



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

**Conseil de l'âge**  
**Synthèse du Tome II : Orientations**

**Rapport adopté le 7 novembre 2018**

---

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

### **A) La capacité 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, dans la première partie, le travail du Commissariat général du Plan de 2005-2006. Cet exercice n'a pas été renouvelé depuis, du moins de façon globale.

On dispose de quantités de données aujourd'hui dont on ne disposait pas il y a douze ans, 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, on a parfois du mal à suivre les personnes âgées le long de leur parcours de soin ou de vie. Pour éclairer les politiques de prise en charge et déterminer les besoins dans les différents éléments de la gamme, ce suivi de trajectoire est pourtant essentiel. Il l'est aussi pour développer des analyses médico-économiques.

Autre limite : le défaut d'approche homogène de l'offre. On parle beaucoup d'offre intermédiaire ou alternative. Or, si l'on connaît bien les grandes catégories de la gamme de prise en charge (les EHPAD, les autres EHPA...), la connaissance des nouveaux éléments de la gamme (et notamment les résidences services) est plus lacunaire.

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.

### **B) La connaissance des politiques locales et des disparités territoriales**

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, compte tenu aussi des choix territoriaux en la matière, il apparaît essentiel de développer des approches consolidées de l'offre de prise en charge 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.

La connaissance des disparités et dynamiques territoriales en matière d'offre de prise en charge est également trop fruste (évolution dans le temps des besoins et des différentes composantes de l'offre, impact des politiques de régulation nationales et locales).

### **C) Les outils d'une prospective stratégique**

Pour la réalisation 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 et les perspectives en la matière.

Force est de constater que les « ingrédients » d'une prospective stratégique font parfois défaut. On a pourtant 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.

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

Les premières générations du baby-boom arriveront à l'âge de 85 ans en 2030. Les individus âgés de 85 ans et plus représenteront près de 2,6 millions de personnes en 2030 (et 3,9 millions en 2040), contre près de 2,1 millions en 2018.

### **A) Quelle évolution de la prévalence de la perte d'autonomie à l'horizon 2030 ?**

Les évolutions récentes en termes de prévalence de la perte d'autonomie indiquent un recul de l'âge moyen d'entrée en perte d'autonomie, mais pour des durées en moyenne plus longues. L'augmentation du niveau de perte d'autonomie à l'entrée en établissement, ainsi que 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.

Dans le scénario de projection centrale de la DREES, on estime à 1,6 million le nombre de bénéficiaires de l'APA en 2030, contre 1,3 million fin 2016. Les projections, même à un horizon de 10-15 ans, sont cependant extrêmement sensibles aux hypothèses d'évolution de l'espérance de vie sans incapacité. Cette évolution des effectifs s'explique par une tendance à l'augmentation de la probabilité moyenne d'entrée en situation de perte d'autonomie et une augmentation de la durée moyenne en situation de perte d'autonomie. Les évolutions attendues dépendent également de l'évolution des caractéristiques démographiques et socioéconomiques de cette population, évolutions qui, on le sait, déterminent de manière importante à la fois les besoins et modalités de prise en charge.

Dans une approche plus large, il faudrait également pouvoir évaluer au niveau national, aujourd'hui<sup>1</sup> et demain, le nombre de personnes dites « fragiles » et l'évolution de la prévalence de la fragilité.

### **B) Evolution des caractéristiques démographiques et socio-économiques des personnes âgées et allocataires de l'APA**

La structure par âge de la population des bénéficiaires de l'APA évoluera sous le poids de l'évolution de la structure par âge des générations du baby-boom : léger rajeunissement à l'horizon 2030, puis vieillissement.

A l'horizon 2030, les allocataires de l'APA :

- seront plus souvent des hommes (même si les femmes resteront majoritaires) : une augmentation de la proportion d'hommes parmi les allocataires est attendue en raison de l'augmentation de la proportion d'hommes parmi les personnes de 80 ans et plus ;
- seront plus souvent en couple, du fait de la diminution du risque de veuvage ;
- disposeront selon toute vraisemblance de pensions de retraite et de patrimoine en moyenne plus élevées qu'aujourd'hui mais leur niveau de vie relatif par rapport aux autres ménages devrait régresser.

---

<sup>1</sup> Compte tenu des prévalences observées dans les données d'enquête, on estime de manière approximative à près de 2,2 millions le nombre de personnes âgées de 60 ans et plus, vivant à domicile, aujourd'hui en situation de fragilité.

Le vieillissement différencié des territoires, qu'impliquent les écarts de mortalité, de fécondité et de migration par territoire, fera également évoluer de manière significative la répartition géographique des bénéficiaires de l'APA. La Martinique et la Guadeloupe deviendront en 2050, les départements connaissant la part la plus importante de personnes âgées de 75 ans et plus.

## **C) Les facteurs pouvant influencer l'ampleur de la perte d'autonomie et ses caractéristiques**

### *1) Les politiques de prévention*

Dans quelle mesure une politique de prévention plus soutenue est-elle 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 ? Partant, comme le fait l'OMS, de l'objectif de la prévention de la perte d'autonomie, c'est-à-dire d'augmenter le bien-être et la qualité de vie des personnes âgées, on retient une approche multidimensionnelle de la prévention.

