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

Conseil de l'âge
Tome 1 du rapport : Etat des lieux

Rapport adopté le 7 novembre 2018

Introduction *5*

I) Les personnes âgées en situation de perte d'autonomie : situation actuelle *8*

A) Définition 9

B) Nombre de personnes âgées en perte d'autonomie 11
1) Nombre de bénéficiaires de l'APA 11
2) Evolutions 12
3) Prévalence de la perte d'autonomie à partir de données d'enquête 15
4) Approche par la fragilité 18

C) Evolution récente de la prévalence de la perte d'autonomie 20
1) A domicile : des évolutions récentes qui semblent indiquer une diminution de la prévalence par âge mais des durées en perte d'autonomie plus longues 21
2) En établissement : une augmentation du niveau de perte d'autonomie 25

D) Caractéristiques démographiques et socioéconomiques des bénéficiaires de l'APA 27
1) Age 28
2) Niveau de dépendance 30
3) Sexe 33
4) Vie seul ou en couple 34
5) Revenus 35
6) Patrimoine des personnes âgées 39
7) Isolement relationnel des personnes âgées en perte d'autonomie 40

E) Localisation géographique des bénéficiaires de l'APA 43

F) Lieux de vie 45
1) Répartition par lieux de vie 45
2) Nombre de résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées 47
3) Déterminants socioéconomiques connus du mode d'hébergement des personnes âgées dépendantes 50
4) Durée de séjour en établissement d'hébergement et parcours résidentiel des personnes âgées (EHPA)..... 51

II) Etat de santé des personnes âgées *54*

A) Santé perçue et causes de morbidité des personnes âgées 54

B) Santé fonctionnelle : incapacités et dépendance 57

C) Consommation de soins de ville chez les personnes âgées 60
1) Postes de dépenses 60
2) Recours 60
3) La poly-consommation médicamenteuse 61

D) Hospitalisations 62
1) Fréquence et motifs des hospitalisations 62
2) Durée des séjours 63
3) Part des séjours non programmés 63
4) Ré-hospitalisations 64
5) Recours aux urgences 65

E) Poids de la Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées (MAMA) 68
1) La maladie et les malades 68
2) Le nombre de malades 73
3) La prise en charge 73

III) La prise en charge des personnes en perte d'autonomie 79

A) La politique de soutien à domicile..... 79
1) L'APA à domicile : des plans bridés..... 79
2) Les aides techniques 87
3) L'adaptation du parc de logements 92
4) Un déficit en services de proximité..... 98
5) Les aidants..... 99
6) Un développement lent et insuffisant de l'accueil temporaire 103
7) Une organisation des services à domicile à réformer et des métiers à valoriser 110
8) La question des restes à charge à domicile 112

B) Entre le domicile individuel et l'établissement médicalisé : l'habitat alternatif ou regroupé, une autre voie possible 114
1) Principales caractéristiques de l'habitat alternatif/regroupé et déterminants à l'entrée..... 116
2) Les composantes de l'offre d'habitat alternatif/regroupé 117
3) En définitive, que représente aujourd'hui l'offre d'habitat alternatif/regroupé ?..... 130

C) L'hébergement en établissement 131
1) Comment a évolué le taux d'institutionnalisation ? 131
2) La « médicalisation » des EHPAD 132
3) L'organisation en établissement 136
4) Des restes à charge contraignants pour certains ménages en établissement 138

D) La prise en charge de la personne âgée par le système de soins 140
1) Le vieillissement et la présence territoriale des soignants 141
2) La question de la coordination et des parcours 148
3) L'accessibilité financière..... 157

E) Mobilité géographique et disparités territoriales 165
1) Mobilité résidentielle et répartition géographique des personnes âgées..... 165
2) Des inégalités territoriales dans l'offre consolidée domicile/ établissement ? 169

F) La gouvernance du système 191

ANNEXES 194

Annexe 1 Lettre de saisine 195

Annexe 2 Maladies neurodégénératives (MND) : trois grands types de tableaux cliniques 196

Annexe 3 Le suivi épidémiologique des MAMA 197

Annexe 4 Le recours aux aides techniques et à l'aménagement du logement à partir de l'enquête HSM 198

Annexe 5 Les aides techniques et ponctuelles dans les plans notifiés 200

INTRODUCTION

Par lettre du 13 octobre 2017, la ministre des Solidarités et de la Santé a saisi conjointement les Présidents du Haut Conseil de l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) et du Conseil de l'âge du Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA)[1] pour que leurs Conseils étudient ce que pourrait être la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie à l'horizon 2030 (annexe 1).

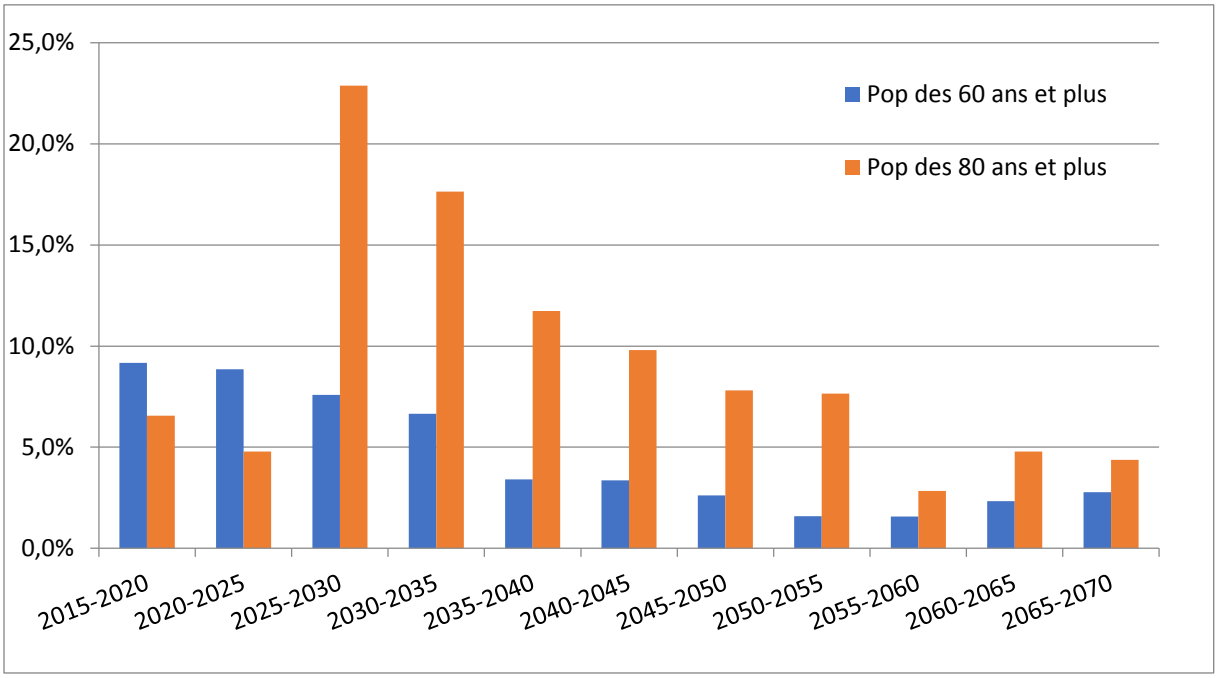
Cette saisine appelle six remarques préalables.

