ et les prévisions de croissance des opérateurs du secteur : selon une étude non publique du cabinet Xerfi-Precepta sur les résidences seniors à l'horizon 2021 dont les rapports du cabinet EHPA Conseil et de l'IGAS cités dans le tome 1 du rapport révèlent quelques extraits, 65 résidences pourraient sortir de terre chaque année entre 2016 et 2020 portant à 1 000 leur nombre en 2020 (ce qui représenterait un peu plus de 100 000 résidents).

La loi ASV en reconnaissant et distinguant les résidences-services de première génération et de seconde génération, est venue cadrer un minimum cette offre et sécuriser quelque peu les droits des occupants à travers la définition des services non-individualisables et en mettant en place un conseil des résidents, chargé notamment d'émettre des avis sur les besoins de créer ou de supprimer un service au sein de la résidence (article L. 631-14 du CCH). Par cette reconnaissance, les résidences-services seraient en mesure d'acquérir une véritable place au sein

¹³⁰ Selon une enquête réalisée par l'IFOP, les français plébiscitent le fait de pouvoir continuer à vivre dans un appartement individuel au sein d'une résidence dédiée¹³⁰. 59 % des 50 ans et plus se verraient choisir une résidence services, car elle permet de garder son indépendance tout en bénéficiant d'un environnement sécurisé, avec des personnes disponibles 24 h/24 en cas de besoin. 61 % des seniors plébiscitent le fait de pouvoir continuer à vivre dans un appartement individuel, 44 % les services à la carte comme la préparation des repas ou l'aide au ménage, 11 % les activités de loisirs qui y sont proposées. 71 % des personnes sondées considèrent néanmoins le prix comme le principal frein pour s'y installer.

de l'offre d'habitat intermédiaire. Deux facteurs devraient sans doute faciliter le développement des résidences-services dans les prochaines années.

D'une part, le secteur est peu réglementé aujourd'hui : les structures peuvent s'implanter facilement (sans la contrainte des appels à projet et de la procédure d'autorisation du Conseil départemental), ne sont pas concernées par une limitation du Gir moyen pondéré (GMP) et les acteurs peuvent choisir leur positionnement (niveau de gamme, services proposés).

D'autre part, ce secteur attire les investisseurs privés notamment lucratifs¹³¹ mais il intéresse également d'autres acteurs sociaux (mutuelles, élus) qui ont eux aussi un intérêt au développement de cette nouvelle offre.

La croissance future de ces résidences demeure néanmoins difficile à prévoir pour les prochaines années. Les projections restent approximatives (cf. hypothèses haute et basse évoquées au 3)) par manque de visibilité du secteur, et cette forte croissance observée actuellement suppose la viabilité du modèle économique des résidences services et notamment le maintien de conditions fiscales actuelles favorables. Par ailleurs, nous aurons d'ici peu le retour des premières générations ayant vécu en résidence service, cela pourrait avoir un impact sur la demande des générations suivantes.

Le rapport de l'IGAS de février 2015 sur « les résidences avec services pour personnes âgées » estimait que les résidences services « *peuvent constituer une solution de logement intéressante pour une partie de la population âgée puisqu'elles proposent de la convivialité liée à de la sécurité* », mais il précisait « *sous réserve que la qualité des services et que la maîtrise des coûts soient effectives* ». Par ailleurs, il invitait également à la prudence au regard de « *l'instabilité fiscale, des incertitudes concernant le marché de la revente, de la concurrence entre opérateurs, mais aussi de l'inexpérience de certains gestionnaires* ».

Encadré. La situation particulière en Outre-mer : Un manque criant d'habitat alternatif

On l'a vu, l'Outre-mer sera confronté à un vieillissement important et parfois brutal de sa population, notamment en Martinique et en Guadeloupe mais également dans une moindre mesure dans d'autres territoires comme Wallis et Futuna et Saint Pierre et Miquelon. Le livre bleu Outre-mer issu des assises des Outre-mer pointe le manque important de structures d'accueil et de suivi des personnes âgées, notamment d'habitat regroupé ou alternatif¹³². Il relève ainsi « qu'au regard des législations spécifiques applicables en Outre-mer, les résidences autonomie ne peuvent y être déployées » et préconise « qu'une étude d'impact soit menée pour évaluer les avantages et inconvénients de modifier la législation en vigueur afin de permettre à ce type d'établissement de bénéficier des avantages attachés aux résidences autonomie (notamment le forfait autonomie) ». « Dans l'attente, le développement d'autres dispositifs associant hébergement et services, tels les résidences-services, seront soutenus ».

Sur ces territoires, où l'isolement géographique peut être fort et où peuvent s'étioler les solidarités familiales, la question du développement de l'habitat regroupé ou alternatif pourrait devenir un enjeu majeur pour faire face aux défis du vieillissement.

¹³¹ Les organisations syndicales de retraités (CGT, UCR-FO, CFTC, CFE-CGC, FSU), la FRG-FP, Ensemble et solidaires contestent le développement de cette offre privée destinée à un public ayant les moyens financiers, laissant au secteur public les personnes en difficulté financière, d'autant que ces résidences privées n'offrent pas une qualité de services en lien avec le coût demandé aux résidents.

¹³² La CNAV conforte ce constat et mentionne que dans ses autorisations de programme, aucune ligne de crédits d'investissement n'est affectée aux caisses ultra-marines pour le financement de structures intermédiaires existantes et/ou de projets de construction. Seule La Réunion a sollicité depuis 2 exercices une dotation à la CNAV pour pouvoir accompagner la réalisation de projets de construction.

Face à ces perspectives de développement relativement opposées des résidences autonomie et des résidences services se pose la question de la coexistence de ces deux offres et de leur différenciation.

a3) Poser la question de la différence de statut entre les deux types de résidences

On l'a vu dans la partie Etat des lieux, les deux formules se ressemblent fort en termes d'architecture, de services, de fonctionnement et de population accueillie et pourtant, elles ne sont pas soumises au même régime juridique et ne bénéficient pas du même soutien par les pouvoirs publics.

Certains cherchent à distinguer les résidences autonomie en s'appuyant sur les dispositions de la loi ASV qui leur attribue une mission spécifique de prévention de la perte d'autonomie, les ouvre sur l'extérieur et leur permet d'accueillir jusqu'à 10 % de GIR 1-2 et 15 % de GIR 1-3. Elles auraient ainsi vocation à répondre à d'autres besoins et cibler un autre public, venant créer un échelon supplémentaire entre le domicile et l'EHPAD. En réalité, les nouveaux seuils fixés par la loi l'ont été en considération de la population déjà accueillie au sein des anciens logements-foyers et ne changent pas vraiment la donne. Ils permettent peut-être d'accueillir plus facilement dès l'entrée des personnes bénéficiaires de l'APA et de mieux préparer la sortie grâce aux conventions de partenariat que doivent passer les résidences autonomie avec les EHPAD, les services d'aide et de soins et les structures de santé. De leur côté, les résidences services par l'accompagnement qu'elles proposent participent également à la politique de prévention de la perte d'autonomie. Rien ne les empêche par ailleurs d'accueillir le même type de public, elles n'ont en effet aucune restriction particulière sur ces sujets et de fait comptent déjà parmi leurs résidents actuels une partie de personnes en perte d'autonomie, que l'on ne sait chiffrer précisément.

La seule réelle différence repose sur le public visé et accueilli en termes de revenus : les résidences services sont destinées à une clientèle plutôt aisée, les résidences autonomie à un public aux revenus plutôt modestes.

Dans ces conditions, comment justifier une telle différence de statuts et de financement (les unes bénéficient d'un forfait autonomie, les autres reposent sur des dispositifs fiscaux avantageux). La situation actuelle ne revient-elle pas à favoriser un concurrent au profit d'un autre ?

Ces questions complexes méritent d'être posées et devront faire l'objet d'approfondissements : peut-on laisser perdurer la situation actuelle ? Faut-il rapprocher les deux types d'offres (assouplir le régime des résidences autonomie ou au contraire réglementer davantage celui des résidences services) ? Au nom de quels principes d'ailleurs faudrait-il le faire ? Quelle offre les pouvoirs publics souhaitent-ils au fond privilégier ?

La question est importante car en l'état actuel des choses, sans visibilité sur une partie de l'offre (et notamment sur les résidences services), la conduite des politiques publiques en termes de programmation et de financement notamment, apparaît difficile.

Aucune réponse à cette question n'a néanmoins été apportée à ce stade par les membres du Conseil de l'âge. Des réserves fortes ont été exprimées sur un éventuel rapprochement des deux offres qui répondent à des besoins et des publics différents, sur l'intégration des résidences

services dans le code de l'action sociale et des familles, sur une réglementation excessive et le cloisonnement des dispositifs, tout ceci risquant de casser la dynamique actuelle de développement des résidences services.

Quelles que soient les réponses données par les pouvoirs publics, ils devront dans tous les cas s'intéresser davantage à l'évolution de l'offre en résidences services, qui si les prévisions se confirment, constituera prochainement (avant 2030) une offre équivalente à celle des résidences autonomie.

Un autre point semble devoir être éclairci rapidement car il est source d'une grande ambiguïté pour les personnes âgées notamment. Il concerne le positionnement et la mission des résidences services face à la question gériatrique, c'est-à-dire face à la perte d'autonomie progressive d'une partie des résidents de son parc.

a4) Clarifier le rôle des résidences services face à la question gériatrique

Il apparaît nécessaire de clarifier le rôle et les missions des résidences services dans le champ gériatrique, pour lever l'ambiguïté existant aujourd'hui dans les représentations des personnes âgées et de leur entourage. En effet, si les résidences se revendiquent comme un acteur du « bien vieillir » et de la prévention de la perte d'autonomie, les résidents les conçoivent aussi comme un outil de prévention de l'entrée en EHPAD et une alternative pérenne à l'institution. Si les deux conceptions participent évidemment d'une même logique et approche, les réponses apportées et moyens mobilisés ne sont pas les mêmes.

Les études de terrain¹³³ montrent que nombre de personnes entrant en résidence services n'envisagent pas de quitter cet habitat y compris lorsqu'elles perdent en autonomie, il s'agit même d'un élément déterminant dans la décision d'y emménager. Pour elles, cette forme d'habitat rendrait ainsi réalisable l'aspiration à vieillir et mourir chez soi. Or, pour les directeurs et les professionnels intervenants dans ces résidences, la perte d'autonomie constitue la limite de leur périmètre d'intervention (personnel en nombre insuffisant et non formé pour ce type de prise en charge). Les directeurs multiplient d'ailleurs les partenariats avec les acteurs médicosociaux, tantôt pour faciliter l'orientation de leurs résidents vers l'EHPAD, tantôt pour accueillir des personnes fragilisées en séjour de repos. Peuvent alors naître des tensions et incompréhensions entre les professionnels, les gestionnaires de l'habitat et les résidents lorsque ceux-ci perdent en autonomie ou que les besoins en soins augmentent, celles-ci étant dues à une perception différenciée des missions de la résidence services.

Si juridiquement, rien n'oblige le départ de la personne de l'habitat (le résident est détenteur d'un bail de location classique et non d'un contrat de séjour, comme dans un ESMS), l'absence de réponses aux besoins de la personne va au bout d'un temps forcer les choses et la mobilité vers un lieu plus adapté.

Aujourd'hui, la loi ne précise rien quant aux périmètres d'intervention de ces structures. Il faudra sans doute pourtant clarifier leur place dans l'offre et leur donner les moyens pour assumer leur rôle.

¹³³ Gérard A., « La résidence services seniors, quel rôle dans la gestion du vieillissement ? », RFAS, n°4, 2016.

S'ouvrent en effet deux possibilités :

- les résidences services sont conçues comme des lieux de prévention mais non de prise en charge de la perte d'autonomie : il faut alors prévoir dès l'entrée dans les lieux les modalités de sortie et prévenir le résident qu'en cas de perte d'autonomie et / ou de besoins de prise en charge trop importants, celui-ci pourra être accompagné et orienté vers un autre lieu plus adapté à ses besoins. Il faut également multiplier les partenariats avec les autres acteurs locaux gérontologiques pour organiser la sortie le moment venu ou développer des structures mixtes (résidence services / EHPAD par exemple), promouvoir les passerelles entre les lieux de vie et les structures médicalisées, accompagner les moments de transition.

Cette option aurait le mérite de clarifier les choses aux yeux des personnes âgées et de prévenir les conflits et tensions lorsque les difficultés surviennent. Elle présente néanmoins le risque d'une perte d'attrait des résidences, celui-ci reposant sur le fait qu'elles étaient conçues comme des alternatives à l'institution médicalisée.

- les résidences services sont conçues comme des lieux de prévention et de prise en charge de la perte d'autonomie, et donc comme une alternative à l'EHPAD. Il faut alors leur donner les moyens de maintenir les personnes en résidence le plus longtemps possible, sans toutefois médicaliser trop l'habitat au risque de le transformer peu à peu en EHPAD et qu'il soit requalifié. Le renforcement de la politique de maintien à domicile (ordinaire ou intermédiaire) est alors essentiel (meilleure organisation, coordination, accessibilité des services d'aide et de soins de ville – SAAD, SSIAD, SPASAD, HAD -, renforcement du soutien aux aidants, etc.).

Cette option répondrait sans doute davantage aux vœux des résidents mais poserait vraisemblablement des difficultés de mise en œuvre aux gestionnaires. Les résidences services pourraient perdre ici aussi en attractivité, du fait de la présence au sein de ces résidences de plus en plus de personnes dépendantes.

b) Un modèle d'habitat alternatif ou regroupé de petite capacité reposant sur les valeurs de citoyenneté et de solidarité et sur une bonne coordination des acteurs territoriaux

Le deuxième modèle qui se dessine dans les prochaines années est celui d'un habitat à la capacité d'accueil plus restreinte, pouvant accueillir entre 8-10 et 25 résidents, prenant la forme d'un habitat groupé (un chez soi et des espaces communs) ou d'un habitat partagé (cohabitation ou colocation). Le personnel de la structure est limité (salarié unique ou petite équipe qui tourne) et assure une mission polyvalente et très importante de veille et de sécurisation de la personne et du domicile, de repérage et d'alerte en cas de dégradation de la situation de la personne, d'animation de la structure, de coordination des interventions individuelles et collectives, de médiation entre les habitants, avec les familles et tous les services et intervenants extérieurs (médicaux, sociaux et médicosociaux). Il constitue la personne ressource de la structure, celle qui veille, écoute, informe, conseille, accompagne, oriente et fait le lien avec l'ensemble des

parties prenantes. Ce personnel peut prendre le nom de « gouvernante » ou « de coordinateur » de la structure ou encore « d'accompagnateur de vie sociale ».

Du fait de sa petite taille, les autres services rendus aux habitants (services d'aide aux actes de la vie quotidienne, à la personne ou services de soins, etc.) ne sont la plupart du temps pas intégrés à la structure mais proposés par des professionnels extérieurs au dispositif et choisis par le résident ou par les résidents qui décident de mettre en commun les aides qu'ils perçoivent (plans d'aide APA en ce qui les concerne). Des bénévoles peuvent également participer au dispositif. La famille et les proches aidants sont également mobilisés et peuvent dans certains projets être de véritables acteurs de la structure.

Ces lieux sont pensés comme des lieux de vie pour les personnes âgées se situant à proximité de leurs anciens domiciles, des lieux de prévention de la perte d'autonomie et lorsque le projet le prévoit, aussi des lieux de prise en charge de la perte d'autonomie (pour toutes limitations à l'autonomie confondues ou pour certaines formes particulières comme les maladies neurodégénératives). Dans ce dernier cas, le personnel permanent est étoffé pour assurer une présence quasi en continue.

Ces habitats s'appuient sur l'implication des personnes concernées et de leurs familles, le lien social et l'entraide et sur l'accompagnement professionnel pour faire face au vieillissement. Ils reposent des valeurs fondamentales que sont la citoyenneté et la solidarité.

Encadré. Monographies d'habitat : « Les maisons Ages&Vie », « Les Vill'âge bleu », « La maison du Thil »

Depuis 2008, le réseau « Ages&Vie », développe des domiciles partagés et meublés pour 8 personnes âgées en perte d'autonomie (GIR 2-3-4) d'environ 300 m², offrant une prestation de services apportée par un service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) dédié. Le profil des intervenants est celui d'auxiliaire de vie apportant à chaque colocataire un accompagnement complet pour tous les actes de la vie quotidienne, 365 jours par an, de 7h à 21h. La formule de colocation permet, en mutualisant certaines interventions (confection des repas, astreinte, ...) de diminuer les coûts. Certaines auxiliaires de vie habitent sur place, dans des logements de fonction situés à l'étage, ce qui permet l'organisation d'une astreinte 24h/24h déclenchant intervention rapide. Le soin est apporté par les médecins et infirmières du secteur, ainsi que par les structures spécialisées (SSIAD, HAD, ...). Chaque personne âgée dispose d'un studio privatif d'environ 30m², avec salle d'eau individuelle. Les bâtiments construits s'insèrent dans leur quartier avec l'objectif de permettre une vie la plus normale possible, en ouverture sur l'environnement proche.