Les actions de prévention de la perte d'autonomie reposent donc sur plusieurs champs d'action. Le premier est celui de l'environnement de la personne âgée, comprenant des aménagements urbains (équipements extérieurs, transports, sécurité du domicile), l'action locale qui nécessite une bonne coordination des services offerts et l'accessibilité de l'information et, enfin, l'environnement participatif qui suppose notamment une prévention des déficits sensoriels et de mener des actions de prévention de l'isolement<sup>2</sup>. Le Conseil insiste sur l'importance de ces actions et du maintien du lien social pour les personnes âgées, celui-ci étant un déterminant majeur de santé qui contribue à préserver l'autonomie.

Le deuxième champ d'action est celui du système de santé. Le rôle de la promotion de la santé est souligné par l'organisation mondiale de la santé (OMS) qui estime par exemple que 10 millions de nouveaux cas de personnes en perte d'autonomie pourraient globalement être évités chaque année si les personnes âgées respectaient les recommandations en matière d'activité physique. Le rôle du système de soins est également déterminant puisque le vieillissement se caractérise par la polypathologie. Les progrès médicaux et des techniques médicales seront des facteurs de la prévention de la perte d'autonomie, comme le montre par exemple le développement de la chirurgie de la cataracte assistée par un robot qui illustre la capacité du système de soins à prévenir les chutes et leur comorbidité.

L'efficacité des actions de prévention menées va dépendre de la capacité à repérer les situations de fragilité<sup>3</sup>. Les médecins généralistes et également l'ensemble des intervenants de l'aide et du soin à domicile doivent jouer un rôle primordial dans ce repérage. Enfin devra être intégrée à ces politiques de prévention à un niveau encore supérieur d'ambition, l'action sociale des caisses de retraite et des organismes de protection complémentaire.

L'efficacité des actions menées va enfin dépendre de la capacité du système de soins à adapter son organisation aux spécificités liées au vieillissement. La prise en charge de la personne âgée nécessite une approche multidimensionnelle de la personne pour prévenir la maladie mais aussi le déclin fonctionnel. Elle nécessite également une approche multidisciplinaire.

---

<sup>2</sup> Activités récréatives, culturelles et sociales et initiatives visant à faciliter les synergies entre les acteurs de la lutte contre l'isolement et la solidarité entre citoyens.

<sup>3</sup> Une personne fragile est à un stade encore réversible et peut de ce fait bénéficier d'interventions précoces et innovantes

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.

Au niveau des territoires, 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 des acteurs, des actions de prévention individuelle et collective et de leurs financements.

La mesure de l'impact des interventions en prévention de la perte d'autonomie sous-tend la notion de « perte d'autonomie évitable ». Une revue de littérature<sup>4</sup> sur les actions de prévention des situations de fragilité des personnes âgées montre que 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)<sup>5</sup>.

Malgré le foisonnement des études, le caractère probant de toute intervention en prévention en termes de gain d'espérance de vie en bonne santé, de bien-être des personnes ou encore de réduction des coûts de prise en charge de la perte d'autonomie est toujours recherché. L'OMS, dans son rapport Vieillesse et Santé, déplore que l'« *on ne dispose que de peu de données probantes quant aux mesures qui pourraient être prises* ». 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) *Les projections du nombre de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée (MAMA) et les perspectives*

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, avec une projection avoisinant 1,75 million de personnes, sur la base de 1 million de cas en 2010 et sous l'hypothèse d'une incidence stable en fonction de l'âge.

Mais l'hypothèse de la constance de l'incidence semble invalidée par la tendance à une diminution de la fréquence des démences à un âge donné, sans qu'il soit possible d'estimer précisément l'ampleur de cette diminution, observée dans les pays à haut niveau de revenu. Selon les 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.

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. Le nombre total de cas parkinsoniens en 2030 est estimé à 256 800 personnes (130 000 hommes et 126 800

---

<sup>4</sup> 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

<sup>5</sup> Une étude sur la prévention des chutes par exemple (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) estimait que 30% des personnes de plus de 65 ans tombent chaque année et qu'entre 20 et 30% de ceux qui tombent voient ensuite leur autonomie réduite. Les meilleurs résultats de prévention des chutes étaient obtenus avec des programmes agissant sur plusieurs facteurs de risques : les chutes pouvaient diminuer entre 20 et 66 % avec notamment des exercices physiques, la gestion des risques du domicile (des aménagements si nécessaires) et la suppression des psychotropes.

femmes). Cela correspond à une augmentation de 56% par rapport au nombre de cas prévalents en 2015.

Concernant les MAMA, si les travaux de recherche progressent, il semble cependant que 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<sup>6</sup>.

C'est ce qui explique l'intérêt actuel à la fois pour l'amélioration du repérage et de la prise en charge de la maladie, et pour les actions de prévention.

Celle-ci est une piste d'action que de nombreux experts préconisent de développer, en favorisant la recherche sur la méthodologie des études en ce domaine afin d'apporter des données probantes. Une prise en charge préventive qui se voudrait efficace se devrait d'être multi domaine et volontaire, l'efficacité des actions de prévention étant toujours dépendante de la capacité collective à les mettre en œuvre. Des simulations<sup>7</sup> 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, hypertension artérielle (HTA), obésité, tabac, dépression, sédentarité, isolement social et diabète.

Aux vues de l'ensemble de ses éléments, il apparaît que l'accompagnement des personnes atteintes de MAMA restera un des enjeux majeurs de la politique du vieillissement des prochaines années.