1) Le Conseil de l'âge a décidé de confier à une commission spécialisée en son sein le soin de proposer une terminologie nouvelle pour traiter du grand âge et de l'autonomie. Il a jugé que le vocabulaire actuel (« dépendance, perte d'autonomie, aide à domicile) était inadapté, négatif et propice à entretenir l'âgisme.

Dans l'attente du résultat de ses travaux et de leur prise en compte « officielle » le rapport utilise le vocabulaire actuel. Seul le titre, plus neutre, correspond mieux au souci du Conseil.

2) L'horizon choisi - 2030 - se situe au moment où la croissance de la population de plus de 85 ans qui est la plus concernée par la perte d'autonomie accélère sensiblement.

Graphique 1 – Accroissement de la population des 60 ans et plus et des 80 ans et plus par période quinquennale, 2015-2070



Source : Insee, 2016, Projections de population 2013-2070 pour la France Insee Résultats – n° 187

Cet horizon est suffisamment proche pour que les prévisions démographiques (hypothèse centrale des projections de l'INSEE) concernant la population en perte d'autonomie et celle des aidants familiaux soient (quasi) certaines. Il est par ailleurs peu probable que des

[1] Ce tome 1 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.

innovations dans la prise en charge des maladies neurodégénératives modifient de façon radicale, du moins à cet horizon, les prévisions actuelles de prévalence et de traitement. Enfin, l'affirmation d'une politique de prévention primaire (dont on estime que sa cible devrait démarrer à quarante ans) prendra du temps ; il n'y a pas lieu d'en attendre un effet significatif sur le taux de prévalence de la perte d'autonomie à l'horizon retenu. Ces points – importants – sont discutés dans le tome 2 du rapport.

Sur quelques aspects, le rapport analyse les enjeux de politique publique au-delà de 2030.

3) La répartition des types de prise en charge des personnes en perte d'autonomie - et notamment leur partage par formes de domicile (au domicile personnel de la personne âgée, en établissement pour personnes âgées comme les EHPAD, en habitat alternatif) - dépend très largement de facteurs politiques (la consolidation de la politique de maintien à domicile, l'organisation des services médicaux et sociaux « de voisinage », l'évolution des EHPAD…). S'agissant du taux « d'institutionnalisation » des personnes bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie – APA- (proportion résidant en EHPAD), l'enjeu est considérable : à une baisse de 10 points de ce taux à l'horizon 2030 correspondent 160 000 places d'EHPAD[2], les 160 000 personnes concernées restant à leur domicile ou rejoignant un habitat alternatif.

Dans ce contexte très « plastique », l'option de ce rapport est de souligner les points d'inflexion majeurs et les marges d'incertitude qui dominent l'évolution des dix prochaines années. Nous n'avons pas entrepris de définir des objectifs précis sur lesquels étayer une planification des équipements et services.

4) L'analyse rétrospective du rapport 2006 de France Stratégie montre qu'on n'a pas atteint ou qu'on n'est pas en état d'atteindre deux objectifs jugés majeurs à l'époque (la progression du taux d'allocataires de l'APA à domicile et le développement de solutions d'hébergement temporaire).

Encadré : Retour sur un exercice de projection précédent

La comparaison des évolutions observées depuis 2003 avec celles envisagées par le second rapport du Centre d'analyse stratégique « Personnes âgées dépendantes : bâtir le scénario du libre choix » réalisé dans le cadre de la mission « Prospective des équipements et services pour les personnes âgées dépendantes », conduite par Stéphane Le Bouler, est intéressante. Ce rapport, réalisé dans le cadre de l'élaboration du plan gouvernemental Solidarité Grand Age3, a été rendu public en juin 2006. Il reste un des seuls à avoir mené un exercice de projection de ce type4.

Effectifs de personnes âgées en perte d'autonomie

Les projections du nombre de personnes âgées dépendantes (GIR 1 à 4) réalisées par la DREES dans le cadre du rapport de 2006 sont assez nettement en dessous des effectifs observés sur la période. Par rapport aux 1 007 000 personnes âgées dépendantes projetées, on comptait 1 265 036 bénéficiaires de l'APA en 2015, soit 26 % de plus.

Cette forte sous-estimation des effectifs de personnes âgées en perte d'autonomie par rapport aux effectifs éligibles à l'APA s'explique par un décalage à l'origine (au moment de la confection des

[2] Dans l'hypothèse centrale des projections de la DREES, le nombre de personnes bénéficiaires de l'APA est estimé à 1,6 millions en 2030.

[3] Le *Plan Solidarité Grand Age* se substitue au plan Vieillissement et Solidarités, mis en œuvre suite à la canicule de 2003.

[4] Un premier rapport Le Bouler (2005) s'attachait à la seule détermination du nombre de places en établissement.

projections) entre les effectifs pris en compte dans ces projections et les données administratives, biais renforcé par une montée en charge des effectifs reconnus au titre de l'APA plus importante que ce qui était attendu.

« Institutionnalisation »

Sur l'ensemble de la période, l'hypothèse était faite dans le rapport d'une stabilisation du taux d'institutionnalisation des personnes très dépendantes (GIR 1 et 2) et d'une diminution du taux d'institutionnalisation pour les personnes moyennement dépendantes (GIR 3 et 4), particulièrement pour les personnes isolées5. Cela supposait une politique de maintien à domicile renforcée pour les personnes âgées moyennement dépendantes.

La comparaison avec les taux d'institutionnalisation observés sur la période montre que :

- Pour les GIR 1 et 2 : l'hypothèse de stabilisation du taux d'institutionnalisation n'est pas vérifiée. Une fois la montée en charge de l'APA terminée, on observe une légère augmentation ;

- Pour les GIR 3 et 4 : l'hypothèse de diminution du taux d'institutionnalisation n'est pas non plus vérifiée. Une fois la montée en charge de l'APA terminée, on observe une stabilisation du taux d'institutionnalisation.

5) Dans ce cadre incertain, il convient en priorité de définir les outils permettant de suivre en temps rapproché les évolutions en cours et de redresser en conséquence les politiques qui nous éloigneraient du scénario qu'auront retenu les pouvoirs publics.

La CNSA et la DREES notamment devraient disposer des moyens adéquats à cette fin.