Chaque colocataire bénéficie de deux contrats distincts : un bail d'habitation ainsi qu'un contrat de prestation pour les services d'aide à domicile. Le coût total (APA déduite) est de l'ordre de 1300-1600 € mensuel (GIR 3-4), incluant loyer, charges locatives, achats communs de denrées alimentaires et produits d'entretien et prestations de service.

Le réseau Ages&Vie est actuellement implanté sur la région Bourgogne – Franche-Comté (30 sites d'implantation, 330 personnes hébergées/accompagnées). Le gestionnaire prévoit l'essaimage des structures à l'échelle nationale, pour aboutir à plusieurs centaines d'implantation partout en France.

« Les Vill'âge bleu » à Dijon, constituent un habitat groupé, porté par la mutualité française bourguigonne en partenariat avec des communes et un bailleur social, composé de 25 maisons mitoyennes dédiées à 30 seniors (+ 10 maisons mitoyennes pour des familles) et une salle collective. Les personnes sont pour la plupart autonomes, quelques-unes sont fragiles. Une « accompagnatrice à la vie sociale » assure une présence en journée en semaine et propose des visites aux locataires, des temps conviviaux, des activités et des sorties. Elle apporte une aide aux démarches. Elle a un logement de fonction sur place

et un véhicule mis à disposition pour les sorties et accompagnements individuels.

La maison du Thil à Beauvais (Oise) est un habitat partagé porté par les Petits frères des pauvres en partenariat avec l'association Monsieur Vincent, ADHAP, France Alzheimer. Il propose à 7 colocataires (hommes et femmes) atteints de pertes cognitives une colocation dans une grande maison avec jardin. Une équipe d'auxiliaires de vie, présente 24 h / 24, apporte une aide à tous les actes de la vie quotidienne. Une équipe de bénévoles assure des visites, l'animation d'activités, de temps conviviaux, etc. La gouvernance de la structure est assurée en responsabilité partagée au sein d'un conseil de colocation composé des partenaires, des bénévoles, des colocataires et de leurs familles.

Ce deuxième modèle qui s'inspire de ce qui se pratique en Allemagne ou de l'approche Carpe Diem au Québec se développe également en France sous d'autres appellations (ex : « la Maison des sages ») et dans d'autres régions.

En Allemagne, se sont développées depuis les années 1990 les « Demenz WG » ou colocations pour personnes atteintes de démences à l'initiative de la branche allemande des petits frères des pauvres. Ces habitats répondent aux besoins spécifiques de ces publics de par leur petite taille et la possibilité d'un accompagnement intensif. Les services d'aide et de soins sont réalisés par des services extérieurs et intégrés dans le quartier (centre de compétences assurant la coordination et la mise en réseau). Il existait en 2013 entre 500 et 600 Demenz WG en Allemagne (dont plus de 200 à Berlin) et elles ont continué à se développer. L'émergence du concept a entraîné selon Hélène Leenhardt¹³⁴, des évolutions au niveau de l'établissement institutionnel, qui dans sa quatrième et cinquième génération, a tendance à se réorganiser en petites unités fonctionnant de manière autonome les unes des autres, à l'image d'une grande famille, et à mettre en avant la préservation de l'espace privé et la participation à la vie publique.

Sources : Note d'information DGCS du 27 octobre aux ARS visant à promouvoir les formes d'habitat inclusif pour les personnes atteintes de maladie neurodégénérative, Rapport d'étude du Collectif « Habiter autrement » précité, Rosenfelder Cécile, « Les habitats alternatifs aux dispositifs gérontologiques institués. Des laboratoires d'expérimentation à l'épreuve de la fragilité et de la dépendance des personnes âgées », thèse de doctorat, juin 2017.

Ce deuxième modèle regroupe certaines formes de l'habitat inclusif (béguinages, habitat participatif, cohabitation de seniors en habitat partagé) et de l'habitat citoyen, solidaire et accompagné, dont les périmètres se recoupent en grande partie.

Quel avenir pour l'habitat inclusif ?

L'habitat inclusif (ou habitat citoyen et solidaire pour les acteurs de la société civile) connaît un essor important depuis une dizaine d'années, en réaction sans doute à la médicalisation croissante des établissements. Il s'est développé hors du cadre médicosocial, celui-ci étant peu propice à l'initiative et à l'innovation.

La plupart des acteurs publics, privés et associatifs, les habitants, les familles, les salariés, les partenaires et bénévoles parties prenantes de ce type d'habitat, apparaissent satisfaits, tout en reconnaissant certaines difficultés de fonctionnement.

Parmi les réalisations étudiées par le Collectif Habiter autrement¹³⁵, peu doivent faire face à la vacance. Cette offre semble donc rencontrer une demande, elle s'avère être complémentaire de l'offre en établissement et constitue selon ce Collectif, une réponse « à l'évolution des attentes

¹³⁴ Hélène Leenhardt, « Déjà la cinquième génération d'établissement en Allemagne », Documents-Cleirppa, 2013, Cahier n°49.

¹³⁵ « L'habitat alternatif, citoyen, solidaire et accompagné, prenant en compte le vieillissement », rapport d'étude du Collectif « Habiter autrement », juillet 2017.

citoyennes : attente de désinstitutionnalisation, désir d'être acteur de son propre vieillissement, de décider soi-même où mettre le curseur entre sécurité et autonomie, individuel et collectif ». Elle a « un rôle de prévention de la perte d'autonomie et peut éviter l'entrée en institution de personnes peu dépendantes ne disposant pas de ressources pour organiser seules les aides permettant de rester vivre à domicile ». Ce type d'habitat assure ainsi sécurisation, lien social et soutien à l'autonomie et permet en effet de mutualiser un certain nombre de coûts, notamment ceux liés à une présence et un accompagnement renforcé.

L'enquête nationale relative à l'habitat inclusif pour personnes handicapées et personnes âgées menée par la DGCS¹³⁶ en 2016, confirme le même ressenti du côté des acteurs institutionnels (départements notamment), qui voient le potentiel important de cette offre et ses points forts :

- 96% des Conseils départementaux ayant identifié une offre d'habitat accompagné sur leur territoire considèrent que cette offre émergente répond à des besoins spécifiques locaux, permet davantage de souplesse et est au cœur des projets futurs ;
- plus de 85% des Conseils départementaux considèrent cette offre comme complémentaire à celle sociale et médico-sociale (avec une conscience de la porosité entre les deux offres et du besoin de clarification qui en découle) ;
- 70% d'entre eux soutiennent le développement de projets d'habitat accompagné personnes âgées/ personnes handicapées : principalement dans le cadre de partenariats (82 %), par le biais d'appels à candidatures (17 %) et de soutiens financiers (10 %).

Ce type d'habitat pourrait ainsi continuer de croître dans les prochaines années, constituer une part plus importante dans l'offre globale, voire inspirer à l'image de l'Allemagne, nos modèles plus institutionnels.

Les acteurs institutionnels et de la société civile identifient néanmoins des freins importants au développement de cette offre et susceptibles de mettre en cause sa pérennité :

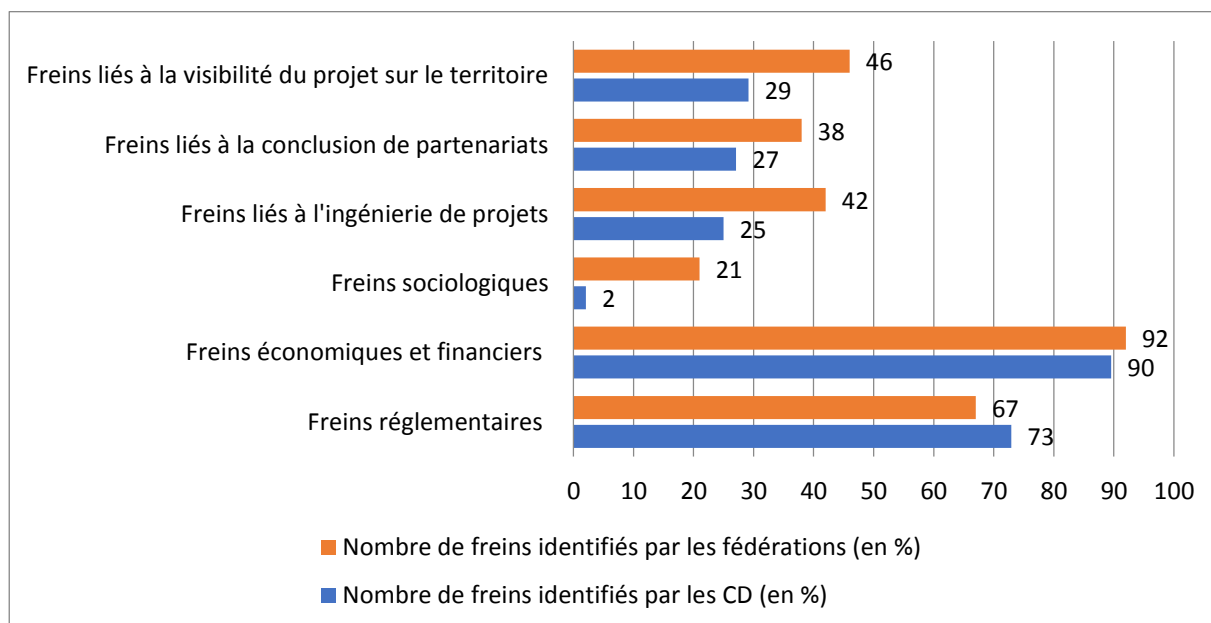
1/ des difficultés d'ordre économique et financier résultant de la fragilité des modèles économiques de ces habitats (difficultés à mobiliser des financements pérennes, gestion des vacances locatives, réévaluation des plans d'aide). Ceci constituerait la principale cause d'échec des projets qui n'ont pas abouti sur les territoires ;

2/ des difficultés d'ordre juridique liées à un cadre incertain, à leur proximité avec le secteur social et médicosocial et aux règles spécifiques du logement et notamment du parc social ;

3/ la faible identification et visibilité de cette offre sur les territoires.

¹³⁶ Enquête nationale relative à l'habitat alternatif/inclusif pour personnes handicapées, personnes âgées, personnes atteintes d'une maladie neurodégénérative ou leurs aidants – Synthèse des résultats, DGCS, février 2017

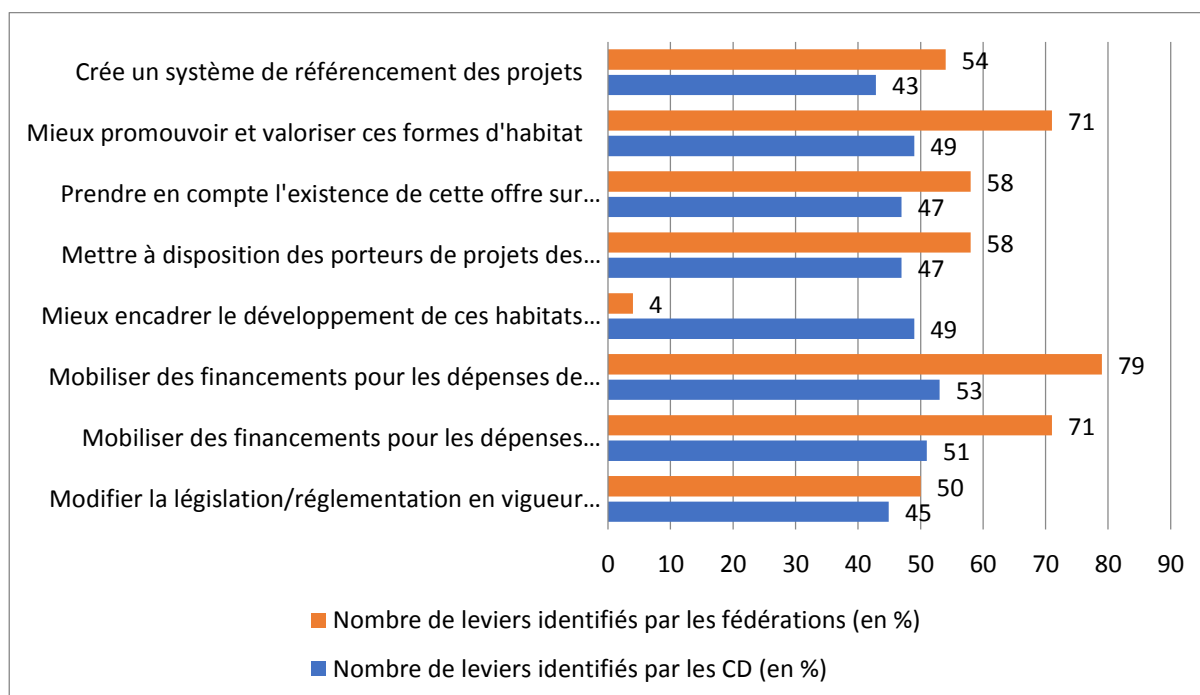
Graphique 14. Types de freins identifiés par les Conseils départementaux et les fédérations (en %)



Source : Enquête nationale relative à l'habitat alternatif/inclusif pour personnes handicapées, personnes âgées, personnes atteintes d'une maladie neurodégénérative ou leurs aidants – Synthèse des résultats, DGCS, février 2017

Le développement de l'offre d'habitat inclusif à l'horizon 2030 reste conditionné à notre capacité à relever certains défis (cf. partie 4), les priorités étant d'impulser, soutenir la dynamique de développement de cette forme d'habitat et d'en sécuriser économiquement les modèles.

Graphique 15. Types de leviers identifiés par les Conseils départementaux et les fédérations (en %)



Source : Enquête nationale relative à l'habitat alternatif/inclusif pour personnes handicapées, personnes âgées, personnes atteintes d'une maladie neurodégénérative ou leurs aidants – Synthèse des résultats, DGCS, février 2017

Quatre autres éléments apparaissent comme des facteurs clés du succès de ces structures et mériteront une attention particulière tant des pouvoirs publics, que des gestionnaires, acteurs et parties prenantes des projets :

- la richesse et qualité des partenariats tissés localement : ces habitats sont nés et s'appuient en effet sur la volonté des acteurs locaux, institutionnels, privés et associatifs et sur les partenariats qu'ils ont tissés ainsi que sur la solidarité et les ressources locales. Il apparaît ainsi nécessaire de soutenir ces partenariats ;
- la réponse apportée à la question gérontologique : comme pour les résidences services, la question de la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées au sein de ces habitats devra être pensée dans le projet de la structure et dès l'entrée dans les lieux ;
- la résolution des conflits internes à la structure : devront également être pensés dans le projet de la structure et en accord avec les résidents, les modalités de résolution des conflits qui peuvent naître au sein de ces habitats entre les habitants eux-mêmes, entre leurs familles, etc. ;
- la fonction de « coordinateur », « gouvernante » de la structure ou « accompagnateur de vie sociale » apparaît également primordiale : il s'agira ici de prévoir les modalités de financement de cette fonction (le forfait d'habitat inclusif prévu dans la loi du 23 novembre 2018 portant évolution du logement, de l'aménagement et du numérique, dite loi ELAN, aura vocation à financer une partie des frais de sécurisation et d'animation de la vie collective dans ces habitats mais sera-t-il suffisant ?), les qualités et compétences requises pour l'exercer et peut-être aussi les modalités de logement de ces personnes (logement de fonction au mieux ou à défaut, attribution prioritaire de logement sur la commune ?).

3) Un essai de chiffrage prospectif de l'offre d'habitat alternatif/ regroupé en 2030

Les perspectives d'évolution de l'offre d'habitat alternatif et de ses principales composantes décrites ci-dessus, permettent de dégager trois tendances à l'horizon 2030 :

- sur le rythme des années passées, une stagnation de la capacité d'accueil en résidences autonomie (avec peut-être un taux d'occupation plus fort qui fait que le nombre de résidents augmentera quand même). Le développement des MARPA, qui à 80 % sont aujourd'hui des résidences autonomies, pourraient venir également gonfler les effectifs (prévisions de 10 à 15 ouvertures par an) ;
- un développement important des résidences services, avec potentiellement un rattrapage voire un dépassement du nombre de places des résidences autonomie par les résidences services, à condition que les dispositifs fiscaux avantageux sur lesquels elles reposent perdurent et que soit davantage anticipée la question gérontologique ;
- une croissance de l'habitat inclusif (ou citoyen et solidaire) supérieure à celle des dix dernières années, à condition que cet habitat gagne en visibilité (sans pour autant qu'il fasse l'objet d'une réglementation trop normative qui casserait les initiatives), et qu'il soit soutenu et reconnu, notamment financièrement mais pas seulement, par les pouvoirs publics nationaux et locaux.

In fine, on assisterait à une augmentation non négligeable de l'offre d'habitat alternatif, qui pourrait atteindre de 272 000 à 325 000 places ou résidents.

Ces projections du nombre de places ou de résidents en habitat alternatif (cf. tableau 8) restent approximatives. Elles sont difficiles à réaliser, d'une part car nous n'avons pas une pleine visibilité de l'offre actuelle et de son évolution passée, qui nous permettraient *a minima* de prolonger les tendances à l'horizon 2030, d'autre part, car nous formulons des hypothèses d'évolution sur la base de constats plus qualitatifs que quantitatifs. Elles donnent néanmoins un ordre de grandeur de l'évolution possible de cette offre d'habitat.