## **II) L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES AGEES EN 2030**

### **A) Les réponses apportées par le système de soins<sup>8</sup>**

Réussir la prise en charge sanitaire des personnes âgées à l'horizon 2030 suppose de partir des services à rendre à la population. Pour la majorité de ces personnes, rester à domicile le plus longtemps possible constitue un service attendu fondamental. Il suppose de donner la priorité à une réponse de proximité renforcée et structurée, afin de garantir la permanence et la même accessibilité et continuité des soins à domicile et en institution. Il suppose aussi d'assurer la qualité et la sécurité de ces soins.

Pour les personnes âgées fragiles, on l'a vu, il convient de mieux les repérer et lorsqu'elles ont un besoin sanitaire ponctuel de type opération, de lutter contre la iatrogénie et de bien organiser, en proximité, l'amont et l'aval des interventions. Les personnes poly pathologiques et en perte d'autonomie 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'infirmière de nuit est nécessaire. Parmi les services attendus en proximité et en recours figurent également l'accès à des soins spécialisés, notamment en ophtalmologie et en dentaire, et la prise en charge de besoins non programmés liés à l'apparition de problèmes de santé ou à des décompensations de pathologies existantes, incluant si nécessaire des examens.

---

<sup>6</sup> Les 413 essais thérapeutiques sur le traitement des MAMA effectués depuis 2002 se sont révélés négatifs et n'ont à ce jour pas abouti à l'identification de médicaments efficaces apportant une amélioration significative et durable des symptômes cliniques de MAMA.

<sup>7</sup> Livingston G, Sommerlad A, Orgeta V et al., « Dementia prevention, intervention, and care », Lancet, 2017 Jul 19.

<sup>8</sup> 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 ».

Ces prises en charge doivent être cohérentes avec les projets de vie des patients et le niveau et la nature des efforts que les aidants peuvent et veulent consentir. Il faut donner aux personnes âgées et à leurs familles un rôle d'acteurs de leurs prises en charge et une information adaptée. La variabilité des attentes par rapport aux services à rendre doit être prise en compte. Les personnes âgées doivent pouvoir finir leurs jours chez elles si elles le souhaitent, et y avoir accès à tous les services dont elles ont besoin, soins palliatifs notamment.

Pour répondre à leurs besoins à la frontière du sanitaire et du médico-social, un décloisonnement est nécessaire. Un accroissement significatif des moyens de la proximité doit être consenti accompagnant la structuration des prises en charge à domicile ou en ambulatoire et la mise à niveau des institutions. Le réseau territorial de proximité doit s'organiser au niveau des bassins de vie, intégrant les soins ambulatoires dont les spécialistes et centres de santé, les pharmacies et les services de santé mentale de proximité, les services à domicile (SSIAD, SAAD, SPASAD) et les établissements médico-sociaux, en particulier les EHPAD. En ambulatoire, le regroupement doit devenir la règle, sous des formes variables qui n'impliquent pas toutes un regroupement physique. Chaque professionnel devra contractualiser au niveau territorial dans le cadre du réseau de proximité. Les communautés professionnelles assureront l'interface avec les établissements de proximité et l'hospitalisation à domicile (HAD), ainsi qu'avec les acteurs de deuxième ou troisième ligne, en particulier les établissements de recours ou de référence<sup>9</sup>. 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 proximité auront un rôle essentiel dans la prise en charge 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 permettre de limiter le recours non pertinent à des hospitalisations dans des établissements disposant de plateaux techniques lourds, d'organiser les sorties d'hospitalisation dans le centre de recours, et de faciliter la permanence et la continuité des soins. Ils peuvent inclure des équipes mobiles, des unités de soins de longue durée (USLD) et certaines activités interventionnelles ; beaucoup sont associées à un EHPAD. L'HAD est partie prenante de ces nouvelles organisations et ses activités doivent se développer en substitution à l'hospitalisation avec hébergement (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.

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, dans le cadre de missions renouvelées prenant en compte celles du réseau de proximité : expertise spécialisée, développement d'activités multi-sites et d'équipes mobiles ou projetées sur le territoire, attention apportée à la dimension gérontologique qui justifie le développement d'organisations transversales 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.

---

<sup>9</sup> 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.

Pour donner corps à la notion de travail en équipe, il faut clarifier le rôle de chacun<sup>10</sup> en tenant compte des évolutions possibles des outils numériques et en particulier du déploiement du dossier médical partagé (DMP) :

- les infirmiers : cette profession doit voir ses missions évoluer pour jouer un rôle central dans l'accompagnement des patients et la coordination des intervenants, dans le cadre de la collaboration avec le médecin traitant, qui est responsable du diagnostic et de l'élaboration du programme de soins ;
- le rôle des médecins doit être recentré sur l'expertise médicale grâce aux postes d'assistant en cabinet et à l'appui des professions paramédicales ; cette expertise se développera au travers de leur responsabilité diagnostique, thérapeutique et de coordination médicale des intervenants auprès des patients et de leur contribution à l'organisation de la relation entre ville et hôpital, avec les autres professionnels.... 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 ;
- le rôle des pharmaciens doit intégrer un rôle de conseil associé à la dispensation, et en particulier dans la conciliation médicamenteuse et la lutte contre la iatrogénie ;
- les aides-soignants ont aujourd'hui un rôle essentiel en EHPAD, où ils sont souvent seuls la nuit. Leur place est aujourd'hui limitée dans le champ ambulatoire. Elle est appelée à se développer ;
- l'intervention de professionnels du secteur social fait partie intégrante du protocole de soins et concourt au soutien à domicile.