6) Un questionnement sociétal qui croise nécessairement des enjeux d'éthique et de droits

La question de la prise en charge et de l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie doit être appréhendée sous le prisme d'un choix de société en fonction d'enjeux étroitement liés : enjeux de solidarité individuelle, familiale et collective, enjeux d'éthique, enfin enjeux majeurs de respect des droits fondamentaux et des libertés individuelles à l'égard des personnes âgées les plus vulnérables.

La réflexion menée pourra donc utilement se nourrir des recommandations issues de deux travaux récents, l'avis 128 du Comité consultatif national d'éthique (CCNE) sur « Les enjeux éthiques du vieillissement »[6] du 15 février 2018, et le Rapport Caron-Deglise de la mission interministérielle sur l'évolution de la protection juridique des personnes" du 21 septembre 2018[7].

[5] Le rapport exposait d'autres scenarios : deux scénarios de plus grande fréquentation des établissements (scénarios 4 et 5), un scenario de benchmark fondé sur l'hypothèse que le nombre de places évolue de manière parallèle à la population des personnes âgées de 75 ans ou plus dépendantes d'une part, et non dépendantes d'autre part, ce qui correspond à une hypothèse de taux de résidence à domicile ou en établissement constant pour ces deux catégories. Similaire à l'hypothèse DREES de taux d'institutionnalisation constant par GIR.

[6] Avis 128 CCNE « Enjeux éthiques du vieillissement : quel sens à la concentration des personnes âgées entre elles dans des établissements dits d'hébergement ? quels leviers pour une société inclusive pour les personnes âgées ? »

[7] Rapport Anne Caron-Deglise « L'évolution de la protection juridique des personnes : reconnaître, soutenir et protéger les plus vulnérables » . Voir aussi le Rapport « Droit et éthique de la protection des personnes », issue de la Sous Commission du CNBD, 4 mars 2015.

I) LES PERSONNES AGEES EN SITUATION DE PERTE D'AUTONOMIE : SITUATION ACTUELLE

Chiffres-clés

* le nombre de personnes âgées de 60 ans et plus vivant à domicile en situation de fragilité, est estimé approximativement à 2,2 millions (avec un taux de prévalence de la fragilité autour de 15 %).

* Fin 2016, près de 1,3 millions de personnes bénéficiaient de l'APA, soit 8% de la population de plus de 60 ans.

* Le recours à l'APA est très fortement croissant avec l'âge : parmi les personnes âgées de 95 ans ou plus, près de 8 sur 10 en bénéficient.

* Depuis 2008, le taux de croissance du nombre d'allocataires est sensiblement inférieur à celui de la population de plus de 60 ans. On compte depuis près de 10 ans, environ 21 000 bénéficiaires supplémentaires de l'APA par an.

* Entre la période 2004-2006 et la période 2014-2016, l'espérance de vie à 65 ans en France a augmenté de 1,5 an pour les femmes et de 1,7 an pour les hommes. Ces gains de longévité s'accompagnent d'une augmentation de l'espérance de vie sans incapacité (+0,9 an pour les femmes et +1,3 an pour les hommes) et de l'espérance de vie avec des incapacités (+0,6 an pour les femmes et +0,4 pour les femmes).

* En 2015, 728 000 personnes résidaient en établissements d'hébergement pour personnes âgées (dont 586 000 en EHPAD), soit 84 000 de plus qu'en 2003.

* En 2015, près de 11 % des personnes de 75 ans et plus vivent en établissement, proportion stable depuis 10 ans.

* En 2016, près de 41 % des bénéficiaires de l'APA résident en établissement, contre 39 % en 2008.

* Sur la période 2007-2015, on observe : (i) une augmentation de l'âge moyen d'entrée en établissement d'environ 2 ans, pour atteindre 85 ans et 2 mois en 2015 ; (ii) une augmentation, à l'entrée en établissement, du degré moyen de perte d'autonomie : diminution de la proportion de GIR 5-6, augmentation de la proportion de GIR 3-4, mais stabilité de la proportion de GIR 1-2 ; (iii) une stabilité de la durée moyenne de séjour : 2 ans et 6 mois.

On utilise dans ce rapport des catégories d'âge parce qu'elles sont d'usage dans les enquêtes, parce qu'elles permettent de raisonner dans la durée, parce qu'elles correspondent à des dispositions juridiques, mais il faut bien entendu questionner en permanence ces catégories.

A) DEFINITION

Il existe différentes échelles pour évaluer la capacité des personnes à réaliser seules les activités de la vie quotidienne. Le nombre de personnes en perte d'autonomie et leurs caractéristiques sont régulièrement évalués à partir des enquêtes de la statistique publique, souvent en retenant plusieurs définitions car aucune ne s'impose.

On se référera principalement dans cette section aux bénéficiaires de l'APA et à la grille AGGIR pour mesurer le niveau de perte d'autonomie. Mais on complète cette approche par une analyse sur la population des personnes âgées « fragiles ».

Retenir ce critère administratif pour identifier la population en perte d'autonomie permet de s'appuyer sur les données d'aide sociale qui renseignent sur les principales caractéristiques démographiques et socioéconomiques de cette population, ainsi que sur leurs évolutions dans le temps. C'est en outre l'indicateur retenu par la DREES dans les exercices de projections qu'elle a récemment menés.

Ce choix méthodologique présente néanmoins plusieurs limites qu'il convient de garder à l'esprit.

Il conduit tout d'abord à sous-estimer l'effectif des personnes âgées en perte d'autonomie, compte tenu notamment de l'existence avérée d'un non-recours à l'APA.

Il est également vraisemblable que le recours à la grille AGGIR minimise le niveau de perte d'autonomie des bénéficiaires de l'APA : la faible fréquence des révisions des plans d'aide à domicile et des « coupes Gir/Pathos » en établissement conduisent très probablement à sous-estimer le niveau réel de leur perte d'autonomie.

Par ailleurs, les données d'aide sociale offrent des d'informations limitées sur les caractéristiques sociodémographiques des bénéficiaires de l'APA : à l'exception du sexe de l'allocataire, seules les informations qui conditionnent l'accès à l'APA (âge, GIR) ou son montant (revenu, en couple ou pas, domicile ou établissement) sont collectées. Quand cela est possible, nous nous appuierons sur des données d'enquêtes, avec d'autres mesures de la perte d'autonomie[8].

[8] Si le fait de bénéficier ou non de l'APA et le GIR sont des informations collectées dans les enquêtes en population générale faite par l'INSEE ou la DREES, elles sont généralement inexploitables, car mal renseignées (méconnaissance par les enquêtés des allocations perçues, inversion de l'échelle GIR, etc.).