Tableau 8. Estimation approximative du nombre de résidents en habitat alternatif/ regroupé

		Résidences autonomie dont MARPA	Résidences services	Autres formes d'habitat alternatif (habitat inclusif, intergénérationnel)	Total
Aujourd'hui	Capacité d'accueil	106 700 en 2015 (102 000 en résidence autonomie en 2015 et 4 700 en MARPA en 2017)	45 000 en 2016	3 600 en 2016	155 300
	%	69%	29%	2%	100 %
2030 (Estimations)	Hypothèses d'évolution	Faible augmentation (+7.3%)	Forte ou très forte augmentation (entre +330% et +440%)	Forte ou très forte augmentation (entre +100% et +200%)	
	Capacité d'accueil	114 500 (107 000 en résidences autonomie ¹³⁷ et 7 500 en MARPA ¹³⁸)	Entre 150 000 et 200 000 ¹³⁹	Entre 7 200 et 10 800	Entre 272 000 et 325 000
	%	Entre 35% et 42%	Entre 55% et 61%	Entre 2.7% et 3.3%	100 %

Source : Calculs SG HCFEA

¹³⁷ Le taux d'occupation des résidences autonomie pourrait être optimisé compte tenu de la tension sur la demande liée au vieillissement de la population.

¹³⁸ Les 200 MARPA comptabilisent 4 700 résidents aujourd'hui, ce qui fait une moyenne de 23.5 places par structures. A raison de 10 projets par an pendant 12 ans, on aurait ainsi 2 760 places supplémentaires.

¹³⁹ Entre 2016 et 2020, les acteurs du secteur prévoient une augmentation du nombre de résidents de 45 000 à 100 000. Si l'on reste sur cette tendance de forte augmentation, le nombre de résidents pourrait atteindre 200 000 en 2030. Compte tenu des éléments de prudence évoqués en 2) a2) cette partie, on peut aussi imaginer un ralentissement de cette croissance, situant le nombre de résidents autour de 150 000.

Le développement de cette offre alternative, au rythme actuel de croissance même soutenu, ne devrait donc pas entraîner à l'horizon 2030 une reconfiguration fondamentale de l'ensemble de l'offre proposée aux personnes âgées (le domicile d'origine restera de loin le principal lieu de vie des personnes âgées¹⁴⁰, y compris celle en perte d'autonomie). Néanmoins, l'habitat alternatif pourrait prendre une place non négligeable dans le paysage, si on compare les 270 000 à 325 000 places ou résidents en habitat alternatif aux 600 000 places d'EHPAD d'aujourd'hui. Dans tous les cas, la croissance sera vraisemblablement très majoritairement portée par les résidences services, même si les formules d'habitat inclusif pourraient connaître aussi un essor important.

4) Six défis à relever en 2030 pour le secteur de l'habitat alternatif/regroupé

Le rapport identifie six défis à relever d'ici 2030, pour assurer le développement, la viabilité et la pérennité de l'offre d'habitat alternatif ou regroupé (chacune des composantes de l'offre pouvant faire l'objet de recommandations spécifiques).

a) Connaître, reconnaître et promouvoir ce secteur dans sa diversité

Le secteur de l'habitat alternatif est en plein essor, il apparaît en premier lieu fondamental d'observer et de mieux connaître cette offre dans son ensemble au niveau national et local¹⁴¹ : identifier, quantifier, évaluer, localiser et analyser les modèles économiques et d'organisation de ces différentes formes d'habitat. Cette connaissance passera par la mobilisation au niveau national des acteurs institutionnels (DGCS, CNSA, DHUP), de l'Observatoire de l'habitat inclusif¹⁴² et des opérateurs privés (pour l'identification des résidences services notamment), et au niveau territorial des acteurs territoriaux (départements, CARSAT, CCAS), des conférences des financeurs ou encore des Conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie. Il apparaît par ailleurs nécessaire que ces habitats, notamment les résidences services, figurent dans les statistiques publiques.

Le mouvement de reconnaissance du rôle de ces habitats dans la prévention de la perte d'autonomie et la prise en charge du vieillissement semble engagé, comme en témoignent les dispositions de la loi ASV sur les résidences autonomie et les résidences services et celles de la loi ELAN qui définit et consacre de façon législative l'habitat inclusif. Ce mouvement de reconnaissance et de promotion du secteur doit se poursuivre et devrait se traduire dans les réponses qui seront apportées aux défis posés ci-dessous.

La promotion de l'habitat alternatif passera également par une meilleure information des publics cibles sur l'ensemble de l'offre existante (via par exemple le portail Personnes âgées de la CNSA, les Maisons départementales de l'autonomie), voire par un accompagnement au déménagement dans ce type d'habitat (exemple encadré ci-dessous).

¹⁴⁰ En 2030, il y aura 8,6 millions de personnes âgées de 75 ans et plus (dont 2,5 millions de 85 ans et plus)

¹⁴¹ Aujourd'hui, seules les résidences autonomie sont bien identifiées.

¹⁴² Celui-ci a parmi ses chantiers de « dresser un bilan des expériences d'habitat inclusif », ce qui permettra d'avoir une meilleure visibilité de l'existant.

Encadré. Exemple d'un dispositif d'aide au déménagement : « Moving on » aux Pays de Galles

Dans un contexte de vieillissement de la population dans un environnement plutôt rural et de pénurie de logements notamment sociaux (ces derniers étant souvent sous-occupés par des personnes âgées), les pouvoirs publics ont mis en place depuis 2014 le dispositif « moving on » dans lequel une agence est chargée d'accompagner les personnes âgées dans une réflexion de déménagement vers un habitat plus adapté (« shared housing », « retirement community » équivalent à une résidence autonomie ou « extra care housing », habitat à mi-chemin entre les résidences autonomes et l'EHPAD). L'aide intervient avant, pendant et après le déménagement, pour tenter de lever avec la personne âgée et sa famille tous les freins existants possibles (psychologiques, financiers, matériels) et l'accompagner dans toutes les démarches, qui peuvent être stressantes et complexes. Le changement de logement est inséré dans la politique du vieillissement et dans la stratégie nationale « Staying put or moving on ».

Pourraient être également envisagées des procédures souples de type « appels à candidatures / à initiatives locales » pour donner de la visibilité au développement de l'offre sur les territoires ou encore le développement d'un processus de labélisation permettant de mieux identifier cette offre.

b) Lever les obstacles juridiques et administratifs au développement et à la pérennisation de l'offre

Lever les obstacles juridiques et administratifs ne signifie pas vouloir tout réglementer. Il est au contraire impératif de ne pas institutionnaliser les composantes de l'offre d'habitat alternatif / regroupé que sont les résidences services et l'habitat inclusif. S'il importe d'accompagner les évolutions en cours et de soutenir les initiatives du secteur, l'objectif n'est ni de brider l'innovation, la créativité des acteurs et le dynamisme local sur ces questions, ni de normaliser et d'homogénéiser ce type d'habitat et d'alourdir les contraintes pour les porteurs de projet. Il s'agit en revanche de créer les conditions juridiques et administratives favorables au développement et à la pérennité de ces habitats.

La liste des freins existant actuellement pourrait être longue. Une recommandation forte qui pourrait être formulée serait d'autoriser au niveau national (et non de façon variable selon les départements) la mise en commun partielle de l'APA pour financer un service partagé entre des résidents d'un habitat inclusif et prévoir une prise en compte des particularités de ce type d'habitat lors de la réévaluation des plans d'aide¹⁴³.

c) Sécuriser le modèle économique des habitats

La fragilité du modèle économique des différents types d'habitat peut constituer un frein à leur développement¹⁴⁴. Une réflexion devra ainsi être menée sur les évolutions possibles des modalités de financement actuelles de ces d'habitat (forfait autonomie pour les résidences autonomie, dispositifs fiscaux pour les résidences services, forfait d'habitat inclusif pour l'habitat inclusif).

¹⁴³ Rapport d'étude du Collectif « Habiter autrement » précité, cf. propositions p.25.

¹⁴⁴ cf. développements supra, les résidences autonomie au regard de la faiblesse des aides publiques et des nécessités de rénovation du parc, les résidences services au regard notamment de l'instabilité fiscale ou encore de la concurrence entre opérateurs, et les habitats inclusifs au regard des financements multiples qu'ils mobilisent et de leur très grande dépendance aux financeurs publics

En ce qui concerne plus spécifiquement les habitats inclusifs, la sécurisation de ses modèles économiques pourrait passer par un accompagnement proposé aux porteurs de projets, l'aide à la mobilisation de l'ensemble des financements nécessaires pour la construction, l'aménagement et l'adaptation des logements, des aides au démarrage, des aides au financement de certains coûts collectifs (afin qu'ils ne soient pas répercutés sur les habitants).

d) Favoriser l'accessibilité des personnes âgées à ce type d'habitats

d1) L'accessibilité financière

La question de l'accessibilité financière de l'offre en habitat alternatif constitue un enjeu important, afin que toute personne âgée, quels que soient ses revenus, puisse prétendre à entrer dans ce type d'habitat, si elle le souhaite. Si aujourd'hui, on l'a vu, les résidences autonomie, tout comme les habitats inclusifs, pratiquent des loyers modérés et se veulent accessibles financièrement, les résidences services s'adressent de leur côté à des personnes âgées plus aisées.

Le maintien de la vocation « sociale » des deux premiers reste conditionné à la possibilité de ne pas répercuter un certain nombre de coûts notamment collectifs sur les résidents et donc aux modalités de financement et de solvabilisation de ces structures.

d2) L'accessibilité géographique

Pour faciliter l'accès des personnes âgées à cette offre, une bonne couverture territoriale et une implantation en proximité des domiciles des personnes vieillissantes apparaissent nécessaire. Il semblerait ainsi intéressant :

- d'inscrire ces différents types d'habitat dans les politiques locales de l'urbanisme, de coordination des soins, de prise en charge du vieillissement et notamment dans les programmes locaux de l'habitat, les schémas départementaux d'organisation sociale et médicosociale (SDOSMS) ou encore les schémas régionaux de santé (SRS) ;
- de mobiliser les outils de politiques publiques et les instances territoriales (Conseil départemental) et de gouvernance locale (conférence des financeurs) pour soutenir et promouvoir le développement de cette offre sur l'ensemble des territoires (sensibiliser les acteurs locaux, partager les bonnes pratiques, dégager des financements, etc.) ;
- faciliter les partenariats sur ces projets.

e) Promouvoir la qualité et la bienveillance

Devront également être réfléchies les questions autour de la qualité au sein ces habitats (aide apportée, services offerts, taille et agencement des logements, qualifications et compétences des professionnels accompagnant, etc.). S'il ne semble pas souhaitable de normer et de faire des habitats inclusifs et des résidences services des établissements sociaux, comme c'est le cas pour les résidences autonomie, cette question devra être au cœur de tous les projets. Elle devra être réfléchi par les gestionnaires et partenaires, en lien avec les personnes âgées et les familles elles-mêmes.

Dans tous les habitats, pour les personnes dont les besoins de prise en charge et/ou de soins seront plus importants¹⁴⁵, la qualité passera aussi par une bonne coordination des acteurs et intervenants locaux et par un renforcement de la politique d'aide à domicile.

Concernant les résidences services, le rapport IGAS de février 2015 sur « les résidences avec services pour personnes âgées » avait proposé l'élaboration d'une charte de qualité déterminant les droits et obligations des parties prenantes, à laquelle serait annexé un contrat type régissant les relations entre la résidence et le résident. Les deux organisations syndicales SYNERPA RSS et SNRA réfléchissent actuellement à une démarche de qualité, l'objectif étant d'aboutir à la création d'un label.¹⁴⁶

f) Penser la question gérontologique

La question a déjà été évoquée pour les résidences services et pour les habitats inclusifs (cf. supra 2) a4) et b)). Elle participe de la qualité du service offert aux personnes. Elle est fondamentale pour accompagner au mieux les transitions éventuellement nécessaires vers des lieux médicalisés.

Quel que soit l'habitat et dès la conception des projets, le porteur du projet doit ainsi anticiper les risques d'une dégradation de la situation des personnes accueillies et penser dès l'entrée dans les lieux, les modalités de sortie possibles en concertation avec les personnes âgées et leur famille, et avec les acteurs territoriaux du médicosocial et du soin (ex : inscription dans les contrats, appui sur les dispositifs de coordination territoriale pour l'accompagnement des situations complexes, formalisation de partenariats, développement de structures mixtes résidences / EHPAD , etc.).

E) LES EHPAD

1) Quels établissements d'hébergement demain ?

En matière de prise en charge de la perte d'autonomie, on a vu évoluer les choses de façon positive... mais les problèmes ne sont pas forcément réglés. C'est ce hiatus qu'il nous faut comprendre.

L'ambivalence est valable au niveau global. Même si elle demeure très perfectible, la prise en charge de la perte d'autonomie s'est considérablement étoffée depuis un certain nombre d'années : consolidation de la prise en charge à domicile (en particulier depuis la mise en œuvre de l'APA en 2002), programme de création de places en établissements et de médicalisation dans un contexte de déformation de la population accueillie, diversification de l'offre collective (les résidences services seniors offrent des solutions nouvelles aujourd'hui, on la dit), intégration progressive (mais bien lente) de solutions d'hébergement adapté dans le bâti urbain et... accroissement considérable des coûts sociaux et privés de la prise en charge.

L'ambivalence se retrouve aussi, et de façon plus manifeste encore, au niveau des institutions d'hébergement, qui en quelque sorte concentrent les contradictions.

¹⁴⁵ Pour les résidences autonomie, dans la limite des seuils fixés par la loi (15 % de GIR 1 à 3 et 10 % de Gir 1 à 2)

¹⁴⁶ L'Institut Montaigne avait de son côté proposé la création d'une entité indépendante chargée de labelliser et d'évaluer les résidences services (système mis en place en Grande-Bretagne avec la « Care quality commission »).

Se livrer à un travail de prospective à l'horizon d'une dizaine d'années s'agissant d'une institution comme les EHPAD invite à la fois à promouvoir la diversité, la souplesse et l'innovation... et à ne pas méconnaître la pesanteur des organisations. Derrière « l'institution EHPAD », il y a en effet un corpus juridique, relativement dense, des opérateurs économiques et un réseau de relations organisé dans la durée avec les partenaires, il y a des personnels diversifiés, un entrelacs de financements... Il y a enfin un parc d'établissements, dont une partie est amortie mais dont une part non négligeable a été bâtie ces quinze dernières années.

Autrement dit, la prospective se doit de revendiquer les ferments du changement mais elle est aussi comptable de la gestion et de l'évolution de l'existant. La prospective stratégique se doit de fixer les priorités et parmi celles-ci les choix d'allocation des moyens : si on considère que la prise en compte des problématiques contemporaines (et notamment l'insuffisance des taux d'encadrement dans les institutions existantes) est prioritaire, alors cela contraint à l'évidence les trajectoires.

D'où le choix de traiter de l'avenir des EHPAD non pas en faisant table rase de l'existant mais à partir d'un certain nombre de questions qui jalonnent le débat public¹⁴⁷

a) L'EHPAD ou les ambivalences d'un modèle

La question des EHPAD, c'est-à-dire de ce modèle de maison de retraite élaboré dans les années 1990 et déployé depuis lors, ne date évidemment pas des difficultés nées de la récente réforme de la tarification.

Il est somme toute assez curieux que cet acronyme peu engageant, à forts relents bureaucratiques et hospitaliers, se soit imposé dans le discours public. Ce n'est pas seulement une histoire de mots. L'EHPAD est un projet de la fin du 20^{ème} siècle, élaboré et poursuivi au fil des ans, alors même que le contexte changeait radicalement.

C'est d'abord un héritage de « l'humanisation des hospices », puis d'une politique de médicalisation construite à une époque où la charge en soin était encore modeste (en dehors des Unités de soins de longue durée).

La croissance du parc d'EHPAD, c'est aussi et fondamentalement le résultat d'un remord collectif, celui de la canicule de 2003, qui a mis une pression très forte sur la création de places et la « médicalisation ».

Les objectifs quantitatifs quant au nombre de places ont pu être atteints, dépassés même, quels que soient par ailleurs les lenteurs ou le défaut de correction des disparités territoriales. Il y a dix ans la question pressante était celle des listes d'attente. Cette question a quasiment disparu.

Il existe une très forte disparité des situations entre les EHPAD des secteurs public, privé commercial et associatif. L'implantation, la dimension, le degré de perte d'autonomie des résidents varient selon le type d'EHPAD même s'il existe d'importants recoupements. Alors que le secteur associatif et le secteur privé commercial se sont fortement concentrés et sont entrés dans une logique de groupe, le secteur public reste très atomisé. La majorité des EHPAD publics relèvent de la fonction publique hospitalière (FPH), où ils sont soit autonomes, soit gérés directement par un hôpital, auquel cas la coordination interne, la mutualisation des moyens sont

¹⁴⁷ Les analyses développées ci-dessous doivent beaucoup aux deux séances de séminaire d'experts sur les perspectives de la prise en charge, avec notamment la participation, aux côtés des membres du HCAAM et du HCFEA, de Marie-Anne Montchamp, Geneviève Manarino, Joël Ankri, David Causse, Marc Bourquin, Xavier Dupont, Benoît Péricard, Luc Broussy, Philippe Denormandie, Michel Ballereau.

déjà en place. Les autres établissements publics sont des EHPAD territoriaux généralement rattachés aux Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS).