Moins mobiles, les personnes âgées effectuent une part importante de leur recours aux soins via des visites des professionnels à leur domicile. La question se pose aujourd'hui de l'organisation de ces visites et de la capacité de délivrer dans ce cadre des soins divers y compris complexes ; le numérique est un élément de réponse à apporter.

En conclusion de cette partie, la progression attendue des besoins à l'horizon 2030 relève donc avant tout de la prévention, du dépistage, du suivi de pathologies chroniques et de besoins sanitaires ponctuels (ce sont en effet les 65-84 ans encore majoritairement autonomes dont la part dans la population va fortement augmenter). Cette période constitue une fenêtre d'opportunité pour renforcer le réseau de proximité.

## **B) Ressources humaines et formation des professionnels intervenant auprès des personnes âgées**

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 le système de santé et d'action sociale et médicosociale, parmi lesquelles le vieillissement et la montée du grand âge et de la perte d'autonomie figurent évidemment en bonne place.

---

<sup>10</sup> Ce travail de définition des rôles et des missions de coordination (médicale d'un côté, soignante et sociale, de proximité, de l'autre), des différents professionnels sera poursuivi et approfondi par le HCAAM en 2019.

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 la prise en charge, de garantir enfin une organisation, un maillage sur le territoire, adaptés aux besoins des populations âgées d'aujourd'hui et surtout de demain.

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 de chacun et des organisations est lente et sujette 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).

Le Conseil insiste sur le fait que le dispositif d'accompagnement des personnes âgées ne doit pas reposer trop fortement sur le système de santé. Il nécessitera de s'appuyer davantage encore sur les métiers sociaux et médicosociaux. 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 (ex : gestionnaire de cas, professionnel pour accompagner les aidants ou pour aider à l'appropriation de nouvelles technologies, gouvernante de maison dans les habitats inclusifs, etc.).

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

### *1) Organisation des soins et évolution des professions*

Le développement insuffisant des coopérations entre les professionnels dans les territoires est identifié de longue date comme un frein à des prises en charge à domicile de qualité et à l'efficacité de la réponse ambulatoire. 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.

### *2) 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 mais aussi les évolutions du côté de l'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 aujourd'hui par l'Observatoire national de la démographie des professions de santé – ONDPS – au plan national) et des compétences détenues sur le terrain, par les régulateurs territoriaux.

### *3) Formation*

Tous les métiers (professions de santé, aides médico-psychologiques, personnels de l'aide à domicile) sont concernés par la question de l'évolution de la formation initiale mais également continue. Celle-ci doit 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 les professionnels, notamment de santé, ces réformes doivent être mises en œuvre sans tarder.

### *4) Attractivité des métiers*

Les difficultés de recrutement des professionnels sont avérées pour les médecins coordinateurs et les aides-soignantes.

Ces problèmes d'attractivité ne concernent pas seulement les métiers du soin. 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), celui de la formation (en lien avec les professionnels du soin), celui 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 du travail bien entendu...

Le dilemme du discours public sur les besoins en personnels auprès des personnes âgées en perte d'autonomie est 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), négative 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.

Améliorer l'attractivité des métiers du grand âge apparaît comme un des enjeux prioritaires pour les prochaines années.

### **III) LIEUX DE VIE**

#### **A) Les souhaits des personnes face au principe de libre choix**

Le souhait dominant des personnes est de rester à leur domicile le plus longtemps possible. Celui de rejoindre une résidence collective ou un habitat inclusif émerge de façon croissante. L'EHPAD souffre d'une image très négative.

Les pouvoirs publics ont constamment affirmé le principe du libre choix. Sa mise en œuvre effective dépend de deux principaux facteurs :

- l'existence d'une offre diversifiée sur tous les territoires ;
- l'accessibilité financière. Le choix du lieu de vie ne doit pas être (trop) contraint par des restes à charge inégaux et trop élevés.

#### **B) Les objectifs**

Des souhaits exprimés découlent trois objectifs :

1/ renforcer le soutien à domicile ;

2/ favoriser le développement des résidences collectives et des habitats inclusifs (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 ces derniers pour les personnes qui sont amenées à y entrer.

#### **C) La politique de soutien à domicile**

##### *1) Une gestion ambitieuse de l'APA*

Il convient d'améliorer la situation actuelle sur trois points en :

- augmentant le montant des plans et en les diversifiant pour offrir une gamme plus dense de services (répit des aidants, aides techniques notamment) ;
- garantissant le système de solvabilisation des allocataires. Les paramètres actuels (le barème de participation financière des allocataires, le plafond du crédit d'impôt) sont cohérents. Et on devrait normalement vérifier que l'institution du crédit d'impôt en 2017 s'est traduite par une amélioration du ratio entre les plans exécutés et les plans notifiés. A l'avenir si le niveau des plans notifiés s'accroît (comme c'est souhaitable), il faut éviter que l'augmentation du reste à charge des allocataires qui s'ensuivra mécaniquement conduise à une dégradation de ce ratio. Une bonne appropriation du crédit d'impôt par les allocataires, leurs proches et les équipes départementales est un enjeu majeur. Le crédit d'impôt devrait être contemporain de la dépense. Son plafond devrait évoluer comme les coûts ;
- assurant une plus grande égalité des plans entre les départements. Cela passe par une progression du recours au référentiel multidimensionnel dont on devrait accroître l'opposabilité d'une part, une révision du système de cofinancement entre les départements et la CNSA d'autre part (avec une forte augmentation des crédits de la CNSA).