Encadré : Le non-recours à l'APA à domicile

La fréquence du non-recours à l'APA à domicile n'est pas connue avec précision, faute de recensement à l'échelle nationale du nombre de personnes âgées qui pourraient théoriquement y prétendre.

Le rapprochement entre les données administratives sur le nombre de bénéficiaires de l'APA d'une part et les enquêtes en population générale permettant d'approximer le nombre de bénéficiaires potentiels d'autre part a permis d'estimer entre 20 % et 28 % la part de personnes âgées ne bénéficiant pas de l'APA alors qu'elles pourraient y prétendre[9]. Ces estimations doivent cependant être considérées avec précaution : l'enquête CARE menée par la DREES en 2015, appariée avec les données administratives relatives à l'APA permettra à court terme d'affiner cette estimation du non-recours, qui apparait aujourd'hui comme potentiellement importante.

Une analyse qualitative[10] menée auprès de professionnels montre que le non-recours recouvre des situations très diverses.

La méconnaissance partielle ou totale du dispositif est un premier facteur explicatif possible. De l'avis des professionnels, la non connaissance de l'existence même de l'allocation n'aurait qu'un rôle modeste dans l'existence du non-recours, même si le point de vue des usagers conduit à nuancer ce constat. Une mauvaise connaissance ou une connaissance insuffisante du dispositif est en revanche mise en avant par de nombreux acteurs qui évoquent entre autres la crainte du recours sur succession, ou la perception de l'APA comme une prestation sous condition de ressources.

Certaines caractéristiques de l'APA pourraient également favoriser le non-recours.

La participation financière au plan d'aide qui est à la charge des bénéficiaires et le surcoût lié au différentiel entre le tarif horaire utilisé par le conseil départemental pour valoriser le plan d'aide et le tarif effectivement facturé par le service d'aide à domicile pourraient être un déterminant important du non- recours à l'APA. Il est vraisemblable que l'institution du crédit d'impôt diminuera ce non recours.

On considère usuellement que le non recours concerne surtout des personnes ayant des revenus relativement élevés. La perception de l'APA n'a guère d'intérêt monétaire pour eux (elle est plafonnée à 10% du plan d'aide) et l'essentiel de l'aide publique passe par la réduction d'impôt qui est indépendante de l'APA. Ces personnes seraient à même de gérer directement l'organisation des services auxquels ils peuvent faire appel. Cette hypothèse mériterait une analyse plus poussée.

Sont également évoqués pour rendre compte du non-recours :

- la lourdeur et le caractère parfois intrusif des démarches administratives (certaines questions sur le revenu ou le patrimoine dépasseraient les informations nécessaires au calcul du taux de participation, donnant corps à la crainte du recours sur succession) ;

- les contraintes horaires qu'impose la mise en œuvre du plan d'aide, le manque de flexibilité des services d'aide ou encore la forte rotation du personnel intervenant ;

- le volonté personnelle de pas recourir à l'APA : difficulté à faire entrer dans le domicile une personne extérieure au ménage, déni d'un besoin de prise en charge professionnelle, préférence pour une aide familiale, refus des aidants familiaux pour qui le recours à l'APA signalerait leur incapacité à faire face à la situation, etc.

[9] Mélina Ramos-Gorand (2016), « Le non-recours à l'APA à domicile vu par les professionnels de terrain », Les dossiers de la DREES, n°10, DREES.
[10] Mélina Ramos-Gorand (2016), *op. cit.*

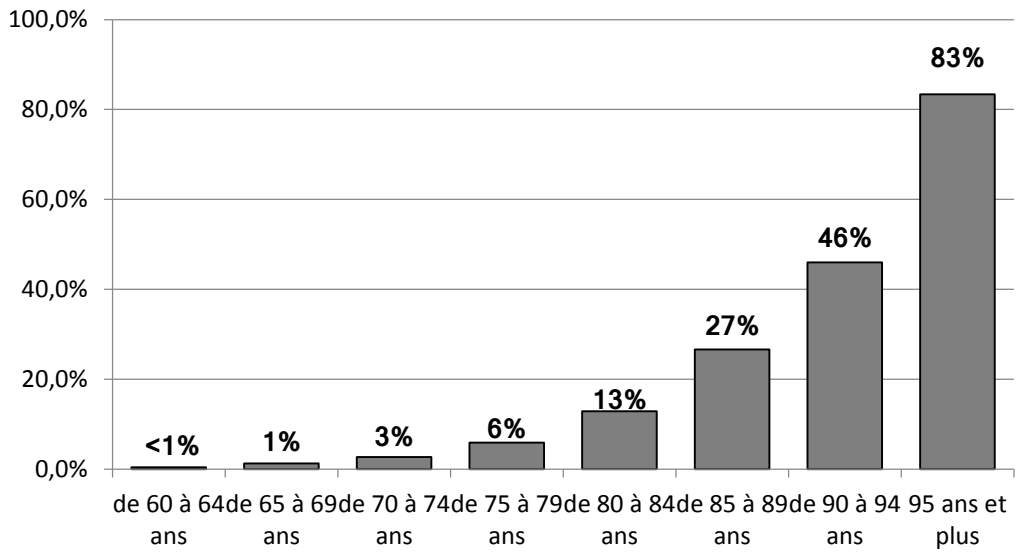
B) NOMBRE DE PERSONNES AGEES EN PERTE D'AUTONOMIE

1) Nombre de bénéficiaires de l'APA

Selon l'enquête *Aide sociale* de la DREES, on comptait (France entière hors Mayotte) 1 285 462 bénéficiaires de l'APA en décembre 2016, soit près de 8 % de la population française âgée de 60 ans et plus.

La proportion de bénéficiaires de l'APA croît cependant très fortement avec l'âge pour atteindre 46 % chez les 90-94 ans et 83 % chez les 95 ans et plus (graphique 2). L'évolution de la structure par âge de la population âgée de 60 ans et plus, qu'on étudiera dans le tome II, est donc déterminante dans l'analyse de l'évolution du nombre de bénéficiaires de l'APA.

Graphique 2. Proportion de bénéficiaires de l'APA au sein de la population totale, par classe d'âge (décembre 2016)



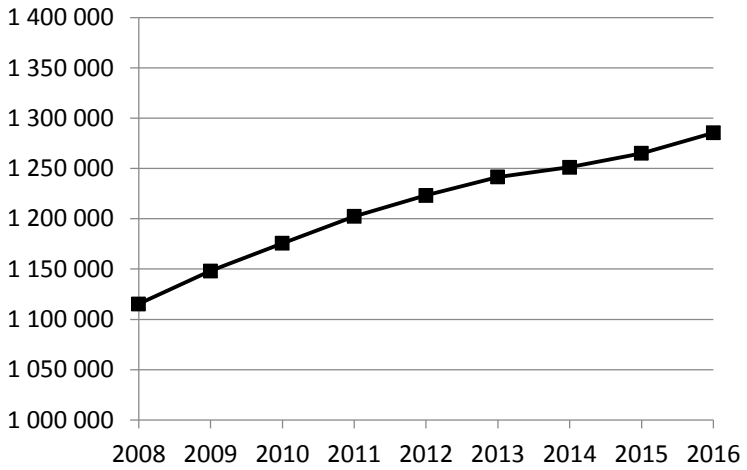
Champ : France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).
Sources : DREES, enquête Aide sociale 2016 ; INSEE, Estimations provisoires de population au 1er janvier 2017 (résultats arrêtés fin 2017).