Concernant les effectifs employés en EHPAD, on a créé un volume d'emplois important¹⁴⁸, au cours des dernières années et les pouvoirs publics ont de fait consacré beaucoup d'argent à la création de places et à la médicalisation. La qualité a progressé, le bâti également¹⁴⁹. Pour autant, le ressenti des usagers n'a jamais été aussi négatif.

Les attentes des usagers ont sans doute progressé plus rapidement que les avancées et ce n'est sans doute pas fini, avec une aversion toujours plus grande pour l'institution.

Le projet était médico-social à l'origine¹⁵⁰. D'où l'insistance sur les projets de vie et d'établissement, d'où aussi le partage de responsabilité Etat-département. Ce bel ordonnancement a été percuté par la déformation de la population hébergée : un accueil plus tardif, plus court, avec une charge en soin croissante, laquelle a annihilé pour une part les efforts dits de « médicalisation », ne permettant pas une prise en charge plus dense à niveau de dépendance donné. De fait, la charge de travail objective a beaucoup crû et c'est notamment ce que mettent en évidence les mouvements sociaux récents dans les établissements.

De son côté, le modèle industriel des établissements a été contraint par la nécessité d'absorber les places retirées des hospices (souvent plusieurs centaines de lits), par l'injonction quantitative et par l'importance nouvelle de certaines normes (coordination médicale ou administrative, normes de sécurité ou d'accessibilité). On a créé des entités de 60-80 places, gourmandes en foncier et donc, faute d'attache territoriale précise, souvent exfiltrées en périphérie. On a donc créé des isolats.

Conscients très vite du risque de désinsertion, à la fois territoriale et fonctionnelle, les pouvoirs publics ont placé beaucoup d'espoirs, comme souvent, dans la voie conventionnelle : on avait laissé s'isoler ces institutions... mais on allait les réinsérer dans un réseau d'acteurs diversifiés, par des conventions avec les hôpitaux, avec les professionnels de ville... On a mis aussi beaucoup d'espoir dans la fonction de médecin coordinateur, celui qui allait précisément faire le lien entre l'ensemble des ressources soignantes mobilisables.

Autre façon de rompre l'isolement, dans le temps cette fois : on a affirmé l'importance des formes d'hébergement temporaire pour contrecarrer l'irréversibilité du « placement » et... fournir un répit aux familles. Contrairement à certains pays étrangers, ces hébergements n'ont jamais vraiment trouvé leur modèle économique en France et n'ont guère eu de promoteurs durables parmi les opérateurs. Les accueils de jour et les hébergements temporaires se développent avant tout là où les subventions publiques valident un modèle économique spécifique et prennent en compte certaines difficultés (en matière de transports notamment). Or, ce type d'accompagnement mériterait d'enrichir l'ensemble de nos dispositifs, dans le cadre d'une approche graduée.

¹⁴⁸ Fin 2015, plus de 500 000 personnes travaillent dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées, pour un volume de travail correspondant à 429 800 personnes en équivalent temps plein (ETP). Depuis 2011, le nombre de personnes en fonction comme le nombre total d'ETP a crû de 11 %. (Marianne Muller, *Les dossiers de la DREES* n°20, « L'accueil des personnes âgées en établissement : entre progression et diversification de l'offre », septembre 2017)

¹⁴⁹ Même si l'effort n'est pas achevé : 25% des EHPAD ont des murs de plus de 40 ans, principalement ceux liés aux hôpitaux et aux collectivités locales.

¹⁵⁰ L'EHPAD a de fait trois cultures : prise en charge hôtelière, soin, vie sociale.

Avec les EHPAD, on a une offre de proximité certes souvent atomisée mais très répandue. Rançon de cette situation et... des complexités du financement : la focalisation sur le volet tarifaire a été très forte. Les autres préoccupations, en termes de qualité, n'ont pas toujours été assumées avec la même intensité. Il faut dire que la demande est souvent ambivalente sur le sujet de la protection et de la sécurité, avec de fait des malentendus sur la fonction de l'établissement.

Certaines injonctions ont parfois un effet pathogène. Le « lieu de vie » est aménagé comme un décor pour compenser l'impensé – sanitaire, voire hospitalier – du modèle, assumer la métaphore de « la vie quand même ».

Si la prise en charge sanitaire et médico-sociale du grand âge a progressé, on a davantage fait un choix « soin-dépendance » qu'un choix « santé-autonomie » ; on a renforcé ce faisant la dimension sécuritaire et l'image d'un grand âge fardeau, sans guère de considération pour la contribution sociale, économique, intergénérationnelle du 4^{ème} âge.

Le souci d'apporter des protections, de prévenir les risques, de soigner, l'importance en établissement de la maladie d'Alzheimer, qui renforce encore les mécanismes de protection, la question en surplomb de la fin de vie, tout cela conditionne largement le modèle de la « prise en charge » en établissement.

b) L'EHPAD permet-il d'affronter les défis à venir ?

Disons-le d'emblée : le modèle de l'EHPAD peut perdurer car c'est un modèle économique puissant, ce qui est assez paradoxal compte tenu du renforcement continu de la réglementation.

D'un point de vue quantitatif, la correction des disparités territoriales en termes de taux d'équipement est nécessaire et impose sans doute de conserver un volant de création de places.

Les perspectives démographiques et épidémiologiques des personnes âgées à l'horizon 2030 et plus encore en 2040 (puisque les générations du baby-boom arriveront aux âges de la perte d'autonomie), vont également dans le sens d'une poursuite de la création de places en EHPAD.

Si on raisonne de façon homothétique en termes de taux d'institutionnalisation, c'est environ 110 000 places qu'il faudrait envisager à terme, à l'horizon 2030 et plus de 250 000 places en 2040 (cf. encadré ci-dessous).

Néanmoins, l'enjeu politique, conformément aux objectifs affichés dans ce rapport au III. B), est aujourd'hui et pour les prochaines années de renforcer la politique de soutien des personnes âgées à leur domicile (d'origine ou en habitat regroupé/alternatif), ce qui aura un effet sur le taux d'institutionnalisation et donc sur le besoin de création de places d'EHPAD.

Ainsi, si ce taux diminuait par exemple de 5 points à l'horizon 2030, on compterait selon ces mêmes projections 541 000 résidents en EHPAD. On aurait ainsi par rapport à 2015, un besoin de création d'un peu plus de 40 000 places à cet horizon contre environ 110 000 si le taux d'institutionnalisation restait inchangé.

Encadré. A comportements et « modèle » de prise en charge inchangés : Un besoin accru de places d'hébergement

En appliquant aux caractéristiques de la population projetée par Destinie les déterminants connus de la probabilité d'entrée en établissement, la DREES a projeté le nombre de personnes âgées en perte d'autonomie résidant en établissement¹⁵¹.

Comme elle le souligne, « les projections du nombre de personnes âgées dépendantes en institution supposent que les déterminants du passage en institution seront les mêmes et auront des effets de même ampleur, en 2030 ou 2040 qu'en 2010. Or, de nombreux facteurs peuvent intervenir qui feraient changer ces réponses comportementales, par exemple une augmentation de l'offre de places en établissement, ou au contraire un rationnement de cette offre, ou des modifications des aides publiques versées aux personnes dépendantes à domicile ou en établissement. Ces projections sont donc plutôt à lire comme ce que seraient les besoins d'hébergement de personnes âgées dépendantes, si tous les autres facteurs restaient les mêmes ».

Ces projections ont été réactualisées par la DREES pour le compte du HCFiPS en 2017¹⁵². Elles impliquent un besoin accru de places d'hébergement. A l'horizon de 2030, le nombre de personnes âgées en perte d'autonomie en établissement augmenterait de 23 %, pour passer de 498 000 en 2015 à 612 000 en 2030, soit une augmentation moyenne de 1,4 % par an.

Cette augmentation est très voisine de celle de l'effectif des allocataires de l'APA dans le scénario central de la DREES analysé en I. B) sur les projections des effectifs de personnes âgées en perte d'autonomie. Le taux d'institutionnalisation resterait (quasi) constant.

La structure selon le GIR de la population en établissement ne varierait pas sensiblement (Froment *et al.*, 2013, p.26).

Tableau 9. Nombre de personnes âgées en perte d'autonomie (GIR 1-4) en établissement

2015	2020	2025	2030	2035	2040
498 000	540 000	573 000	612 000	678 000	756 000

Tiré de HCFiPS, 2017.

Source : INSEE, DREES.

Tableau 10. La démographie générale (source INSEE), et l'évolution des populations âgées en perte d'autonomie estimées par la DREES et utilisée pour les projections sont synthétisées ci-dessous :

Démographie	2014	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050	2055	2060
Population totale (millions)	66,1	66,4	67,8	69,1	70,3	71,4	72,5	73,3	74,0	74,6	75,2
dont plus de 60 ans	15,9	16,3	17,8	19,3	20,8	22,2	22,9	23,7	24,3	24,7	25,1
Pop. Dépendante (sc. central intermédiaire)	1 253	1 275	1 387	1 479	1 592	1 777	1 984	2 136	2 245	2 351	2 447
dont GIR 1-2 (milliers)	438	445	481	507	533	583	648	701	736	768	800
dont GIR 3-4 (milliers)	815	830	906	972	1 058	1 194	1 336	1 435	1 509	1 583	1 647
Pop. Dépendante (variante haute)	1 271	1 299	1 437	1 560	1 711	1 944	2 202	2 403	2 563	2 722	2 869
dont GIR 1-2 (milliers)	438	445	481	507	533	583	648	701	736	768	800
dont GIR 3-4 (milliers)	833	853	955	1 053	1 177	1 361	1 554	1 702	1 827	1 954	2 069
Pop. Dépendante (variante basse)	1 225	1 240	1 314	1 365	1 430	1 557	1 704	1 801	1 857	1 911	1 957
dont GIR 1-2 (milliers)	438	445	481	507	533	583	648	701	736	768	800
dont GIR 3-4 (milliers)	788	795	833	858	897	974	1 056	1 100	1 121	1 143	1 157
Résidents en institution (GIR 1-4, milliers)											
sc. haut	494	503	552	593	641	719	809	881	934	987	1 036
sc. inter	489	498	540	573	612	678	756	815	856	896	933
sc. bas	482	489	522	545	572	624	687	733	761	788	812

Sources : INSEE, DREES.

¹⁵¹ Olivier FROMENT, Claire MARBOT, Delphine ROY (2013), « Projection des trajectoires et de l'entourage familial des personnes âgées dépendantes à l'horizon 2040 », dans Dossier Solidarité et Santé, n°43, DREES.

¹⁵² HCFiPS (2017), « Rapport sur les perspectives de financement à moyen-long terme des régimes de protection sociale ».

En dehors même des problèmes de soutenabilité financière, on ne peut multiplier les entités d'hébergement sans se préoccuper de la ressource soignante et de l'impact sur les filières d'amont et d'aval (la liaison avec les urgences en particulier).

Plus fondamentalement encore, il nous faut considérer, au-delà du nombre de places, la fonction même de l'EHPAD au sein de la première ligne de prise en charge des personnes âgées.

Bien entendu, il est difficile de se projeter dans la peau des générations qui seront prises en charge en 2030.

Les nouvelles générations auront à n'en pas douter de nouvelles attentes, par rapport aux générations présentes, qui ont été en quelque sorte surprises par leur propre longévité. Autonomie, affirmation des droits (droit de choisir, droit d'aller et de venir¹⁵³, réversibilité des choix...), individualisation. De nouvelles valeurs, de nouvelles préoccupations informeront les déterminants de l'entrée en institution.

L'environnement social se modifie lui aussi : les fratries d'enfants susceptibles d'aider – ou de rendre visite à leurs aînés – sont et seront moins nombreuses, plus dispersées bien souvent mais l'organisation et la géographie de l'aide se diversifient.

L'environnement résidentiel se modifie également : les personnes en perte d'autonomie d'aujourd'hui sont encore pour une part non négligeable issues du monde rural, qu'elles y résident toujours ou aient dû trouver des solutions d'hébergement à proximité ; cela sera de moins en moins prégnant demain et de nouveaux territoires vont devoir s'adapter ; les migrations des seniors peuvent conduire à relativiser ces problèmes... ou au contraire les amplifier. La question de l'autonomie des seniors va donc ajouter ses problèmes spécifiques à ceux posés par la transition épidémiologique sur les territoires. Les études du CGET, reprises dans la première partie du rapport, le montrent très clairement.

La demande obligera à faire évoluer le dispositif de prise en charge institutionnelle,

Côté offre, au-delà des solutions palliatives, quelques questions majeures de prospective se posent :

- Qu'en sera-t-il des populations accueillies respectivement à domicile et en établissement? Polarisation continue, avec spécialisation des établissements ou rapprochement?
- Qu'en sera-t-il de la division du travail entre les soins de ville et les soins en institution ? Médicalisation des EHPAD ou intégrations médico-sociale et sanitaire?
- Pour les personnes les moins autonomes, quel modèle de prise en charge ? À quelle échelle? Avec quelle efficacité?

¹⁵³ Cf. ces développements du *Chapitre prospectif du Conseil de la CNSA (2018)* : « *Le principe de liberté d'aller et venir est une composante de la liberté individuelle et est inhérente à la personne. Cette liberté ne doit pas seulement être entendue comme la liberté de se déplacer au sein d'un établissement, mais de mener une vie ordinaire, de disposer d'un « chez-soi » ou encore d'avoir la possibilité de sortir de son domicile et donc de bénéficier d'un environnement adapté. Ce principe est prévu par l'article 12 du Pacte des droits civils et politiques. Il a été confirmé par la jurisprudence du Conseil constitutionnel qui consacre la liberté d'aller et venir en tant que composante essentielle de la liberté individuelle, dès 1979. « Quiconque se trouve légalement sur le territoire d'un État a le droit d'y circuler librement et d'y choisir librement sa résidence. Toute personne est libre de quitter n'importe quel pays, y compris le sien. » Le droit à aller et venir librement a également été intégré comme un droit à garantir par la loi d'adaptation de la société au vieillissement (ASV) du 28 décembre 2015. Cette liberté est notamment garantie par la mise en place du dispositif de la personne de confiance qui ouvre la possibilité de désigner une personne de confiance lorsque les personnes sont accueillies dans un établissement ou font appel à un service social ou médico-social. »*

- Quel rôle pour l'hôpital dans la prise en charge de la perte d'autonomie ? Séjour / filière (expertise) / réseau (organisation territoriale)
- Quelle est la frontière sanitaire des nouvelles organisations telles que les résidences services et donc quelle division du travail de prise en charge entre les différentes solutions institutionnelles ?

Ces questions se déclinent autour de plusieurs notions qu'il nous faut nous efforcer de clarifier.

c) EHPAD et domicile

La force des résidences services est d'avoir retrouvé et crédibilisé à nouveau le concept de domicile au sein d'une institution collective. L'intégration des EHPAD dans le droit commun est revendiquée par certains acteurs, précisément pour retrouver les ressources de l'approche domiciliaire, ne plus opposer domicile et institution et restaurer l'attractivité des établissements, quelle que soit la situation des personnes.

De fait, la question du domicile est structurante pour la transformation du modèle d'établissement : fonctionnalités domiciliaires, centralité de la personne, respect des droits, expression de la citoyenneté, etc.

Réciproquement, la « prise en charge à domicile » est sujet à débat : sur le plan sanitaire, la visite médicale à domicile recule drastiquement mais le domicile est investi par les paramédicaux ; le domicile est peu connecté aujourd'hui et pas toujours adapté/adaptable, les solutions domotiques et les aides techniques trop peu diffusées. Globalement, le domicile est *de facto* souvent le lieu du bricolage de solutions à la charge des personnes âgées et de leurs familles. Les perspectives de progrès sont donc importantes mais lentes à se concrétiser.

D'où l'émergence de concept tel que celui de l'« EHPAD à domicile »¹⁵⁴. Il s'agit par-là d'offrir une palette de services à domicile équivalente à celle proposée en établissement, pour éviter l'entrée en EHPAD ou à l'hôpital ou faciliter le retour d'hospitalisation.

Les services rendus rendent compte de cet objectif :

- un référent unique pour l'utilisateur, avec facture unique ;
- un opérateur qui articule l'ensemble des prises en charge au domicile et réévalue régulièrement les besoins ;
- la sécurisation et l'adaptation du domicile ;
- des aides et soins gradués à domicile (repas, loisirs, soins, aides aux actes de la vie quotidienne, nouvelles technologies pour l'organisation des soins).