## *2) Un meilleur accompagnement et un financement adéquat des aides techniques*

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, 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. Le recours aux aides techniques est modeste (25% des personnes de plus de 60 ans). On connaît mal les besoins non satisfaits. Les freins potentiels, qu'ils soient d'ordre pratique ou liés aux représentations trop négatives de la vieillesse sont importants. Le financement est très cloisonné, n'apportant pas une réponse de qualité aux usagers.

Trois 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 :

- la première est la mise en place des conférences de financeurs, qui apportent une dynamique à la mise en visibilité des aides techniques<sup>11</sup> ;
- la deuxième est liée aux évolutions de la génération des baby-boomers avec l'avènement d'une société de services, du « confort », l'aspiration à l'autonomie et pour beaucoup, l'usage quotidien d'objets connectés (sans toutefois oublier l'existence d'une fracture numérique sociale et territoriale forte et la nécessité d'accompagner une partie de la population vers ce type d'aides) ;
- enfin les perspectives de développement d'innovations technologiques, qui sont attendues comme des solutions prometteuses de soutien à domicile. 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 l'accompagnement à domicile, qui restera essentiellement fondée sur le service humain.

D'ici à 2030, le recours aux aides techniques pourrait changer de modèle et passer d'un modèle orienté sur la consommation et la propriété des aides techniques à un modèle orienté sur l'usage de ces aides et le service d'accompagnement dont elles feront l'objet.

Les défis pour 2030 :

- Comprendre et prendre en compte les besoins et les motivations des seniors;
- Sensibiliser à une représentation plus positive de la vieillesse pour lever les freins psychologiques au recours aux aides techniques ;
- Sensibiliser l'ensemble des acteurs sur le potentiel des aides techniques tant pour les personnes âgées que pour les professionnels au domicile et en établissement ;
- Développer des méthodes de co-conception et d'évaluation des technologies ;
- Prévoir un accompagnement humain des personnes âgées tant pour le choix de l'équipement que pour l'utilisation des aides ;

---

<sup>11</sup> La loi ASV prévoit que l'amélioration de l'accès aux équipements et aux aides techniques individuelles favorisant le soutien au domicile constitue le premier axe du programme défini par la conférence des financeurs.

- 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 APA les aides techniques comme c'est le cas dans la prestation de compensation du handicap (PCH) ;
- 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, l'adaptation de l'habitat reste un enjeu majeur : l'ANAH estime à 30 000 l'objectif annuel de logements à adapter, pour les ménages modestes et très modestes, d'ici 2030, soit le doublement de l'objectif actuel. Cela nécessite de lever les freins au développement des aménagements du logement (10% seulement des personnes de plus de 60 ans déclaraient avoir recours aux adaptations de leur logement selon l'enquête HSM de 2008). Les mesures prises sur les logements neufs, qui font l'objet d'une nouvelle adaptation avec la loi portant évolution du logement, de l'aménagement et du numérique de 2018 (loi ELAN) ne doivent pas faire oublier celles à développer pour les logements existants. Pour ces derniers, la coordination des acteurs apparaît comme un levier indispensable pour améliorer le soutien financier et l'accompagnement apporté aux usagers. La solvabilisation des ménages est soutenue par un certain nombre d'aides dont l'efficacité n'est pas évaluée ; 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. Un autre frein à lever est celui de la stigmatisation de la vieillesse qui emporte sur l'adaptation du logement les mêmes types d'effets que sur le recours aux aides techniques. Faire évoluer les représentations de la vieillesse pour éviter une forme de déni du vieillissement qui éloigne les personnes d'une réflexion sur leur environnement domestique.

Comme pour les aides techniques, les effets des évolutions générationnelles 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 de la notion de conception pour tous (universal design).

Les défis pour 2030 :

- Inciter les agences de l'habitat et les administrations 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) La réforme du secteur des services à domicile*

Trop souvent, le secteur des services à domicile a été traité en marge des grandes réformes de l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie. Deux ans après la mise en œuvre de la loi ASV, plusieurs rapports pointent la disparition de repères nationaux, fédérateurs et susceptibles de rationaliser l'exercice de l'aide à domicile.

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.

##### ***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.

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 pour répondre aux enjeux du grand âge (réduction du taux d'hospitalisation, prévention de la perte d'autonomie, 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 services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD). C'est ainsi un levier de la transformation de l'offre d'accompagnement à domicile.

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<sup>12</sup>.

##### ***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 également parfois à des restes à charge (RAC) supplémentaires pour les personnes qui n'est pris en charge que partiellement par le crédit d'impôt.

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.

---

<sup>12</sup> 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.

Le rapport du sénateur Georges Labazée et la mission d'inspection IGAS-IGA<sup>13</sup> préconisent d'engager sans attendre la réforme du modèle économique des services d'aide et d'accompagnement à domicile (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 départements.

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, 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*

On l'a vu, les métiers du secteur à domicile souffrent d'une image dégradée, ce qui rend difficile le recrutement et le maintien dans l'emploi des salariés. Il apparaît ainsi essentiel de chercher à :

- décloisonner 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, 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.).

*5) La consolidation du soutien aux aidants*

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

L'apport effectif des aidants ne se limite pas à un aspect quantitatif. Il dépend largement du soutien qu'on leur apporte. S'il est insuffisant, on court le risque que l'aidant « abandonne » 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, voire de réduire le taux d'institutionnalisation. Comme on l'a analysé dans le rapport de décembre 2017 du Conseil de l'âge, le soutien actuel aux aidants est jugé très insuffisant.