Depuis 2008, on compte en moyenne 21 250 bénéficiaires supplémentaires par an (graphique 3).

2) Evolutions

L'augmentation du nombre de bénéficiaires de l'APA est cependant moindre qu'attendue au regard du vieillissement de la population observée sur la période. Si la proportion de bénéficiaires de l'APA par âge était restée identique sur la période 2008-2016, le vieillissement de la population, chez les 60 ans et plus, aurait dû conduire à une croissance plus soutenue du nombre de bénéficiaires (graphique 4). Entre 2008 et 2016, le nombre de bénéficiaires de l'APA a augmenté de 170 000 individus (+ 15 %). Toutes choses égales par ailleurs, le vieillissement de la population observé sur la période aurait dû à lui-seul conduire à une augmentation de 250 000 bénéficiaires de l'APA (+22 %).

Graphique 3. Evolution du nombre de bénéficiaires de l'APA (domicile et établissement) depuis 2008

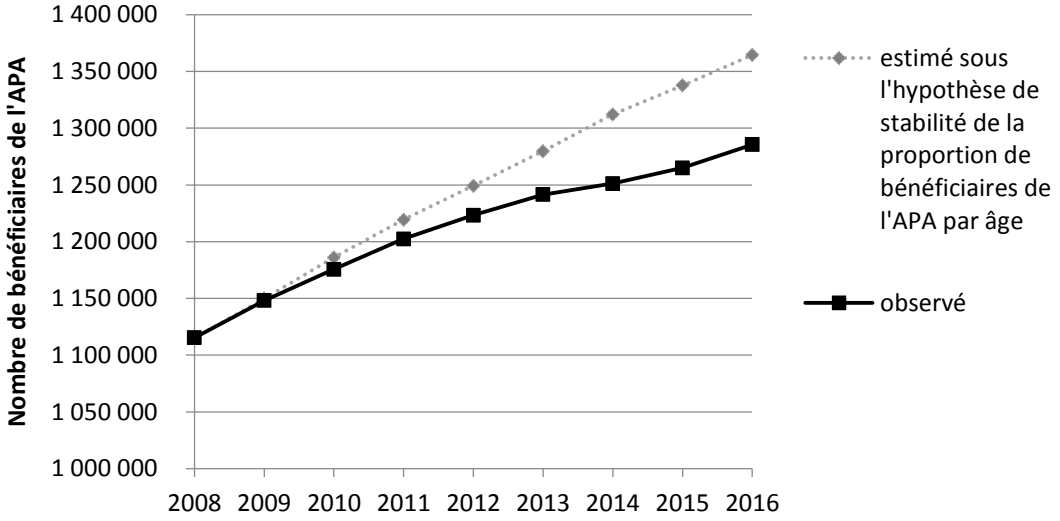


Champ : France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).
Source : DREES, enquête Aide sociale 2016.

Cette moindre augmentation effective est due à une diminution du taux de bénéficiaires de l'APA par âge[11] (graphique 5) qui pourrait résulter d'une diminution de la prévalence par âge de la perte d'autonomie. Autrement dit, la diminution de la prévalence de la perte d'autonomie, discutée plus en détail dans la suite du rapport, compenserait en partie l'effet du vieillissement de la population. On ne peut cependant pas exclure d'autres explications à la diminution du taux de bénéficiaires par âge de l'APA, telles que l'augmentation du non recours ou une mise en œuvre plus stricte des critères d'admission.

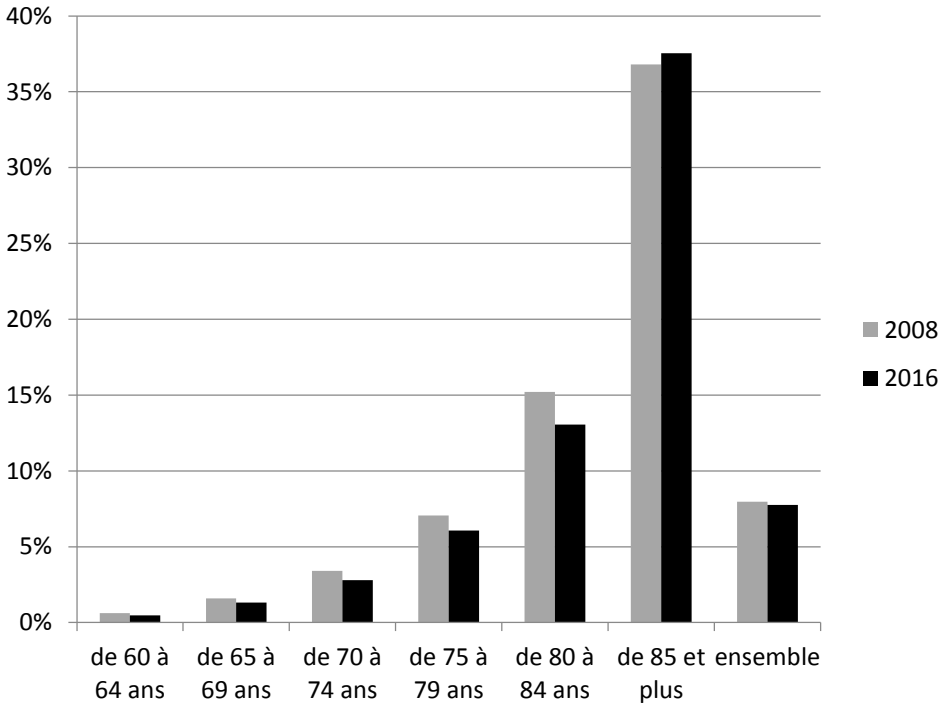
[11] La hausse observée chez les 85 ans et plus ne compense pas la diminution observée chez les moins de 85 ans, si bien que la proportion de bénéficiaires de l'APA parmi les 60 ans et plus diminue après standardisation par l'âge entre 2008 et 2016.

Graphique 4. Effet estimé du vieillissement de la population sur le nombre de bénéficiaires de l'APA entre 2008 et 2016.