Le concept d'« EHPAD à domicile » peut apparaître contre-intuitif compte tenu de la désaffection pour le modèle institutionnel et *a contrario* de la valorisation du domicile, dans l'opinion et dans les discours des décideurs. Il ne s'agit évidemment pas de projeter des « pratiques institutionnelles » défailtantes sur le domicile (méconnaissance de l'espace privatif, circulation multiple, n'importe quand). Il est important au contraire de préserver l'environnement social de la personne : c'est se donner bonne conscience de faire défiler les intervenants au domicile mais ce n'est pas forcément pertinent et c'est un déterminant avéré d'entrée en institution (lorsque le domicile n'en est plus vraiment un, à quoi bon y rester ?).

¹⁵⁴ Par exemple, EHPAD@dom porté par la Croix-rouge, Seniors Connect+ porté par le groupe SOS ou encore m@do par la Fondation caisse d'épargne pour la solidarité FCES)

Par ailleurs, le terme apparaît restrictif car les EHPAD ne sont pas les seuls (et il n'est forcément souhaitable qu'il le soit) à pouvoir offrir cette palette de services. Les acteurs institutionnels (CNSA, DGCS) parlent aujourd'hui de « dispositifs innovants pour le maintien à domicile de personnes âgées en perte d'autonomie »¹⁵⁵, qui regroupent des initiatives territoriales diverses lancés par des ARS ou par des acteurs de terrain et portées par des EHPAD mais également des SSIAD, SPASAD ou par des plates-formes de services.

d) EHPAD et parcours

On a souligné l'importance de la notion de parcours résidentiel, notamment pour considérer les possibilités de coordination, le rôle des acteurs (et leur formation) mais aussi l'institution à partir de laquelle organiser cette coordination (hôpital, services à domicile, EHPAD...).

On a fait des progrès dans l'analyse des ruptures, dans la prise en compte des moments complexes. La limite de l'accueil à domicile, comme d'ailleurs en établissement, c'est la rupture, la décompensation. On en a un marqueur : le recours aux urgences, aux hospitalisations non programmées, sorte de trappe à qualité et à efficacité collective.

La prise en charge des personnes âgées est de fait un enjeu en soi pour les établissements de santé, dont les objectifs ont pu être résumés de la façon suivante¹⁵⁶ :

- réduire le taux d'hospitalisations « évitables » ;
- optimiser le parcours intra-hospitalier (efficacité médico-économique) ;
- prévenir et réduire le risque de la dépendance « iatrogène » ;
- améliorer la gestion de la sortie de l'hôpital (qu'il s'agisse du retour à domicile ou de l'entrée en EHPAD) ;
- réduire le taux de ré-hospitalisations précoces (15 %).

Les diagnostics organisationnels sont posés depuis longtemps.

Les expérimentations conduites dans certains territoires tendent à consolider le rôle des établissements d'hébergement aux fins de fluidifier les prises en charge et d'éviter les hospitalisations inappropriées, en décrivant par-là l'intérêt médico-économique d'organisations alternatives, qu'il s'agisse de réduire le recours aux urgences ou les réhospitalisations évitables, de désengorger l'aval de l'hôpital en fournissant un accueil temporaire en établissement d'hébergement, de retarder l'entrée en établissement.

¹⁵⁵ Des travaux sont en cours pour comparer les différents modèles existants, mieux connaître cette offre, leurs modèles économiques et les conditions de leur réussite.

¹⁵⁶ Extrait de la présentation de Claude Jeandel (CNP), Gaétan Gavazzi (CNEG) et Olivier Guérin (SFGG) devant l'ONDPS, 21 février 2018

On a pourtant globalement une grande difficulté à fabriquer de vraies articulations sur le terrain, à lever certains blocages :

- la HAD en EHPAD représente un progrès considérable mais tellement lent à se déployer¹⁵⁷ ;
- on a de vraies difficultés à accueillir les innovations¹⁵⁸. D'où l'importance de s'appuyer sur le bagage professionnel¹⁵⁹ et collégial sans s'en remettre trop vite à la normalisation réglementaire ou budgétaire ;
- les expérimentations évoquées ci-dessus démontrent le potentiel d'une organisation à partir des EHPAD... et la réalité présente : à taux d'encadrement donné (en particulier en ce qui concerne les personnels soignants), à organisation constante, il est assez illusoire d'assigner de tels objectifs aux EHPAD.

e) EHPAD : spécialisation / gradation

La question fondamentale qui se pose est en effet celle du rôle des EHPAD sur le territoire, voire celle de leur « responsabilité territoriale » et du partage des tâches avec les autres acteurs de la prise en charge.

Il faut rappeler ici quelques éléments, potentiellement contradictoires d'ailleurs :

- une donnée essentielle tout d'abord : la ressource soignante est relativement modeste au sein des EHPAD. Pour l'ensemble des EHPAD, le personnel médical est de 0,5 pour 100 places installées en 2015 (chiffre stable par rapport à 2011) ; le chiffre pour les seuls médecins coordinateurs est de 0,4. Le chiffre est de 5,8 infirmiers(ères) (contre 5,3 en 2011) et de 20,7 pour les aides-soignants (contre 18,2 en 2011)¹⁶⁰. Nonobstant les difficultés décrites par ailleurs en matière de recrutement et de *turn over* de ces personnels (particulièrement en ce qui concerne les médecins coordinateurs et les aides-soignants), la ressource soignante est rare ; elle peut même être jugée insuffisante et cela ne préjuge pas d'une situation particulièrement favorable en termes de prise de responsabilité sur le territoire ; le temps médical disponible (tant interne à l'établissement d'hébergement qu'externe) est limité et ne saurait être consacré principalement à des tâches de coordination, d'où l'importance des réflexions sur les rôles des différents professionnels ;

¹⁵⁷ Le rapport *Charges et produits* de la CNAMTS 2018 rappelle ainsi qu'« en France, l'intervention de l'hospitalisation à domicile (HAD) reste majoritairement sur initiative hospitalière et est souvent positionnée comme l'aval d'une hospitalisation avec hébergement. C'est pourtant une hospitalisation à part entière qui pourrait intervenir davantage en substitution d'une hospitalisation avec hébergement, plutôt qu'en complément. Plus des 2/3 des inclusions d'HAD sont d'origine hospitalière en France. [...] L'intervention de l'HAD dans les structures médico-sociales, en particulier les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), est en hausse constante ces dernières années. Elle représentait en 2016 6,7 % de l'activité totale réalisée par les établissements d'HAD. Ces chiffres devraient significativement progresser car l'arrêté du 19 janvier 2017 a mis fin aux restrictions existant précédemment en ouvrant l'ensemble des prises en charge possibles en HAD aux résidents d'EHPAD. »

¹⁵⁸ Certaines innovations peuvent par exemple constituer le trait d'union dont on a besoin entre la maison de retraite et l'accueil familial par exemple.

¹⁵⁹ Joël Ankri évoque ainsi les PASA et les UHR, à travers lesquelles on a fabriqué des innovations dans un registre davantage professionnel que sanitaire. Cela a permis d'organiser des réponses mais il reste des problèmes éthiques : droit d'aller et de venir, droit au choix, droit au risque.

¹⁶⁰ Mahel Bazin et Marianne Muller, « Le personnel et les difficultés de recrutement dans les EHPAD », *Etudes et Résultats* n°1067, DREES, juin 2018.

- les EHPAD demeurent parfois isolés sur leur territoire, les communautés professionnelles mobilisées au sein de ces institutions ne sont pas forcément très bien insérées auprès de leurs homologues des secteurs libéral ou hospitalier (mais la réciproque est vraie)...Parfois sur un même territoire, les établissements destinés aux personnes âgées et aux personnes handicapées n'ont que peu de contacts ;
- la thématique des établissements plateformes de services¹⁶¹ est ancienne ; elle faisait déjà l'objet de recommandations, suivies de décisions, dans les rapports du milieu des années 2000... sans que les mesures prises alors aient permis de concrétiser ce rôle d'organisation des EHPAD sur leur territoire et encore moins une quelconque responsabilité territoriale en la matière ;
- le taux d'équipement en accueil de jour a progressé de façon importante depuis 2003, puisqu'on est passé de 3 places pour 10000 personnes âgées de 75 ans ou plus à 24 en 2017 mais le nombre de places n'a jamais atteint les chiffres envisagés au milieu des années 2000 (cf. tome 1). Autrement dit, au-delà des fonctionnalités utiles sur un territoire pour faire face aux besoins des populations, ce qui importe, c'est le modèle économique et organisationnel et de fait, le développement des accueils de jour a bénéficié de la mobilisation des moyens publics, ceux des *Plans Alzheimer* en particulier, et ne s'est pas articulé spontanément au fonctionnement des EHPAD ;
- la dissémination des EHPAD sur le territoire est souvent avancée pour évoquer le rôle qui pourrait être le leur en matière d'organisation territoriale. Outre que cette couverture territoriale¹⁶² n'est pas fondamentalement nouvelle et n'a pas permis jusqu'à présent que s'affirment un rôle ou une responsabilité d'organisation sur le territoire, outre la limite objective et largement rédhitoire de la ressource soignante, il faut bien considérer que les EHPAD ne sont évidemment pas seuls à pouvoir revendiquer un tel rôle : on évoquera les professionnels libéraux, en particulier s'ils sont organisés (en Communautés professionnelles ou par le truchement des maisons de santé), les opérateurs du domicile et, bien entendu, les acteurs hospitaliers.

Pour envisager le rôle à venir des EHPAD, il faut s'efforcer de mieux cerner leur vocation d'accueil en matière d'hébergement de longue durée et le type de publics qu'ils sont susceptibles d'accueillir.

Il y a quelques années, on entrant en EHPAD à 75 ans, aujourd'hui à 85 ans. Demain, on préviendra mieux les difficultés liées à la fragilité, les difficultés sensorielles (visuelles ou auditives notamment). Si le double pari d'une structuration et d'un renforcement de la politique de soutien à domicile et d'un développement des habitats regroupés ou alternatifs sont réussis, alors l'évolution déjà à l'œuvre se renforcera, conduisant les EHPAD à se concentrer toujours plus sur les personnes âgées les moins autonomes (pour lesquelles le soutien à domicile est devenu impossible du fait de troubles du comportement ou cognitifs, voire de problèmes de santé nécessitant un accompagnement et une surveillance intensifs).

Inexorablement, la spécialisation des EHPAD sur les troubles cognitifs ne fera que progresser. Il s'est agi jusqu'à présent d'une spécialisation de fait, par la force des choses. Les dispositifs portés dans le cadre des Plan Alzheimer et des maladies neurodégénératives (cf. le développement des unités d'hébergement renforcé –UHR- et des pôles d'activités et de soins

¹⁶¹ L'EHPAD peut être vu comme une plateforme, un « hub », de par sa dimension qui dépasse le sanitaire. Il est vrai qu'il existe un autre hub possible : l'hôpital. Comme le dit David Causse, « L'hôpital est gériatrique, le sujet est d'assumer cette réalité alors même que la clinique de la gériatrie ne produit pas beaucoup d'actes. »

¹⁶² Avec de fortes disparités...

adaptés - PASA) ont apporté des solutions face à cette spécialisation. Ces efforts doivent être poursuivis.

La spécialisation des établissements en fonction des profils de dépendance des résidents est également une question. Elle peut être de nature à améliorer la qualité de prise en charge des personnes concernées, mais suppose, si c'était une voie retenue, de concevoir une gestion des ressources humaines la rendant soutenable.

Peut-on aller plus loin en précisant les prestations que l'EHPAD apporte ? En termes de fonctionnalités (consultations mémoire, accueil de jour, dispositif dédié aux aidants...), en matière de moyens mobilisés (permanence infirmière, présence d'une PUI...).

Pour envisager le rôle des EHPAD, il faut aussi considérer le rôle des tiers : les résidences-services et les résidences-autonomie (et leur frontière sanitaire) d'une part, les USLD d'autre part.

La question de l'articulation entre EHPAD et USLD doit être posée : les deux types d'établissement, hérités de la séparation entre le sanitaire et le médico-social introduite par loi dans les années 1970, se distingueront-ils principalement par le niveau de difficultés des publics accueillis, tout en se rapprochant sur le fond via une médicalisation des EHPAD et une meilleure prise en compte de la dimension hôtelière et sociale dans les USLD ? Ou se différencieront-ils au contraire par une activité différente, les USLD s'orientant vers des unités de soins prolongés complexes ?

Pour dépasser l'alternative établissement isolé / établissement plateforme, peut-être faut-il considérer l'idée de gradation, avec des établissements de niveau 1 : missions habituelles d'hébergement dans la durée ; de niveau 2 : accueil de populations extérieures (en plus des missions d'hébergement dans la durée) ; niveau 3 : intervention à domicile (en plus des autres missions).

Cette idée de gradation nous renvoie à la question de l'organisation de la première ligne de prise en charge des personnes âgées : dans certains cas, certains territoires, l'EHPAD n'est qu'un maillon d'une chaîne de prise en charge (à mieux organiser qu'elle ne l'est) ; dans le cas des EHPAD de niveau 3, ceux-ci diversifient leurs missions, voire acquièrent un rôle fédérateur sur leur territoire. Une telle perspective n'est évidemment envisageable qu'à condition de lever l'hypothèque de la ressource soignante à l'intérieur des établissements. Dans le cadre d'une spécialisation véritable des établissements, avec les taux d'encadrement afférents, ceux-ci peuvent élargir leur vocation et leur responsabilité territoriales.

Cette idée de gradation est avant tout heuristique. Elle aide à penser. Il ne s'agit absolument pas de normer une telle distinction et de répartir les établissements dans des catégories étanches. On n'a en effet pas tant besoin de normes nouvelles que plus de souplesse pour atteindre des objectifs fixés, en l'occurrence quant à la qualité de la prise en charge sur le territoire.

*

* *

A l'horizon 2030, la priorité pour les EHPAD n'est vraisemblablement pas un accroissement significatif du nombre de places (sauf dans les zones aujourd'hui sous-dotées) mais un renforcement de l'accompagnement et de la qualité de l'offre lui permettant de prendre en charge dans de meilleures conditions leurs résidents, de faire face à des situations de plus en plus lourdes, et de répondre aux aspirations des nouvelles générations.

Le Conseil n'a pas souhaité enfermer l'EHPAD de demain dans un ou des modèles d'établissement d'hébergement aux fonctions et prestations déterminées, compte tenu de l'importante hétérogénéité des EHPAD (du fait de leurs statuts notamment) et des contextes locaux (demande, acteurs et services disponibles, dynamiques à l'œuvre, etc.). Il souhaite ouvrir l'éventail des possibles, soutenir ainsi l'innovation, offrir plus de souplesse, alléger les contraintes normatives qui peuvent peser sur la qualité, et lever freins pour permettre aux EHPAD qui le peuvent d'assumer de nouvelles missions, de s'ouvrir vers l'extérieur.

2) Evolution du coût et de la qualité

a) Taux d'encadrement

Le tableau 11 ci-dessous (source DREES) met en exergue un certain nombre de points-clés lorsqu'on évoque la question des taux d'encadrement :

- la dispersion en fonction des statuts d'établissement (10,6 points d'écart entre les EHPAD privés non-lucratifs et les EHPAD publics non hospitaliers en 2015) ;
- la progression intervenue entre 2011 et 2015 (+3,3 points) ;
- la répartition entre les types de postes : encadrement-moyens généraux, médecin, animation, psychologue et personnel paramédical ou soignant, agents de service. D'un côté, on mettra l'accent sur la progression des postes soignants et d'animation, de l'autre, on soulignera l'importance des autres composantes dans la formation des coûts. La question de la répartition entre les différents types de personnel a une dimension globale (comment cette répartition se déforme-t-elle ? Comment les coûts évoluent-ils en conséquence ?). Elle a aussi une dimension liée spécifiquement à la construction tarifaire et à la distribution des fonctions entre les différentes sections tarifaires (cf. encadré ci-dessous).

La question de la cible en matière de taux d'encadrement est une question très présente dans le débat public¹⁶³. Pour l'aborder sereinement, il faut approfondir nos connaissances sur la structure de l'offre, la population accueillie (avec le problème central de la comparaison entre la progression du taux d'encadrement et la progression des besoins), la pertinence de renforcer telle ou telle composante en matière de ressources humaines, les conséquences sur la répartition des coûts (à structure tarifaire inchangée ou en modifiant la répartition entre les sections, cf. infra).

¹⁶³ Lors des manifestations de l'hiver dernier, les personnels des EHPAD portait la revendication d'un soignant pour une personne âgée.