Plusieurs axes d'action sont préconisés pour le renforcer dans les prochaines années.

---

<sup>13</sup> 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 oeuvre 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).

### ***a) 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.

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

- le maillage par des institutions spécifiques (ex. des plateformes d'accompagnement et de répit des aidants<sup>14</sup> qui constituent un progrès important) ;
- l'accroissement des moyens et de la formation des équipes départementales ;
- la création de « gestionnaires de cas » qui auraient « un portefeuille » d'allocataires à suivre de façon régulière, comme il en existe déjà dans le cadre des MAIA<sup>15</sup> 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.

Si les aidants ne sont pas appelés à devenir des professionnels de substitution, leur formation est importante et a pour objectifs de les aider à analyser leur situation, à prendre du recul, à trouver des réponses adéquates et à disposer d'une meilleure connaissance des ressources existantes.

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

### ***b) 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 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 mais il souffre de ne pas être rémunéré et de sa durée aujourd'hui jugée trop limitée ;
  - \* une indemnisation de l'aidant similaire à celle de la PCH. Cette aide peut être durable ;
- le passage à temps partiel devrait être facilité, soit par un droit opposable, soit par un « right to request » (droit à demander une réduction ou des aménagements horaires) ;
- les droits à retraite pourraient être améliorés avec l'élargissement de l'assurance vieillesse des parents aux foyers (AVPF) ;
- il est vraisemblable que la place de la protection complémentaire des actifs se développera pour leur assurer des services ou des indemnisations. Resterait à étudier l'élargissement du crédit d'impôt famille aux actions directes des entreprises.

---

<sup>14</sup> 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.

<sup>15</sup> Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie

### *c) Le soulagement des aidants retraités (essentiellement les conjoints)*

Trois types de dispositifs peuvent être envisagés :

- une indemnisation analogue à celle qui existe dans la PCH ;
- l'inclusion du besoin de répit dans les plans personnalisés<sup>16</sup> ;
- le développement de l'accueil temporaire et de l'accueil de jour (cf. ci-dessous).

### *d) La situation particulière des proches qui hébergent à leur domicile une personne âgée*

Si leur effectif est en baisse (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. Aujourd'hui, les aides publiques qui sont attribuées aux aidants sont trop limitées. On devrait basculer vers un système de crédit d'impôt ce qui généraliserait l'aide, et le fixer à un niveau plus substantiel.

### *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.

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.

Cela passera par :

- la fixation d'un cadre et d'orientations nationales (définition des modalités d'accompagnement et de soutien, des conditions de réussite, ajustements réglementaires pour lever les obstacles au développement de cette offre, etc.) ;
- sans doute une restructuration de l'offre globale d'hébergement et une optimisation de l'offre d'hébergement temporaire existante<sup>17</sup>. La promotion de structures d'accueil temporaire dédiées, souvent plus attractives pour les personnes âgées, est à réfléchir également. Le Conseil de l'âge est néanmoins opposé à l'instauration d'un modèle unique et souhaite maintenir la diversité des lieux pouvant faire de l'accueil temporaire. Il faudra dans tous les cas outiller les ARS, les Conseils départementaux pour piloter ces évolutions avec les structures ;
- une réflexion 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

<sup>16</sup> Certains membres n'y sont pas favorables et souhaitent que les aides de répit se fassent en dehors de ce dernier.

<sup>17</sup> Le taux d'occupation en HT se situait en 2014 autour de 57 %.

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 (ex : harmonisation sur le plan national des règles relatives à l'octroi de l'aide sociale à l'hébergement, accélération des délais de son obtention, modalités d'organisation et de financement des transports, etc.) ;

- la promotion de l'accueil de nuit, qui répond à une attente forte des proches aidants, notamment de personnes atteintes de maladies neurodégénératives ;
- l'évolution des pratiques professionnelles, la formation du personnel et le renforcement de la coordination avec les autres acteurs territoriaux ;
- la dynamisation et la valorisation de l'offre d'accueil temporaire : rendre cette offre plus visible et attrayante sur les territoires et renforcer la communication auprès de tous les professionnels et acteurs sociaux, médicosociaux et sanitaires, et auprès des familles, personnes âgées et aidants, mettre en place des outils de rapprochement de l'offre et de la demande, prévoir des points d'entrée unique d'information, etc.

#### **D) L'habitat alternatif ou regroupé<sup>18</sup> : un secteur en mouvement qu'il faudra accompagner**

L'habitat alternatif ou regroupé et ses perspectives de développement dans les prochaines années apparaissent comme un élément important à considérer dans les scénarios possibles à l'horizon 2030<sup>19</sup>.

##### *1) Un fort potentiel de développement en 2030*

Les conditions semblent réunies pour que la croissance forte de ce secteur se poursuive et que cet habitat prenne une place plus importante dans l'offre proposée aux personnes âgées en 2030. Les intérêts de tous, personnes âgées, familles, acteurs privés, publics et sociaux semblent en effet converger vers ce type d'habitat :

- il apparaît comme une réponse pertinente au vieillissement de la population et aux attentes des personnes âgées, ou en tout cas d'une partie d'entre elles ;
- il permet de prévenir la perte d'autonomie (logement et services adaptés, lutte contre l'isolement, veille et sécurisation, accompagnement, etc.) ;
- il constitue une alternative au domicile, voire parfois aussi à l'entrée en institution médicalisée.