Lecture : la courbe en trait plein représente les effectifs observés de bénéficiaires de l'APA à partir des données d'Aide sociale. La courbe en pointillé représente les effectifs de bénéficiaires de l'APA que l'on aurait observés si les proportions de bénéficiaires de l'APA par âge étaient restées identiques à celles observées en 2008.
Champ : France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).
Source : Nombre de bénéficiaires de l'APA : DREES.

Graphique 5. Proportion de bénéficiaires de l'APA (à domicile ou en établissement) au sein de la population totale, par classe d'âge (en décembre 2008 et décembre 2016)



Champ : France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).
Sources : DREES, enquête Aide sociale 2008 et 2016 ; INSEE, Estimations provisoires de population au 1er janvier 2009 et 2017 (résultats arrêtés fin 2017).

Encadré : Probabilité de bénéficier de l'APA et durée moyenne de perception

Une personne sur quatre bénéficierait de l'APA avant de décéder…

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 leur décès[12].

… pour une durée moyenne trois ans et sept mois

La durée en dépendance (toujours au sens du bénéfice de l'APA) serait trois ans et sept mois en moyenne[13]. Cette durée est cependant très dispersée.

Pour un quart des bénéficiaires de l'APA, la durée est inférieur à 1 an et trois mois et pour un autre quart supérieure à 5 ans et 6 mois. Comme le résume la DREES, « les durées de perception les plus longues concernent généralement des femmes prises en charge en établissement et dont la perte d'autonomie s'est aggravée au cours du temps. Les durées les plus courtes concernent souvent des hommes pris en charge au domicile et déjà très dépendants au moment de l'ouverture des droits » [14].

Selon les informations recueillies par le HCFEA auprès des sociétés d'assurances et institutions de prévoyance[15], la durée en dépendance parmi les individus ayant souscrit une couverture assurantielle contre le risque dépendance serait en moyenne égale à 3 ans, mais les assureurs appliquent une définition de la dépendance plus restrictive que celle retenue pour bénéficier de l'APA.

Les estimations à partir de cohortes épidémiologiques[16] concluent également à une durée moyenne en dépendance approximativement égale à 3 ans (3,17 ans, tableau 1) en considérant comme dépendants les individus ne pouvant pas réaliser seuls trois des quatre activités de la vie quotidienne suivantes : toilette, habillage, transfert lit-fauteuil, alimentation. Leurs résultats confirment à la fois la grande sensibilité de la durée en dépendance suivant la grille d'évaluation retenue pour qualifier la dépendance et la durée moyenne en dépendance plus importante chez les femmes que chez les hommes. A noter cependant que les durées en dépendance s'homogénéisent entre hommes et femmes à mesure que l'on restreint la définition de la dépendance

Tableau 1. Durée en dépendance selon la mesure de la dépendance (tirés de Pérès et al. 2011)

		Ensemble	Homme	Femme
Incapacité totale à faire des ADLs	Au moins 1 ADL sévère	4,77 ans	4,22 ans	5,02 ans
	Au moins 2 ADL sévère	4,40 ans	3,94 ans	4,47 ans
	Au moins 3 ADL sévère	3,17 ans	2,79 ans	3,27 ans
	Au moins 4 ADL sévère	2,84 ans	2,90 ans	2,82 ans
Incapacité partielle à faire des ADLs	Au moins 1 ADL modéré	6,52 ans	6,10 ans	6,69 ans
	Au moins 2 ADL modéré	5,17 ans	5,10 ans	5,17 ans
	Au moins 3 ADL modéré	4,5 ans	4,48 ans	4,44 ans

Echantillon d'étude : 14 062 personnes de 65 ans et plus, issues des trois cohortes Paquid (N=3 777), 3C (N=9 285) et AMI (N=1 000)

Source : Pérès K., Matharan F., Carrière I., Berr C. et Dartigues J.-F. (2011), « Projet Dépendance 4 cohortes épidémiologiques : Haute Normandie, Paquid, 3Cités et AMI », Rapport final pour le compte de la CNSA

[12] 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.

[13] Boneschi S. (2018), « La durée de perception de l'allocation personnalisée d'autonomie – Des profils de bénéficiaires très différents », Les dossiers de la Drees, n°29. La durée moyenne est estimée sur un échantillon de 260 000 personnes sorties de l'APA en 2011.

[14] Boneschi S. (2018), *op. cit.*

[15] HCFEA (2017), « Rapport annexe de la Commission de travail sur le recours aux financements privés dans la couverture de la perte d'autonomie (rapporteurs : Carole Bonnet et Roméo Fontaine) ».

[16] Pérès K., Matharan F., Carrière I., Berr C. et Dartigues J.-F. (2011), « Projet Dépendance 4 cohortes épidémiologiques : Haute Normandie, Paquid, 3Cités et AMI », Rapport final pour le compte de la CNSA.

3) Prévalence de la perte d'autonomie à partir de données d'enquête

Au sein de la population âgée de 60 ans et plus vivant à domicile[17], les enquêtes « Vie quotidienne et santé » (VQS) et « Capacités, Aides et Ressources des seniors » (CARE), permettent de mesurer la prévalence de la perte d'autonomie au sein de la population à travers différentes questions sur les difficultés que les personnes rencontrent pour réaliser des activités de la vie quotidienne.

En 2014, selon l'enquête VQS[18], les personnes âgées de 60 ans ou plus vivant à domicile sont:

- 52 % à déclarer avoir une maladie chronique
- 27 % à déclarer des limitations fonctionnelles (physiques, sensorielles ou cognitives)
- 11 % à déclarer être fortement limités dans les activités générales.

Les limitations fonctionnelles les plus fréquemment déclarées sont les limitations physiques (tableau 2). Mais pour plus d'un tiers des 60 ans ou plus, plusieurs types de limitations se cumulent (graphique 6). Les limitations cognitives se cumulent en particulier dans plus de 8 cas sur 10 avec des limitations physiques ou sensorielles.

Quel que soit l'indicateur retenu, les prévalences augmentent avec l'âge. Les différences entre hommes et femmes se creusent par ailleurs avec l'avancée en âge, le plus souvent au détriment des femmes[19].

En 2015, d'après l'enquête CARE, parmi les personnes âgées de 60 ans et plus vivant à domicile[20] :

- 10,1 % sont en situation de perte d'autonomie au regard du GIR estimé à partir des déclarations de restrictions d'activités (définition large) ;
- 4,4 % sont en situation de perte d'autonomie au regard du GIR estimés à partir des déclarations de restrictions d'activités (définition restreinte) ;
- 3,3 % sont en situation de perte d'autonomie selon l'indicateur Katz ;
- 2,6 % sont en situation de perte d'autonomie selon l'indicateur Colvez.