Tableau 11. Taux d'encadrement des EHPAD par catégorie de personnel au 31/12/2015, selon le statut juridique

	Taux d'encadrement * pour 100 places installées									
	EHPAD privés à but lucratif		EHPAD privés à but non lucratif		EHPAD publics hospitaliers		EHPAD publics non hospitaliers		Ensemble des EHPAD	
	2011	2015	2011	2015	2011	2015	2011	2015	2011	2015
Personnel de direction, de gestion et d'administration	3,8	4,0	4,3	4,2	2,1	2,1	4,3	4,3	3,7	3,7
Personnel des services généraux	5,5	6,1	7,8	7,1	4,4	4,5	10,6	10,9	7,3	7,4
Personnel d'encadrement	1,0	1,1	0,7	0,9	1,1	1,1	0,8	0,9	0,9	1,0
Personnel éducatif, pédagogique, social et d'animation	10,1	9,8	6,2	6,8	2,4	3,2	4,4	4,9	5,7	6,2
Personnel médical	0,5	0,6	0,4	0,5	0,6	0,6	0,4	0,4	0,5	0,5
dont médecins coordonnateurs	0,5	0,5	0,4	0,4	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3	0,4
Psychologue, personnel paramédical ou soignant	19,7	22,8	22,2	24,5	34,1	36,7	25,5	29,4	25,3	28,1
dont infirmiers	4,5	4,9	4,6	5,1	7,3	7,5	5,1	5,7	5,3	5,8
dont aides-soignants	13,5	16,2	15,5	17,6	25,1	27,3	18,8	22,3	18,2	20,7
Agent de service hospitalier (public) ou agent de service (privé)	12,6	11,2	14,0	15,1	18,3	17,3	18,9	18,9	16,1	15,8
Ensemble	53,3	55,6	55,8	59,3	63,1	65,8	64,8	69,9	59,5	62,8
Nombre d'EHPAD	1769	1769	2287	2287	1187	1187	2157	2157	7206	7400
GIR moyen pondéré (GMP)	721	736	669	689	711	731	672	701	689	710
Pathos moyen pondéré (PMP)	181	218	188	209	201	224	186	214	188	215
GIR moyen pondéré soins (GMPS)	1193	1301	1170	1230	1237	1314	1166	1254	1185	1266

* Taux d'encadrement : est obtenu par un calcul rapportant les effectifs du personnel en équivalents temps plein (ETP) sur le nombre de places installées. Le résultat est exprimé en ETP pour 100 places.

Note : Depuis 2015, la catégorie EHPAD est identifiable dans le répertoire FINISS. Les catégories d'établissements ont été redéfinies pour les éditions 2011 pour être comparable avec l'édition 2015. Ainsi, les USLD ayant signé une convention tripartite ne sont plus considérés comme EHPAD.

Champ : EHPAD ; France métropolitaine + DROM (hors Mayotte)

Source : DREES, enquêtes EHPA 2011, 2015.

b) Rémunérations, conditions de travail et de logement du personnel

Une étude de la DREES¹⁶⁴ publiée en 2016 situe les enjeux de l'évolution contemporaine des conditions de travail au sein des EHPAD « *Les professionnels rappellent les menaces déjà identifiées : croissance de la charge de travail et risque que celle-ci devienne littéralement insupportable, évolution du secteur médico-social vers un modèle plus sanitaire, raréfaction des pratiques d'entraide et de solidarité au sein des équipes, tendance de fond à l'individualisation de la prise en charge – plus conforme aux attentes des « nouvelles générations » de personnes âgées dépendantes, mais difficilement conciliable avec les contraintes de l'organisation en collectivité – ou encore renforcement des exigences des usagers (en matière de présence, de disponibilité, de pratiques d'hygiène, etc.). [...] Enfin, la médicalisation croissante des établissements, en réponse à des niveaux de dépendance plus élevés des résidents, constitue une inquiétude forte de la part des professionnels, notamment parce qu'elle se heurte à leur identité professionnelle telle qu'ils aiment à la définir, faisant primer le « care », l'accompagnement global, la relation humaine sur la technicité des soins. C'est une bataille qui semble s'engager entre l'EHPAD et l'hôpital, le médico-social et le sanitaire. Le sentiment prime ainsi que les évolutions en cours vont à rebours de ce que les soignants apprécient de leur métier et de ce qui leur permet de continuer à s'investir malgré des conditions de travail qu'ils estiment difficiles. »*

L'évolution de la mission des EHPAD au fil du temps, la déformation de la population accueillie, le renforcement du cadre réglementaire, eu égard à la fragilité des résidents, au renforcement des droits des usagers mais aussi aux contraintes de performance, ont fait évoluer les conditions de travail en institution et ne manquent pas de retentir sur l'adéquation du travail contemporain aux valeurs professionnelles.

Si, au-delà des éléments de synthèse cités ci-dessus, on analyse les changements à l'œuvre, que peut-on retenir de cette étude :

- l'alourdissement de la charge de travail, notamment à travers la concentration sur des tâches de soin, de nursing et d'hygiène de base au détriment de l'accompagnement humain ;
- la répétitivité des tâches et les efforts de manutention, eu égard à la perte de mobilité des résidents ;
- les difficultés liées au changement du profil pathologique des résidents, et notamment le poids de la pathologie démentielle, avec dans certains cas des difficultés spécifiques en termes de violence physique ou verbale, de stress (lié notamment au risque de fuite des résidents) ; cette évolution est plus ou moins prise en compte dans l'aménagement des organisations ou à travers les politiques de formation ;
- la persistance du modèle professionnel de la « maison de retraite » dans un contexte de plus en plus marqué par les impératifs sanitaires : « *Au cours de ces évolutions, la terminologie « EHPAD » est venue remplacer la traditionnelle « maison de retraite ». Ce changement sémantique est notamment interprété par les professionnels comme le passage d'un lieu de vie à une institution à vocation sanitaire, voire hospitalière, et suscite par conséquent certaines réticences. Cette analyse va de pair avec un sentiment de désenchantement, de détachement de l'individu vis-à-vis d'un fonctionnement qu'il perçoit comme insatisfaisant du point de vue de l'utilisateur comme du sien. »*

¹⁶⁴Rémy Marquier et alii., « Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés », *Les dossiers de la DREES* n°5, Septembre 2016

- l'ambivalence de la répartition des rôles entre les professionnels : d'un côté, les impératifs de la médicalisation et ceux liés à la répartition des charges entre les financeurs, ont conduit à un renforcement des objectifs de qualification des personnels et à une rationalisation des tâches censées être exercées par chacun ; d'un autre côté, les contraintes concrètes de l'organisation, la réponse aux besoins des résidents et les ressources de la coopération entre soignants amènent certains personnels à occuper des postes interchangeable dans l'accompagnement au quotidien des résidents, en particulier pour les soins de nursing. Les glissements de tâches seront vus selon les cas comme un manquement à l'impératif de qualification ou comme un gage de solidarité et d'entraide ;
- la « *pression de la pendule* » est un leitmotiv chez les personnels ; en termes de valeurs professionnelles, cette situation peut être interprétée de façon très péjorative : « *La notion de « travail empêché », définie comme un travail qui ne peut être mené à bien du fait des contraintes de l'organisation permet de restituer ce ressenti des professionnels. Chez les professionnels en EHPAD, cela peut se traduire par le sentiment d'aller contre ses propres valeurs professionnelles et personnelles, notamment celles qui les ont conduits à exercer ce métier en institution, comme le fait de donner du sens aux soins apportés aux résidents (prendre le temps d'être aux côtés de l'usager, être disponible, rassurer, maintenir l'autonomie, etc.), afin de tenir les exigences de travail réelles.* » ;
- la contradiction entre l'objectif d'autonomie des résidents et les contraintes pratiques de l'organisation peut générer un sentiment de culpabilité et renforcer encore les difficultés matérielles ressenties : « *L'objectif de maintien de l'autonomie des résidents, couplé aux moyens contraints et à une certaine pression sur les conditions de travail des soignants se constitue en injonction paradoxale, contribuant d'autant plus à dégrader la perception qu'ont les professionnels de leurs conditions de travail.* » ;
- l'organisation du temps de travail et les contraintes spécifiques de ces métiers (horaires décalés, plannings irréguliers, travail de nuit ou le week-end...) rendent particulièrement sensibles la qualité de l'encadrement et l'organisation des équipes. Compte tenu de l'importance de l'absentéisme et du *turn over* dans ce secteur, la qualité des organisations se mesure en particulier à la capacité à ne pas dégrader encore la condition des personnels en place par une gestion défailante du remplacement des professionnels absents ;
- les difficultés de l'organisation du travail, les contraintes de conciliation vie familiale – vie professionnelle et, très pratiquement, la question des conditions et des temps de transports pour les personnels rendent la question du logement particulièrement sensible et en fait une composante majeure des conditions de travail et partant de l'attractivité du secteur en général ou de tel ou tel établissement en particulier.

La meilleure prise en compte de ces contraintes professionnelles, l'amélioration des conditions de travail, la valorisation des professionnels et des métiers, apparaissent essentielles pour renforcer la qualité d'accueil au sein des établissements. Elles sont une condition pour rendre plus attractif le secteur et faciliter les recrutements (cf. II.B)

Ici encore, les membres du Conseil insistent sur la nécessité d'alléger autant que possible les normes qui ne sont pas d'une impérieuse nécessité et qui peuvent peser sur l'organisation et le contenu du travail des professionnels et les détourner du travail attendu par les personnes accueillies elles-mêmes. Cet assouplissement normatif apparaît nécessaire tant pour la qualité d'accueil et de vie des personnes, le respect de leurs droits et libertés individuels que pour la réduction du reste à charge pour les résidents et leurs familles.

c) Répartition des charges entre les sections

Encadré : La règle de répartition entre les trois sections

A) Tous les EHPAD sont soumis à une règle de tarification commune.

Elle repose sur les trois composantes de la prise en charge : l'hébergement, la dépendance et les soins.

- Le forfait « soins » englobe différents soins médicaux et paramédicaux à destination des résidents. Il est pris en charge par l'assurance maladie.

- Le tarif pour la dépendance comprend les aides fournies à la personne dans le cadre de ses activités quotidiennes (toilette, déplacements...). Son montant varie avec le degré de perte d'autonomie du résident.

- Le tarif pour l'hébergement recouvre les prestations d'administration générale, d'hôtellerie, de restauration, d'entretien et d'animation.

B) Cette règle est-elle en débat ?

1) L'enjeu du débat

Le débat provient de ce que les dépenses n'ont pas la même structure de financement d'une part, de ce que la pluralité des financeurs entrave la fluidité de la gestion d'autre part (la suppression des règles de co-financement récemment décidée est de nature à contenir cet inconvénient).

Le forfait soins est pris en charge par l'assurance maladie ; ni le département ni les résidents ne sont appelés à le financer.

Le tarif dépendance est financé par le département (à hauteur des deux-tiers) et par les résidents (le tiers).

Le tarif d'hébergement est supporté intégralement par le résident (qui peut percevoir des aides publiques pour en atténuer la charge).

2) L'actualité du débat

Ce sujet avait été souvent évoqué en 2011 dans les discussions du groupe 4¹⁶⁵. La ligne dominante était de « déverser » des frais de la section dépendance vers la section soins et de la section hébergement vers la section dépendance. Toutes choses égales par ailleurs, ces déversements auraient eu pour effet de diminuer les charges payées par le résident et le département.

Les réformes récentes de la tarification en établissement - qui ont notamment introduit des « forfaits » pour les soins et la dépendance - ont assoupli la répartition des charges entre sections tout en encadrant les possibilités de « déversement » entre sections et donc de transferts entre les différents financeurs.

On peut aussi se poser la question de l'adaptation du mode de financement des trois sections (Soins, Dépendance, Hébergement) au dynamisme des paniers de biens et services couverts par chacune.

¹⁶⁵ Fragonard B, (2011), Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées – Rapport du groupe n°4 sur la prise en charge de la dépendance.

Encadré : La tarification en EHPAD avant et après la réforme de 2016

Les articles 58 de la loi ASV et 75 de la Loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 ont réformé la tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et introduit une généralisation de la contractualisation et un nouveau cadre de présentation budgétaire (l'état des prévisions de recettes et de dépenses, EPRD) pour les établissements du secteur médico-social.

Pour ce qui concerne les EHPAD, le Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) entre le gestionnaire, le Conseil départemental et l'agence régionale de santé (ARS) est généralisé, avec une période de transition entre 2017 et 2021. Le CPOM exonère les organismes gestionnaires et les autorités de tarification de la procédure contradictoire annuelle pour les soins, la dépendance et l'hébergement.

La réforme adopte la logique dite de « tarification à la ressource » et simplifie le calcul des financements alloués à l'établissement. Pour calculer les forfaits Soins et Dépendance versés à l'EHPAD, on applique de façon « automatique » une « équation tarifaire » (pour les places en hébergement permanent). Pour les Soins d'une part et la Dépendance d'autre part, une convergence entre le montant du forfait versé l'année précédente et la valeur-cible issue de l'équation tarifaire est organisée sur la période 2017-2023¹⁶⁶.

En plus des financements calculés à partir de l'équation tarifaire, le forfait (Soins ou Dépendance) versé peut aussi inclure des « financements complémentaires » négociés, couvrant notamment des charges « hors équation ».

S'il convient de se féliciter de l'effort de fonder les tarifs sur des éléments objectifs (les équations tarifaires), leur logique devrait être améliorée par :

- l'adoption d'une règle d'indexation de la valeur du point sur une référence salariale ;
- une bonne fréquence des coupes Pathos ;
- la convergence du point de la section dépendance entre départements.

d) Hypothèse d'une fusion des sections hébergement et dépendance

Nombre d'intervenants au débat plaident pour une fusion entre les sections dépendance et soins. Ils en attendent une meilleure gouvernance.

Si l'on s'orientait vers la fusion de ces sections, resterait à statuer sur le sort des financements actuels de la section dépendance.

- Pour les financements des départements (plus de 2Md€), on peut :
 - 1° les « remonter » à la CNSA pour financer sur une base contractuelle (intégrant des éléments de péréquation) le développement de la politique de soutien à domicile ;
 - 2° les laisser à la disposition des départements en pariant qu'ils les affecteront à cette politique. Mais ce serait sans garantie de résultat et sans équité entre départements puisque les sommes en jeu varient en fonction de la densité en EHPAD qui n'est pas forcément cohérente avec les besoins de la politique de maintien à domicile.

¹⁶⁶ Le gouvernement s'est engagé à ce que la réforme de la tarification des EHPAD ne conduise à aucune baisse des dotations soins et dépendance en 2018 et 2019. Les organisations syndicales de retraités (CGT, UCR-FO, CFTC, CFE-CGC, FSU), la FRG-FP, Ensemble et solidaires souhaitent que cette mesure de gel soit prolongée les années suivantes.

- La première formule semble *a priori* plus pertinente : même si la contractualisation est difficile à formaliser, la formule « remontée/redistribution » est plus sûre en termes d'affectation des fonds et d'équité entre les départements.
- Pour les financements actuels des allocataires (le talon pour 1Md€) on peut :
 - 1° y renoncer (ce qui charge l'ONDAM) et considérer que c'est une formule envisageable pour réduire le reste à charge des résidents dont tout le monde convient qu'il est trop élevé.
 - 2° le maintenir à la charge des résidents en le forfaitisant (ce serait un « ticket modérateur ») quitte à emprunter une autre voie pour réduire le RAC comme étudié au e) ci-dessous.

e) RAC, taux d'effort des résidents

e1) Le niveau actuel du RAC à organisation tarifaire constante est appelé à augmenter.

Même si une grande partie des charges des EHPAD est intégralement supportée par l'assurance maladie (la section soins), les résidents co-financent la section dépendance dont les moyens doivent eux aussi augmenter, et la section hébergement dont il est opportun, dans certains cas, d'augmenter les moyens.

Cette augmentation viendra en sus d'un RAC qu'on juge déjà anormalement élevé. Elle est contraire pour certains au principe de « libre choix »

e2) L'avenir du RAC

Le rapport du Conseil de l'âge de décembre 2017 a largement analysé les termes de son allègement. On se borne ici à les énumérer de façon sommaire.

- si on assume une charge financière de l'ordre de 1Md€, on peut passer par :
 - * La suppression du talon évoquée ci-dessus. Elle est limitée en incidence (150€/mois) et quasi forfaitaire ;
 - * une augmentation ciblée sur les ménages modestes via l'allocation de logement (à la charge de l'Etat) ;
 - * des aménagements limités à l'ASH (à la charge des départements) ;
 - * un « bouclier dépendance » dans lequel l'aide publique augmenterait.
- si on assume une dépense publique nettement plus élevée (2,5 à 3,5Md€ par exemple), on peut passer par :
 - * la suppression des règles de subsidiarité de l'ASH. Les résidents dont les ressources sont inférieures au RAC (après un abattement au titre « du gîte et du couvert ») seraient désormais couverts par l'ASH ;
 - * un schéma d'une prestation dépendance tel qu'examiné par le CAE.

Dans certains de ces scénarios, il conviendra de fixer le sort des dépenses fiscales actuelles à l'hébergement, celle des résidents eux-mêmes et celle de leurs enfants.

F) GOUVERNANCE ET REGULATION PUBLIQUE

1) Enjeux

Rançon des progrès dans la prise en charge du Grand âge, les dispositifs se sont complexifiés, rigidifiés, scindés, en particulier pour ménager la contribution des différents financeurs : prévention de la dépendance *versus* prise en charge des états déclarés, établissement *versus* domicile, dispositifs spécifiques à la maladie d'Alzheimer *versus* dispositifs génériques, sans parler dans chacun de ces domaines des multiples cloisonnements secondaires. Les dispositifs de prise en charge de la perte d'autonomie sont donc aujourd'hui, pour les usagers comme pour les collectivités publiques, un entrelacs inextricable, un défi à la continuité des parcours et à la régulation.