---

<sup>18</sup> 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.

<sup>19</sup> Ceci constitue une donnée nouvelle si l'on se réfère au dernier exercice de prospective mené en 2006 par le Centre d'analyse stratégique (CAS).

## *2) Deux modèles dominants d'habitats alternatifs/ regroupés pourraient se dessiner à l'horizon 2030*

### *a) Le modèle des résidences pour personnes âgées*

Celui-ci 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. Destinés à accueillir en priorité des personnes âgées autonomes ou pré-fragiles, ces lieux pourraient constituer pour une majorité de résidents, leur dernier domicile. 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 médicalisés (EHPAD, USLD). Les transitions et la sortie pourraient également être facilitées par le développement de structures mixtes (résidences / EHPAD) aux moyens mutualisés et permettant aux personnes de garder leurs repères.

Les résidences autonomes seront une des composantes de ce modèle. Compte tenu de leur statut, il semble que sans une impulsion forte donnée au niveau national et au niveau local de développer ce type de structures (par des appels à projet notamment) et sans moyens financiers dédiés, les perspectives de développement des résidences autonomie sont faibles. Selon nos prévisions, le nombre de résidents dans ces établissements pourrait continuer à augmenter très légèrement pour se situer autour de 115 000 en 2030 (contre 106 000 aujourd'hui).

Les résidences services seront une autre composante de ce modèle. Si l'on en croit les sondages d'opinion et les prévisions de croissance des opérateurs privés du secteur, la croissance pourrait continuer à être très forte et dès 2020, la capacité d'accueil en résidences services pourrait être équivalente à celle existant actuellement en résidences autonomie. Si la dynamique se poursuit au même rythme, le nombre de places pourraient atteindre 200 000 à l'horizon 2030. Ces projections restent approximatives 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.

Concernant ces deux types d'offre, le rapport soulève deux questions :

1/ la première concerne la coexistence et la possibilité de maintenir en l'état ces deux offres relativement similaires mais au régime juridique et économique si différents<sup>20</sup>. La question est importante et devra être posée pour être en mesure de conduire des politiques publiques en la matière ;

2/ la seconde porte sur la nécessaire clarification du rôle 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.

---

<sup>20</sup> Cf. tome 1 pour la description des deux types de résidences

### ***b) Un modèle d'habitat regroupé de petite capacité reposant sur les valeurs de citoyenneté et de solidarité et sur une bonne coordination des acteurs territoriaux***

Le second modèle d'habitat regroupé qui pourrait se développer dans les prochaines années serait un habitat de petite taille (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 (en cohabitation). Le personnel de la structure est limité et assure une mission polyvalente de « gouvernante de maison » : veille et sécurisation de la personne et du domicile, repérage et alerte, animation, coordination des interventions individuelles et collectives, médiation entre les habitants, avec les familles et tous les services et intervenants extérieurs (médicaux, sociaux et médicosociaux). Les services attachés à la structure sont limités. Pour l'aide à la vie quotidienne, à la personne et les soins, les personnes ont recouru à des professionnels et services extérieurs, qu'elles peuvent financer en mettant en commun les aides qu'elles perçoivent (plans d'aide APA). Les familles, les proches et parfois aussi des bénévoles sont mobilisés dans l'organisation de la structure. Ces habitats constituent des lieux de prévention de la perte d'autonomie et pour certains d'entre eux, des lieux de prise en charge de celle-ci<sup>21</sup>.

Ce deuxième modèle regroupe certaines formes de l'habitat inclusif et/ou de l'habitat citoyen, solidaire et accompagné<sup>22</sup>. Complémentaire de l'offre sociale et médicosociale, ces habitats en plein essor sont encore minoritaires dans l'offre actuelle. Répondant aux souhaits d'un public en attente de désinstitutionnalisation et qui désire être acteur de son vieillissement, il apporte sécurisation, lien social et soutien à l'autonomie. Il permet par ailleurs la mutualisation d'aides que les personnes n'auraient pas forcément pu s'offrir seules à leur domicile. Même si la croissance se poursuit fortement, il constituera toujours en 2030 une faible part de l'habitat alternatif / regroupé et de l'habitat des personnes âgées (autour de 10 000 places).

Au final, le développement de cette offre alternative, au rythme actuel de croissance même soutenu, ne devrait pas entraîner à l'horizon 2030 une reconfiguration fondamentale de l'ensemble de l'offre proposée aux personnes âgées (le domicile d'origine restera le principal lieu de vie des personnes âgées, y compris celle en perte d'autonomie). Néanmoins, l'habitat alternatif / regroupé pourrait prendre une place non négligeable dans le paysage, estimé à cette date entre 270 000 et 325 000 le nombre de places / résidents en HI<sup>23</sup> (dont une grosse moitié en résidences services), à comparer aux 600 000 places d'EHPAD d'aujourd'hui.

### ***3) Six défis à relever en 2030 pour le secteur de l'habitat alternatif ou regroupé***

Le secteur de l'habitat alternatif ou regroupé étant en plein mouvement, il apparaît fondamental d'observer, de mieux connaître ce secteur. Il importe d'accompagner ces évolutions et de soutenir les acteurs, 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. Le rapport identifie 6 défis à relever d'ici 2030, pour assurer le

---

<sup>21</sup> Dans ce cas, le personnel permanent est étoffé pour assurer une présence quasi en continue.