[17] Les enquêtes VQS et Care ont été menées en 2014 et 2015 auprès des ménages dits " ordinaires ", c'est-à-dire hors ménages vivant en collectivité (maisons de retraite, EHPAD, foyers, prisons, hôpitaux…) et vivant dans des habitations mobiles (mariniers, sans-abri…). Sont inclus dans le champ de l'enquête les personnes vivant dans des logement-foyers.

[18] M. Bunel et A. Carrère (2017a), « Incapacités et perte d'autonomie des personnes âgées en France : une évolution favorable entre 2007 et 2014 », Les dossiers de la DREES, n°13, DREES.

[19] Bunel et Carrère (2017a), *op. cit*.

[20] M. Bunel et A. Carrère (2017b), « Les personnes âgées dépendantes vivant à domicile en 2015 – Premiers résultats de l'enquête CARE Ménage », Etudes et Résultats, n°1029, DREES.

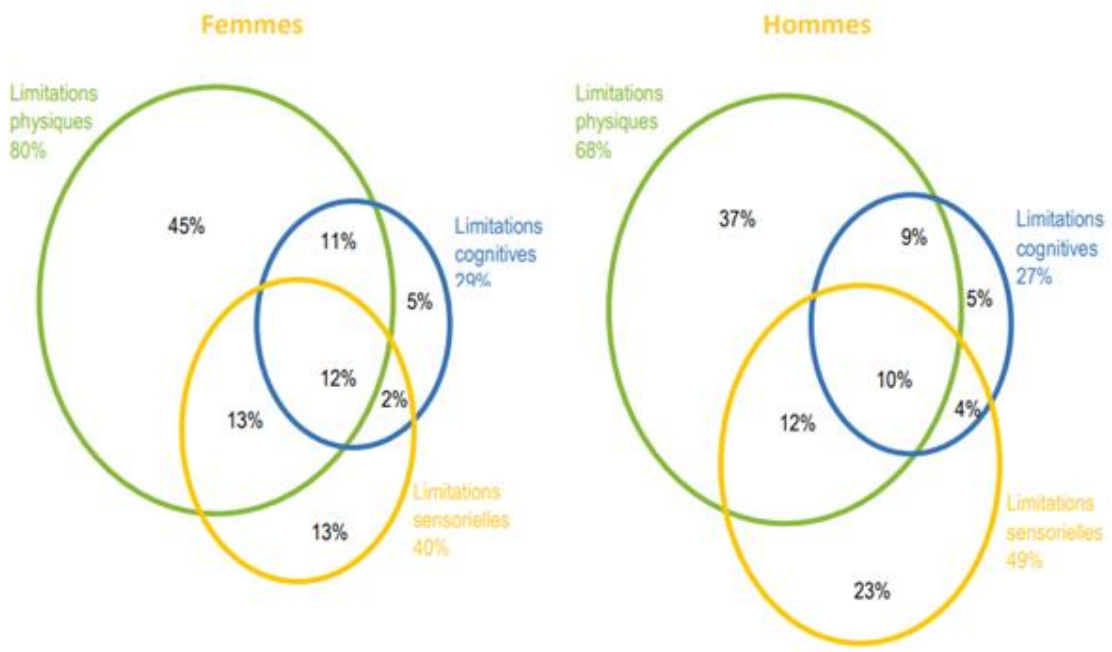
Tableau 2. Prévalence de la perte d'autonomie parmi les personnes de 60 ans et plus, vivant à domicile, selon différents indicateurs – tirés de Bunel et Carrère (2017a, 2017b)

Enquête VQS (2014), DREES – France entière						
	60-74 ans (à domicile)			**75 ans et plus (à domicile)**		
	Femmes	**Hommes**	**Total**	**Femmes**	**Hommes**	**Total**
Maladie chronique	44 %	49 %	46 %	61 %	64 %	62 %
Au moins une limitation	16 %	17 %	16 %	48 %	41 %	45 %
Au moins une limitation physique	13 %	11 %	12 %	39 %	29 %	35 %
Au moins une limitation sensorielle (après correction)	5 %	7 %	6 %	21 %	21 %	21 %
Au moins une limitation cognitive	3 %	3 %	3 %	17 %	14 %	15 %
Restricitions d'activité						
Fortement limité	6	7	6	22	18	20
Au moins un peu limité	26	26	26	55	49	53
Difficultés pour se laver	5	5	5	29	21	26
Enquête Care (2015), DREES – France métropolitaine						
	60-74 ans (à domicile)			**75 ans et plus (à domicile)**		
	Femmes	**Hommes**	**Total**	**Femmes**	**Hommes**	**Total**
GIR estimé (définition large)						
1-2	0,5	0,6	0,5	4,5	3,5	4,1
3-4	4,3	3,8	4,0	18,1	12,5	15,9
5	4,2	3,8	4,0	10,9	8,8	10,1
6	91,1	91,9	91,5	66,5	75,2	70,0
GIR estimé (définition restreinte)						
1-2	0,4	0,4	0,4	4,0	2,8	3,5
3-4	1,1	0,9	1,0	6,7	5,1	6,1
5	2,1	1,2	1,7	8,7	5,3	7,3
6	96,5	97,4	96,9	80,6	86,8	83,1

Indicateur Katz						
A : personnes pouvant réaliser seules les 6 activités	98,9	98,9	98,9	92,0	94,1	92,8
B-H : personnes incapables de réaliser seules au moins une des six activités	1,1	1,1	1,1	8,0	5,9	7,2
Indicateur Colvez						
1-3 : confinement au lit ou au fauteuil ou besoin d'aide pour la toilette et l'habillage ou pour sortir du domicile	0,9	0,6	0,8	7,5	3,8	6,0
4 : autonome	99,1	99,4	99,2	92,5	96,2	94,0

Champ : Individus de 60 ans ou plus résidant à domicile : VQS : France entière ; CARE : France métropolitaine.
Sources : enquête VQS 2014 (DREES) et CARE 2015 (DREES).

Graphique 6. Répartition des personnes de 60 ans et plus, vivant à domicile, déclarant au moins une limitation fonctionnelle selon le type de limitation, par sexe – tiré de Bunel et Carrère (2017a)



Lecture: 10% des homes de 60 ans ou plus avant au moins une limitation fonctionnelle cumulent à la fois des limitations sensorielles, physiques et cognitives.
Champ : Individus de 60 ans ou plus résidant à domicile et déclarant au moins un type de limitation, France entière.
Source : Enquête Vie quotidienne et santé (VQS) 2014, DREES.

4) Approche par la fragilité

La fragilité est définie comme une réduction multi systémique des réserves fonctionnelles limitant la capacité de l'organisme à répondre à un stress, même mineur[21]. La société Française de gériatrie et de gérontologie la définie plus précisément de la manière suivante : « *La fragilité est un syndrome clinique. Il reflète une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress. Son expression clinique est modulée par les comorbidités et des facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux. Le syndrome de fragilité est un marqueur de risque de mortalité et d'événements péjoratifs, notamment d'incapacités, de chutes, d'hospitalisation et d'entrée en institution. L'âge est un déterminant majeur de fragilité mais n'explique pas à lui seul ce syndrome. La prise en charge des déterminants de la fragilité peut réduire ou retarder ses conséquences. Ainsi, la fragilité s'inscrirait dans un processus potentiellement réversible* ».