Face à cette situation, l'objectif assigné aux politiques publiques ne saurait se résumer aux fonctions classiques de coordination. Les dispositifs ne manquent pas en la matière, on l'a vu. Compte tenu des besoins des personnes (pour ne pas leur laisser les tâches d'articulation des services), compte tenu de la tendance à la balkanisation institutionnelle – et pour la contrecarrer, l'objectif doit être celui d'une véritable intégration, au sens où la définit Joël Ankri : « *L'intégration se définit à partir d'un territoire, sur plusieurs niveaux d'implication (niveau de la direction des services, de délivrance des soins et de l'aide, du financement et de la régulation), de façon intersectorielle (sanitaire, médico-social, social), avec un partage obligatoire de responsabilité sur le budget alloué et le projet mené, une remise en cause du fonctionnement interne des partenaires (outils utilisés, procédures, moyens, mode d'orientation et missions) et un partage d'outils de gestion et de données afin d'assurer une responsabilité conjointe sur la réponse aux besoins de la population ciblée. Ce système intégré cherche à apporter des solutions aux conséquences de la fragmentation.* »¹⁶⁷

Le territoire est essentiel : trouver le bon système pour s'adapter aux réalités de terrain, constituer des bouquets de solutions, des écosystèmes performants.

Or les territoires du Grand âge ont été particulièrement malmenés depuis une quinzaine d'années, au-delà des péripéties ordinaires de la « réforme territoriale ».

Alors que les communes avaient été en pointe en matière d'hébergement, à travers notamment la promotion des logements-foyers, elle ont été en grande partie sorties du jeu par la montée en gamme liée à la médicalisation... et leur éviction progressive de la régulation hospitalière ; les départements, qui avaient pourtant hérité de la responsabilité de chef-de-file de la coordination sociale et médico-sociale en 2004, ont été eux aussi déstabilisés quant à leurs responsabilités dans la planification et la régulation, à la fois par l'émergence des ARS à partir de 2010 et par la prégnance des préoccupations internes de soutenabilité financière de la politique en faveur des personnes âgées dans un contexte globalement contraint.

Aux côtés des conseils départementaux, les ARS sont donc en première ligne, avec un rôle éminent en matière de prospective stratégique (à travers le PRS), avec les ressources institutionnelles pour mixer les préoccupations en matière de prévention, de soins de ville, de prise en charge hospitalière et médico-sociale... mais des organisations qui ne reflètent pas toujours cette faculté de synthèse. Compte tenu des règles de financement rationalisées (CPOM, réformes de la tarification), certains acteurs en viennent à douter de la persistance du rôle de l'ARS, en termes de régulation économique du moins.

¹⁶⁷ Joël Ankri, « Alzheimer : vieillissement ou maladie ? Politique sociale ou spécifique ? », *Vie sociale* 2016/3 (n° 15), p. 149-158.

La question de la gouvernance est aussi interne : les instances au sein des établissements sont aujourd'hui plus consultatives que décisionnelles. Il importe que demain les personnes soient véritablement représentées et qu'elles soient en capacité de décider par elles-mêmes de leur parcours. L'effet générationnel poussera à n'en pas douter dans cette voie. Du point de vue des corps intermédiaires, faute d'avoir vu émerger, comme dans le cas du handicap, des prises en charges communautaires ou associatives, faute aussi d'insertion dans les enjeux de la démocratie locale, l'expression des besoins a longtemps été assumée par les porteurs de structures, les dirigeants d'établissements ou aux fédérations professionnelles.

2) Vers un nouveau modèle de régulation

On peut esquisser les caractéristiques possibles d'un nouveau modèle de régulation :

- revenir à la logique originelle de l'allocation à la personne (celle qui prévalait avec la création de l'APA) – et non du financement des structures : à niveau de besoin de prise en charge donné doit correspondre une certaine dotation au titre de la solidarité publique (sans préjudice de possibles tickets modérateurs prenant en compte les revenus courants et le patrimoine) ;
- Cette allocation aurait vocation à rassembler l'ensemble des ressources aujourd'hui mobilisées par la collectivité au titre de la première ligne de prise en charge des personnes âgées (prévention, soins de ville courants, soins de long terme à domicile ou en établissement, aide à l'hébergement) ;
- Cette allocation autonomie pourrait être financée sur une base nationale et gérée par la CNSA ;
- Elle serait mise à disposition des opérateurs territoriaux (communes / intercommunalités) dans le cadre d'une contractualisation pluriannuelle et d'une stricte péréquation ;
- Le département – ou à défaut l'ARS – serait autorité organisatrice de la prise en charge, chargée donc de la planification de long terme et de la régulation de l'offre ;
- Les opérateurs territoriaux seraient guichet unique pour les particuliers et les familles ; ils contracteraient en tant que de besoin avec des opérateurs polyvalents (notamment les CPTS ou les établissements communautaires évoqués par le récent avis du HCAAM, voire les EHPAD de niveau 3 évoqués plus haut).

Dans ce schéma, la CNSA pourrait avoir une série de responsabilités conformes à sa vocation d'agence :

- Mobiliser de l'expertise pour le paramétrage de l'allocation individuelle ;
- Définir un cadre de péréquation national et une action de lissage des dotations dans le temps ;
- Bâtir une contractualisation avec les opérateurs territoriaux ;
- Contribuer à la régulation du système de prise en charge (et à l'organisation des marchés) en lien avec les autorités organisatrices décentralisées.

Elle serait mandatée, disposerait de l'autonomie opérationnelle et devrait rendre des comptes sur chacun de ces registres.

Encadré. Retour sur un débat original : la CNSA, agence ou caisse

Les agences avaient bonne presse dans les années 2000 au moment où l'on a créé la CNSA. Compte tenu des incertitudes sur la performance des politiques publiques, il semblait intéressant de tester les propriétés de cette catégorie d'acteurs promue par le « nouveau management public » et développée dans des contextes principalement anglo-saxons.

Expertise spécialisée, autonomie, moyens d'agir, évaluation sur les résultats : telles sont les principales propriétés de l'agence. L'étymologie nous guide : l'agence fait et elle est jugée pour ce qu'elle fait. L'agence ne se définit pas par sa personnalité juridique : elle peut ne pas être identifiée juridiquement. Elle ne se substitue pas aux administrations centrales ; elle impose de retravailler la division du travail avec elles. Elle n'est pas pérenne ; a priori elle cesse d'exister avec les problèmes qu'elle est censée traiter.

En 2004, dans le contexte post canicule, il était logique que la question de l'agence se soit posée, ... avec des arguments parfaitement ambivalents :

Certains plaidaient pour l'agence :

- on avait créé ou on allait créer des nouveaux dispositifs ambitieux : la médicalisation des EHPAD, l'APA, bientôt la PCH ; il était sage de gagner en expertise et en capacité d'agir alors qu'on mobilisait enfin des moyens conséquents en faveur de l'autonomie ;
- on avait esquissé un schéma de gouvernance plus rationnel, en faisant des départements les chefs de file de l'action sociale et médico-sociale : l'opérateur territorial se dessinait enfin de façon plus nette ;
- comme on l'avait fait dans le domaine de la sécurité sanitaire, il pouvait être sage de mettre à distance du politique les dommages potentiels de l'insuffisance des politiques publiques ;

D'autres portaient une autre logique :

- mobilisant des crédits d'assurance maladie, il était logique que l'image de la caisse de sécurité sociale ait été prégnante ;
- la tradition juridique française invitait à recourir à la catégorie de l'établissement public, avec personnalité juridique et exercice habituel de la tutelle ;
- l'idée de chef de file départemental n'a guère prospéré : très vite après qu'on avait donné aux départements la maîtrise des schémas départementaux, on a créé les PRIAC ; puis les ARS sont venues affirmer peu à peu leurs prérogatives, avec des départements rendus plus circonspects sous le poids des contraintes financières ;
- les lois annuelles de financement de la sécurité sociale et les lois spécifiques (type ASV) ont utilisés au gré des textes des moyens d'action souvent laissés à la main d'une agence normalement constituée : normes, règles de tarification, outils de péréquation...

Au final, la CNSA a été au gré des époques :

- le lieu d'une ambition, en matière de convergence PA-PH, dans la ligne de la loi de 2005 ;
- un centre d'expertise reconnu ;
- un lieu de dialogue maintenu avec les départements ;
- une caisse ;
- un fonds qu'on mobilise en tant que de besoin pour financer les initiatives des pouvoirs publics,....

Encadré. Pour mémoire : ce que disait le rapport Briet-Jamet de juillet 2004¹⁶⁸

A titre liminaire, il convient de préciser que le rôle et les missions de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie ne sauraient se concevoir de façon autonome sans prendre en compte, le rôle que doit et devra continuer à jouer l'Etat dans sa fonction d'orientation, de fixation des normes et de contrôle de la bonne application de celles-ci, afin de donner au dispositif, dont la gestion sera assurée au niveau local, un cadre national de nature à garantir aux personnes une égalité d'accès aux droits et un traitement équitable. A cet égard, la CNSA doit être comprise comme une modalité de l'organisation par l'Etat de l'exercice de ses compétences en ce domaine, comme un démembrement fonctionnel de celui-ci, et non comme une entité autonome ayant sa légitimité propre, assumant la totalité des responsabilités en ce secteur et portant le risque financier qui s'attache aux politiques menées.

Le périmètre de la CNSA, tel qu'il est envisagé par la mission, intègre une large part des missions qu'il avait été proposé de confier à une agence nationale des handicaps à savoir l'appui aux acteurs par la fourniture des outils d'évaluation, des référentiels, le conseil et la mise à disposition d'une information fiable, et enfin la garantie de la qualité du service rendu. Le schéma proposé par la mission est donc de faire jouer à la CNSA ce rôle essentiel, et de ne pas créer d'agence nationale des handicaps afin de ne pas multiplier les structures administratives.

Les deux éléments ci-dessus, combinés au fait que le mot « caisse » est en pratique associé par la plupart des interlocuteurs à des dispositifs procédant de l'organisation des régimes de sécurité sociale, devrait conduire - afin d'éviter toute ambiguïté - à préférer à l'appellation de Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, celle d'Agence nationale de solidarité pour l'autonomie (ANSA). La mission a donc fait le choix de cette dénomination pour la suite du rapport.

L'Agence nationale de solidarité pour l'autonomie, dont le périmètre exact d'intervention a été conçu en miroir des compétences locales relatives à la prise en charge de perte d'autonomie, devrait exercer d'une part, une fonction essentielle d'aide aux acteurs, d'évaluation et de mise en cohérence des politiques locales et, d'autre part, une fonction financière de répartition des moyens entre les départements combinant des paramètres objectifs et des enveloppes ciblées définies sur une base contractuelle. A un directoire et un conseil de surveillance, pourraient être ajoutés un conseil scientifique et un conseil de tutelle pour assurer la gouvernance de la Caisse.

¹⁶⁸ Raoul Briet, Pierre Jamet, *Mission de préfiguration de la CNSA : Pour une prise en charge solidaire et responsable de la perte d'autonomie*, juillet 2004

ANNEXES

ANNEXE 1 : LA PREVENTION PRIMAIRE : L'EXEMPLE DES CENTRES DE PREVENTION BIEN VIEILLIR AGIRC ARRCO



LA PREVENTION PRIMAIRE : L'EXEMPLE DES CENTRES DE PREVENTION BIEN VIEILLIR AGIRC ARRCO

QUEL CONSTAT AUJOURD'HUI ?

POURQUOI LA PREVENTION PRIMAIRE ?

- *Des enjeux de santé publique déjà connus : 70 % de l'état de santé lié aux habitudes de vie Vs 30 % pour la génétique,*
- *Des pathologies chroniques et des risques de fragilité qui augmentent avec l'âge,*
- *Chacun peut être acteur sur les sujets liés à son vieillissement : sédentarité, mémoire, sommeil, audition...*

FACE A CES ENJEUX, DES RESULTATS DEJA EPROUVES :

- *53 % de personnes de plus de 65 ans présentent une déficience auditive : des ateliers améliorent la qualité de vie,*
- *48 % des plus de 65 ans sont sédentaires : la marche, premier levier,*
- *51 % de personnes âgées ont une mauvaise qualité de sommeil : des actions de prévention éprouvées,*
- *39 % se plaignent de leur mémoire : une réassurance possible favorisant le lien social,*
- *1 personne sur deux modifie son comportement après un parcours « individualisé » au sein des centres de prévention Bien vieillir Agirc-Arrco,*
- *Une approche globale au cœur des transformations en santé publique.*

QUELLES RETOMBÉES ECONOMIQUES ?

QUEL CONSTAT AUJOURD'HUI ?

Il est certain qu'à l'horizon 2030, 30 % de la population française aura plus de 60 ans, et ce, indépendamment des hypothèses de la fécondité, des migrations ou de la mortalité¹.

Au-delà de l'offre de soins, l'enjeu du vieillissement de la population et des pathologies chroniques, est la **prévention**, non seulement pour réduire les complications liées à chacune de ces pathologies (diabète, cardio-vasculaire, cancer...) mais **aussi la survenue de ces pathologies, au travers de la prévention primaire.**

Aussi, **l'enjeu est bien de réduire les coûts en santé** ce que ne permet pas directement la « prise en charge » des pathologies ciblées.

Globalement, la dépense moyenne de santé a presque doublé entre les années 90 et 2000ⁱⁱ.

Il faut noter que les dépenses publiques de santé de l'ensemble de l'Union européenne, qui représentent aujourd'hui 7,1 % du PIB de l'UE, atteindraient en 2060 une augmentation de 20 %. Par contre, en cas de vieillissement en bonne santé (healthy ageing), la hausse serait maîtrisée, portant les dépenses à 7,6 % du PIB en 2060. **C'est dire tout l'enjeu d'une politique de santé qui se baserait à la fois sur des progrès technologiques et sur les leviers d'un vieillissement en santé.**

POURQUOI LA PREVENTION PRIMAIRE ?

➤ **Des enjeux de santé publique déjà connus : 70 % de l'état de santé lié aux habitudes de vie (Vs 30 % pour la génétiqueⁱⁱⁱ)**

Notre espérance de vie à la naissance nous positionne sur le podium européen : 64,1 ans pour les femmes et 62,7 ans pour les hommes en 2016. En revanche, l'espérance de vie en santé à 65 ans est d'environ 11 ans pour les femmes et d'un peu plus de 10 ans pour les hommes, plaçant la France respectivement en 9^o et 11^o position au sein des pays membres de l'UE^{iv}.

L'Organisation Mondiale de la Santé définit le « Bien Vieillir » comme le processus qui vise à optimiser les chances d'une **bonne santé physique, sociale et mentale**.

Le vieillissement en bonne santé se doit donc d'être actif, dans les dimensions physiologiques, psychologiques et sociales. **L'un des enjeux majeurs de santé publique va donc être d'inciter les seniors à adopter durablement des comportements positifs pour une avancée en âge en santé et de qualité** ; lutter contre la sédentarité, se nourrir de façon saine, équilibrée et variée, développer un réseau social riche,

➤ **Des pathologies chroniques et des risques de fragilité qui augmentent avec l'âge**

La fréquence des maladies chroniques augmente au cours de l'avancée en âge, menant le plus souvent à une polyopathie (4 à 6 maladies en moyenne). Elles n'entraînent pas un décès brutal, mais affaiblissent progressivement les individus, et cette mauvaise santé prolongée nuit à leur qualité de vie. La lutte contre les maladies chroniques permet de vivre plus longtemps et en meilleure santé.

Le syndrome de fragilité se caractérise par un risque permanent de décompensation fonctionnelle conduisant à une aggravation de l'état de santé et à la dépendance. L'augmentation du nombre de "sujets âgés fragiles" dans les prochaines décennies représente l'un des enjeux essentiels de la gérontologie^v ^{vi}.

➤ **Chacun peut être acteur sur les sujets liés à son vieillissement : sédentarité, mémoire, sommeil, audition**

Plus que l'état de santé réel, ce sont bien des facteurs psycho sociaux qui ont un réel impact sur la qualité de l'avancée en âge. **L'étude 2009 des centres de prévention Bien vieillir Agirc-Arrco a mis en évidence les 4 déterminants majeurs du Bien Vieillir à savoir : l'âge, les ressources financières, l'état psychologique et la qualité du réseau social.**

Par ailleurs, cette étude met en évidence que le sentiment de bien vieillir dépend de l'état psychologique et de l'implication sociale, indépendamment de l'âge et de l'état de santé réel.

La conjugaison de cette faculté à faire et de l'intérêt d'une approche globale médico-psycho-sociale constitue une opportunité à agir.

FACE A CES ENJEUX, DES RESULTATS DEJA EPROUVES

Plusieurs sujets illustrent les enjeux de santé publique auxquels il convient aujourd'hui de se préparer : l'audition, l'activité physique, le sommeil et la mémoire...