<sup>22</sup> Cf. tome 1 pour une description de ces habitats

<sup>23</sup> Les projections restent approximatives, compte tenu du manque de visibilité actuel sur cette offre (les résidences services et les habitats inclusifs ne font pas parties des statistiques publiques) et des incertitudes qui règnent notamment sur la viabilité et la pérennité des modèles. Les hypothèses d'évolution que nous proposons se basent sur des constats plus qualitatifs que quantitatifs.

développement, la viabilité et la pérennité de l'offre d'HI (chacune des composantes de l'offre pouvant faire l'objet de recommandations spécifiques) :

- connaître, reconnaître et promouvoir ce secteur dans sa diversité ;
- lever les obstacles juridiques et administratifs au développement et à la pérennisation de l'offre ;
- sécuriser le modèle économique des habitats ;
- favoriser l'accessibilité financière et géographique à ce type d'habitat ;
- promouvoir la qualité et la bienveillance ;
- penser la question gériatrique.

## **E) Les EHPAD**

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 public

### ***1) Quel établissement demain ?***

#### ***a) Petit retour en arrière***

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.

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.

Sur l'autre volet, quali-quantitatif, celui des effectifs employés en EHPAD, on a créé un volume d'emplois important, 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 également. 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'origine. 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 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. 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. Ces hébergements n'ont jamais vraiment trouvé leur modèle économique et n'ont guère eu de promoteurs durables parmi les opérateurs.

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.

### ***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, 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.

Néanmoins, si l'enjeu politique est de renforcer la politique de soutien des personnes âgées à leur domicile (d'origine ou en habitat regroupé/alternatif), cela aura un effet sur le taux d'institutionnalisation et donc sur le besoin de création de places d'EHPAD<sup>24</sup>.

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.

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 venir, réversibilité des choix...),

---

<sup>24</sup> 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.

individualisation. De nouvelles valeurs, de nouvelles préoccupations informeront les déterminants de l'entrée en institution.

La demande obligera donc à faire évoluer le dispositif de prise en charge institutionnelle.

### *c) EHPAD et domicile*

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 ». 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. Ce terme apparaît néanmoins restrictif car les EHPAD ne sont pas les seuls (et il n'est souhaitable qu'il le soit) à pouvoir offrir cette palette 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...). La prise en charge des personnes âgées est de fait un enjeu en soi pour les établissements de santé. 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..

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 déployer ;
- on a de vraies difficultés à accueillir les innovations. D'où l'importance de s'appuyer sur le bagage professionnel et collégial sans s'en remettre trop vite à la normalisation réglementaire ou budgétaire ;
- les expérimentations 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 ; 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 ;
- 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)... ;
- la thématique des établissements plateformes de services 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 ;
- la dissémination des EHPAD sur le territoire est souvent avancée pour évoquer le rôle qui pourrait être le leur en matière d'organisation territoriale. 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. 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. Inexorablement, la spécialisation des EHPAD sur les troubles cognitifs ne fera que progresser.

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 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 pharmacie à usage intérieur –PUI-, etc.).

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. Ces

dernières doivent-elles être considérées comme des EHPAD+ ou comme des unités de soins prolongés complexes ?

A l'horizon 2030, la priorité pour les EHPAD n'est ainsi 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 les freins pour permettre aux EHPAD qui le peuvent d'assumer de nouvelles missions et/ou de s'ouvrir vers l'extérieur.

## *2) Evolution de la qualité en EHPAD : une nécessaire augmentation du taux d'encadrement et amélioration des conditions de travail*

La question de la cible en matière de taux d'encadrement est une question très présente dans le débat public. Pour l'aborder sereinement, il faut approfondir les 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).

La réforme récente de la tarification de la section soins est positive pour autant qu'une bonne fréquence des coupes Pathos soit assurée et que la valeur du point (qui n'est pas normée dans un texte réglementaire) suive 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 néanmoins pas de nature à assurer le rebasage pourtant nécessaire dans certains établissements.

S'agissant de la section « dépendance » on devrait réfléchir à la fixation d'un objectif de convergence entre départements, ce qui renvoie à leur capacité financière actuellement trop fragile. La fusion entre les sections soins et dépendance pourrait faciliter la gestion des EHPAD ; mais une bonne coopération entre les conseils départementaux et les ARS reste une option crédible.

Concernant les conditions de travail en institution, elles ont évolué sous l'effet de l'évolution de la mission des EHPAD au fil du temps, de la déformation de la population accueillie, du renforcement du cadre réglementaire, eu égard à la fragilité des résidents, au renforcement des droits des usagers mais aussi aux contraintes de performance. Tout ceci ne manque pas de retentir sur l'adéquation du travail contemporain aux valeurs professionnelles<sup>25</sup>.

La meilleure prise en compte des contraintes professionnelles, l'amélioration des conditions de travail, la valorisation des professionnels et des métiers, apparaissent essentielles pour renforcer la

---

<sup>25</sup> Rémy 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

qualité d'accueil au sein des établissements. Elles sont une condition pour rendre plus attractif le secteur, faciliter les recrutements et pouvoir augmenter le taux d'encadrement.

Ici encore, le Conseil insiste 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.

#### **F) Gouvernance et régulation publique**

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.

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 ;
- 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 ;
- 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).

## RETROUVEZ LES DERNIÈRES ACTUALITÉS DU HCFEA :

[www.hcfea.fr](http://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 bientraitance, dans une approche intergénérationnelle.



Adresse postale : 14 avenue Duquesne - 75350 Paris 07 SP

**Le HCFEA est membre du réseau France Stratégie**