➤ **Bien vieillir : De l'importance de bien entendre**

Une étude des centres de prévention Bien vieillir Agirc-Arrco a été réalisée en 2015. 3 595 personnes âgées de 69 ans en moyenne ont bénéficié d'un test audiométrique automatique et constituent l'échantillon de l'étude. **53 % des bénéficiaires de l'échantillon présentent une déficience auditive repérée par l'audiométrie systématique** au cours du bilan initial. Ces chiffres sous-estiment très certainement la prévalence de cette déficience auditive puisqu'ont été exclues de l'échantillon les personnes déjà suivies et/ou appareillées. Les retombées, alors qu'il s'agit d'une population encore jeune (69 ans en moyenne), ont déjà été largement documentées et démontrées :

- Le statut cognitif global de même que le déclin cognitif accéléré sont liés aux capacités auditives^{vii viii}.
- La déficience auditive est associée à une probabilité accrue d'isolement social. Difficultés de communication, repli sur soi et l'extrême risque de dépression en sont les effets secondaires majeurs^{ix x}.

➤ **Activité physique : lutter contre la sédentarité pour bien vieillir**

L'étude 2014 avait deux objectifs principaux : observationnel d'une part et d'évaluation des actions collectives d'autre part. 3 586 personnes âgées de 65 ans et plus ont bénéficié d'un bilan dans l'un des centres de prévention. **48 % ont un score au questionnaire PASE < 120**, témoignant d'une pratique insuffisante d'activité physique. La pratique de 10 semaines d'activité physique encadrée en salle, et la remise d'un podomètre ont permis un gain moyen de 25 points au score du PASE, vs 13 points dans le groupe témoin qui n'a bénéficié d'aucun atelier physique. L'augmentation de la pratique de la marche est l'élément le plus marquant de cette modification de comportement. Il s'agit là d'un levier à impact rapide vers un mieux vieillir, qui, associé à une alimentation variée et équilibrée permettrait un gain moyen de 14 ans d'espérance de vie sans incapacité^{xi}.

➤ **Troubles du sommeil : les repérer et agir**

L'étude s'appuie sur l'évaluation de qualité du sommeil (PSQI) remplie par 7 376 personnes. **51 % présentent une mauvaise qualité de sommeil (PSQI ≥ 6)**. Des tests de détection du syndrome d'apnées obstructives du sommeil ont été réalisés auprès de 434 personnes âgées en moyenne de 68 ans, 44 % d'entre elles présentent un risque sévère d'apnées obstructives du sommeil, qu'une cause soit identifiée ou pas, démontrant que ce dépistage présente un intérêt majeur chez le sujet âgé. Enfin, 64 % constatent une amélioration statistiquement significative de la qualité de leur sommeil après des ateliers du « sommeil », faisant intervenir médecin, psychologue et « relaxologue », selon une approche globale.

➤ **Mémoire : de la plainte à l'oubli, repérer pour mieux accompagner**

Réalisée auprès de 972 personnes cette étude apporte deux principaux enseignements. Tout d'abord, 39 % des personnes se plaignent de leur mémoire. Ensuite, l'apport des actions collectives a également été démontré au travers notamment de la resocialisation et de la réassurance auxquelles ces actions contribuent.

Cette étude confirme qu'au-delà des facteurs strictement médicaux, les facteurs psychologiques et environnementaux (le lien social, les troubles anxio-dépressifs) sont d'une importance majeure.

➤ **Près d'1 personne sur deux modifie son comportement après un parcours « individualisé » au sein des centres de prévention Bien vieillir Agirc-Arrco**

Les régimes de retraite complémentaire Agirc et Arrco développent depuis leur création une action sociale et solidaire. Dans le domaine de la prévention, les régimes de retraite complémentaire ont créé, il y a plus de 30 ans, les premiers centres de prévention (à l'époque, en « relais » de la médecine du travail).

Au nombre de 16 depuis 2014 et couvrant 70 départements métropolitains, les **centres de prévention Bien vieillir Agirc-Arrco** accueillent chaque année près de 25 000 personnes, âgées en moyenne de 69 ans.

Ils répondent à un référentiel précis et produisent des données épidémiologiques sur l'observation de la population dans le domaine du bien vieillir et sur l'impact des actions menées.

Le parcours de prévention comporte trois étapes :

- Un bilan individuel selon une approche médicale¹⁶⁹ (entretien et examen clinique avec un gériatre), psychologique (entretien avec un psychologue) et sociale (analyse des habitudes et conditions de vie, du lien social, des difficultés économiques...),
- Un ou des atelier(s) sélectionné(s) en fonction des besoins individuels : la mémoire, la prévention des chutes, le sommeil, la nutrition... réalisés dans le centre ou par les structures inter-régimes,
- Et une orientation vers des partenaires relais territoriaux (inter-régimes, associations, clubs...) afin de poursuivre l'action sur la durée.

A l'issue d'un tel parcours, **près de 50 % des personnes déclarent avoir modifié leur comportement**. Ces modifications portent principalement sur la nutrition, l'activité physique, la stimulation de la mémoire, le sommeil.

Pour mémoire, l'impact d'une reprise d'activité physique au-delà de 65 ans et après trois années, est une diminution de la mortalité de 30 %, toutes pathologies confondues.

Il convient donc d'organiser les actions concrètes permettant d'influer sur les comportements échelle : atelier « nutrition et petit budget » par exemple (accessible au plus grand nombre), initiation à la reprise d'activité physique douce (comme première étape d'une reprise d'activité physique), atelier bien dormir, atelier pour faire stimuler sa mémoire, conférence sur « entendre et comprendre à tout âge »...

L'approche, ainsi proposée dans les centres, s'apparente à celles engagées par d'autres pays, tels ceux du nord de l'Europe (Danemark, Suède...), le Canada...

L'objectif est d'impacter les comportements aux fins **d'augmenter l'espérance de vie sans incapacité**. Des indicateurs devraient être construits et suivis sur chaque territoire sur chacun des risques identifiés : part des personnes sédentaires, part de consommation de benzodiazépines...

QUELLES RETOMBÉES ÉCONOMIQUES ?

¹⁶⁹ Pas d'examens biologiques ou exploratoires puisque organisés par les centres d'examen de santé de la sécurité sociale

Des dépenses de prévention marginales en France

En 2013, la France se situait dans le dernier quart des pays engageant des dépenses pour la prévention selon une étude de l'OCDE. Rapportées au PIB, les dépenses de prévention engagées en France se situent au niveau de pays tels que le Mexique, l'Estonie ou la Hongrie.

Mais que met-on sous le terme prévention évaluée économiquement ?

Cette question est essentielle du point de vue économique car les principales études qui auraient fait la démonstration du coût important de la prévention par rapport au bénéfice obtenu économiquement portent sur des études liées au dépistage de pathologies, associées à l'espérance de vie gagnée (« survie ») comparée à la qualité de vie générée.

Lorsque l'on parle de prévention pour Bien vieillir (ou pour gagner en espérance sans incapacité -EVS), les moyens d'y parvenir et les dépenses considérées ne sont pas les mêmes.

Il ne s'agit pas de repérer des pathologies et de les traiter (donc d'attendre la survenue du risque) chez une population vieillissante mais bien d'agir en amont pour retarder (de 6 mois ? d'un an ?) voire supprimer la survenue de la perte d'autonomie.

Si l'on fait abstraction des derniers six mois de vie qui ont un coût élevé quel que soit l'âge, ce défi est important car il ne vise pas une croissance de la longévité (donc d'autres coûts potentiellement associés) mais un gain en EVS. Or, depuis que cet indicateur existe, la France se situe dans la moyenne des 28 pays, alors même qu'elle se situe sur le podium pour la longévité globale.

La posture organique (dépistage) des décennies passées a montré ses limites en termes de prévention. Il faut dorénavant influencer sur les comportements.

Quelles retombées économiques possibles ?

L'enjeu est important : plus de 1,5 M de personnes sont en perte d'autonomie ou en situation de fragilité liée à l'âge, chaque année. 50% des personnes retraitées (soit 7 M) sont concernées par la sédentarité, autant le sont par les troubles auditifs. De même, pour les troubles du sommeil (pouvant amener à une surconsommation de benzodiazépines) et près de 40% se plaignent de leur mémoire. Or pour chacun de ces sujets, il est possible d'agir et de réduire les survenues connues sur les risques cardio-vasculaires, les démences...

Pour rappel, en ce qui concerne la sécurité routière 3500 morts et 27000 blessés chaque année. On estime à 78000 morts les décès liés au tabac en France et à 50000 morts ceux liés à l'alcool.

L'enjeu pour les années à venir d'un investissement dans le domaine de la prévention pour bien vieillir se situe donc à des niveaux supérieurs à ceux qui mobilisent l'essentiel des ressources consacrées jusqu'alors à la prévention. ***Il s'agit d'améliorer la qualité de vie et de diminuer les coûts des dépenses liées à la perte d'autonomie.***

Dans des modèles éprouvés, 3% des dépenses de santé permet de diffuser la prévention à toutes les étapes de la vie.

Il n'y a pas de fatalité et les nouvelles générations de retraitées qui ont connu leurs parents surpris par leur propre longévité sont aujourd'hui demandeurs d'être accompagnés pour éviter la survenue d'incapacités.

Pour le système de santé, les retombées seraient une réduction du coût. Les projections les plus optimistes seraient de plusieurs dizaines de pourcentage de réduction des coûts. Plus probablement, un seuil de 5 à 10 % pourrait être réaliste, créant ainsi une inflexion sur **la consommation de soins et des engagements sociaux à moyen et long termes**. L'impact en serait d'autant plus fort que les actions cibleraient y compris les populations en activité (car devant travailler plus longtemps que leurs prédécesseurs).

Références bibliographiques :

¹ Nathalie Blanpain, Olivier Chardon, division Enquêtes et études démographiques, Insee

¹ Dormont, Grignon et Huber, 2006. Données Irdes, enquête Santé Protection Sociale.

¹ Khaw K.-T., Wareham N., Bingham S., Welch A., Luben R., Day N. Combined impact of health behaviours and mortality in men and women: the Epic-Norfolk Prospective Population Study. PLOS Med 2008; 5: 39-46.

¹ Statistiques sur les années de vie en bonne santé, données extraites en avril 2016, eurostats statistics explained.

¹ campus.cerimes.fr/geriatrie/enseignement/personneagee/site/html/cours.

¹ medecine.ups-tlse.fr/dcem3/module05/59_poly_la_PAM.pdf.

¹ Bush, A. L., Lister, J. J., Lin, F. R., Betz, J., & Edwards, J. D. Peripheral Hearing and Cognition: Evidence From the Staying Keen in Later Life (SKILL) Study. Ear and hearing 2015;36(4):395-407.

¹ Lin, F. R., Yaffe, K., Xia, J., Xue, Q. L., Harris, T. B., Purchase-Helzner, E., & Health ABC Study Group. Hearing loss and cognitive decline in older adults. JAMA internal medicine 2013;173(4):293-299).

¹ Mick, P., Kawachi, I., Lin, F. The association between hearing loss and social isolation in older adults. Otolaryngology - Head and Neck Surgery 2014;150:378-384).

¹ Carabellese C., Appollonio I., Rozzini R., Bianchetti A., Frisoni G.B., Frattola L., et al. Sensory impairment and quality of life in a community elderly population. Journal of the American Geriatrics Society, 1993; 41(4) : 401-407.

¹ Khaw K.T., Plos Medecine 2008

ANNEXE 2 : AU DANEMARK, UNE STRATEGIE INTEGREE D'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES AGEES A DOMICILE, QUI S'APPUIE SUR LES OUTILS TECHNOLOGIQUES

Dès les années 1970, le Danemark a fait du soutien à domicile une priorité pour les personnes âgées. Depuis 1987, les maisons de retraite sont considérées comme un habitat ordinaire : les droits et devoirs des personnes en institution sont alors très proches de ceux du reste de la population. Plus aucune maison de retraite n'a été créée depuis cette date et les places dans ces établissements ont chuté (d'environ 27 600 en 2001, elles sont passées à 9 400 en 2009). Des formes de logements intermédiaires, adaptés aux besoins des personnes connaissant des pertes d'autonomie ont alors été développées (par exemple, des résidences-services, connectés à une offre de service de soins, de télésurveillance, de portage de repas, etc.). Cela s'est accompagné par une augmentation très forte du nombre d'infirmiers à domicile et de personnes employées par les municipalités qui assurent des services à domicile.

Au Danemark, c'est en effet la municipalité qui est responsable de l'organisation de l'accompagnement des personnes âgées, que ce soit à domicile ou en institution. Une des particularités de la stratégie danoise est de proposer un accompagnement intégré de ces populations fragiles : la municipalité a ainsi un devoir de proposer des adaptations du domicile de la personne ou, à défaut, une solution de logement adapté à ses besoins, ainsi qu'une offre de services d'aides et de soins. En particulier, ce sont les services municipaux qui doivent proposer une solution à la sortie de l'hôpital. Des incitations fortes ont été prises en ce sens : si le patient doit prolonger son séjour à l'hôpital faute de solution adaptée pour sa sortie ou parce qu'il y a un délai d'attente, c'est la municipalité qui supporte les coûts liés aux journées d'hospitalisation supplémentaires. Comme les services sociaux relèvent de la municipalité et que les services de santé sont financés et organisés par le niveau régional, un système de case management a été introduit pour favoriser une meilleure coordination, à plusieurs niveaux.

A un premier niveau, un « care manager » des services municipaux est chargé d'évaluer les besoins de la personne et de proposer un ensemble d'aides susceptibles de permettre le soutien à domicile. Pour les personnes âgées de 75 ans ou plus, cette évaluation est notamment réalisée lors de la visite annuelle dite de prévention que la municipalité a l'obligation d'organiser à leur domicile. Au-delà de la grande diversité des pratiques selon les municipalités, on observe que les évaluations sont en général multidimensionnelles : elles couvrent tant les aspects relatifs au bien-être de la personne (capacités fonctionnelles, bien-être, mode de vie, conditions de logement, possibilité d'expression d'un choix libre), que les aspects relatifs à l'état de santé (traitements médicamenteux en cours, aides à la rééducation,...). Notons qu'il n'y a pas au Danemark de niveau prédéfini de perte d'autonomie (contrairement à la grille AGGIR utilisée en France) : les besoins de l'individu sont évalués au cas par cas et les aides en assistance sont proposées en conséquence et peuvent être réajustées au fur et à mesure.

Ce rôle d'évaluation des besoins est le plus souvent assuré par les infirmiers de secteur, mais également parfois par des ergothérapeutes, des kinésithérapeutes ou encore des travailleurs sociaux. Pour tenir ce rôle, ces professionnels doivent déjà avoir travaillé plusieurs années dans le secteur des services à domicile et avoir suivi une formation spécifique (deux semaines en général). Le médecin généraliste de la personne âgée transmet en général des éléments d'information au care manager de la municipalité : celui-ci s'assurera que le dossier est complet et informera le patient (et sa famille) sur les différents aspects de l'accompagnement.

Une fois que l'évaluation est réalisée, la municipalité propose un logement adapté (ou un aménagement du logement) et un large ensemble de services (système de télédétection, télésurveillance, aide pour le ménage, portage des repas, aides à la personne, aides au transport, exercices physiques adaptés, etc.). A cela s'ajoutent les services de santé proposés essentiellement par les équipes de soins à domicile (infirmiers), en continu (24h/24) : soins et traitement, éducation du patient, aides pour remplir les dossiers administratifs de demande pour des besoins variés (par exemple, changement d'appartement, aides d'urgence, accès à un centre pour personnes âgées, etc.). En plus, des équipes gériatriques ou des gériatres exerçant à l'hôpital assurent des consultations médicales d'appui, en particulier pour les personnes âgées qui présentent des situations très complexes ou pour lesquelles un placement en institution serait indiqué. Professionnels de santé (infirmiers, éventuellement médecins généralistes, gériatres) et pourvoyeurs d'aides concrètes (aides à domicile, femmes de ménages ou encore bénévoles) travaillent ensemble afin de se coordonner. A ce second niveau de coordination, c'est l'équipe de soins à domicile – les infirmiers – qui jouent un rôle clé au quotidien.

Cependant, même si le système danois propose un accompagnement relativement bien intégré, il faut noter que des problèmes de coordination peuvent apparaître, notamment entre les services de soins hospitaliers administrés au niveau régional et les services sociaux qui relèvent des municipalités.

RETROUVEZ LES DERNIÈRES ACTUALITÉS DU HCFEA :

www.hcfea.fr

Le Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge est placé auprès du Premier ministre. Il est chargé de rendre des avis et de formuler des recommandations sur les objectifs prioritaires des politiques de la famille, de l'enfance, des personnes âgées et des personnes retraitées, et de la prévention et de l'accompagnement de la perte d'autonomie.

Le HCFEA a pour mission d'animer le débat public et d'apporter aux pouvoirs publics une expertise prospective et transversale sur les questions liées à la famille et à l'enfance, à l'avancée en âge, à l'adaptation de la société au vieillissement et à la bienveillance, dans une approche intergénérationnelle.



Adresse postale : 14 avenue Duquesne - 75350 Paris 07 SP

Le HCFEA est membre du réseau France Stratégie