La littérature épidémiologique montre que la fragilité, associée à la survenue d'évènements indésirables de santé (hospitalisation, chutes, etc.), est un important facteur de risque de perte d'autonomie. Dans un contexte de mise en œuvre d'actions de prévention pour réduire la perte d'autonomie, il est intéressant de connaitre la prévalence de la fragilité chez les personnes qui ne sont pas en situation de perte d'autonomie et sont les cibles potentielles de diverses actions de prévention[22].

Dans le modèle de FRIED[23] par exemple, la fragilité se repère à cinq signes : la perte de poids involontaire, l'épuisement ressenti, la baisse de la force musculaire, la vitesse de marche ralentie, la sédentarité. Un individu est généralement qualifié de « pré-fragile » s'il est caractérisé par une ou deux de ces dimensions, et de « fragile » s'il est caractérisé par au moins trois de ces dimensions.

A partir de deux sources de données différentes, les graphiques ci-dessous présentent la prévalence de la fragilité (au moins trois dimensions parmi les cinq) chez les plus de 55 ans vivant à domicile et sans perte d'autonomie (ne déclarant pas de restrictions dans les activités de la vie quotidienne suivantes : se nourrir, se laver, s'habiller, se déplacer, et utiliser les toilettes).

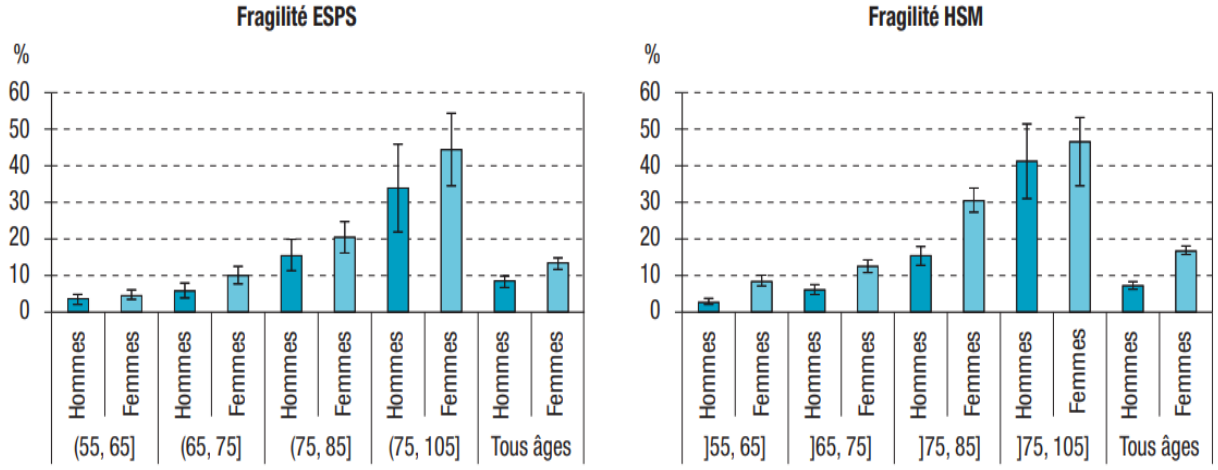
La prévalence est plus élevée chez les femmes que chez les hommes et augmente avec l'âge. Des facteurs de risque socioéconomiques de la fragilité sont également identifiables (faible revenu et faible niveau d'éducation).

[21] A Clegg, J. Young, S. Iliffe, M.O. Rikkert, K. Rockwood (2013), "Frailty in elderly people", Lancet, n°381, p. 752-762.

[22] A.-L. Perrine, C. Le Cossec, C. Fuhrman, N. Beltzer, L. Caracaillon-Bentata (2017), « Fragilité et multimorbidité : peut-on utiliser les grandes enquêtes françaises en population pour la production de ces indicateurs ? Analyse des données d'ESPS 2012 et HSM 2008 », BEH, n°16-17, p. 301-310.

[23] Le phénotype de fragilité se caractérise par la présence d'un nombre critique d'altérations de la force physique, de l'activité physique, de la nutrition, de la mobilité et de l'énergie , Fried et al., 2001

Graphique 7. Prévalence de la fragilité en fonction de l'âge et du sexe chez les personnes de 55 ans et plus n'ayant pas de restrictions dans les AVQ, enquête ESPS 2012 et HSM 2008, France – tiré de Perrine et al. (2017, *op. cit.*)



Champ : Individus âgés de 55 ans et plus,vivant à domicile et sans perte d'autonomie (ne déclarant pas de restrictions dans les activités de la vie quotidienne suivantes : se nourrir, se laver, s'habiller, se déplacer, et utiliser les toilettes).
Source : A.-L. Perrine, C. Le Cossec, C. Fuhrman, N. Beltzer, L. Caracaillon-Bentata (2017), « Fragilité et multimorbidité : peut-on utiliser les grandes enquêtes françaises en population pour la production de ces indicateurs ? Analyse des données d'ESPS 2012 et HSM 2008 », BEH, n°16-17, p. 301-310.

Toujours selon les critères de FRIED, le Plan national de prévention de la perte d'autonomie estime que parmi les personnes âgées de plus de 65 ans, 30 à 40 % sont fragiles ou préfragiles, 10% ont perdu leur autonomie et 50 à 60% sont en bonne santé, dites « robustes ». L'IRDES[24] à partir de l'enquête SHARE, situe ce taux de fragilité plutôt autour de 15-20% pour les personnes de 65 ans vivant en ménages ordinaires. La HAS note en 2013 que « *la prévalence de la fragilité dépend de la définition utilisée, comme cela est souligné par l'analyse de la littérature avec une prévalence moyenne de 10 %, mais des variations qui peuvent aller de 5 à 58 %* ».

On ne dispose pas d'évaluation au niveau national du nombre de personnes dites « fragiles ». En première approximation, et 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, en situation de fragilité[25]. Une estimation plus précise est cependant nécessaire.

[24] Fragilité des personnes âgées et consommation de médicaments : polymédication et prescriptions inappropriées IRDES, QES 230,février 2018
[25] Estimation pour l'année 2015 : 16 millions d'individus en France âgés de 60 ans ou plus, dont près de 14,5 millions vivant à domicile et pouvant faire seuls les activités de la vie quotidienne. En considérant un taux de prévalence de la fragilité de 15 % au sein de cette population, on estime, de manière approximative à 2,2 millions le nombre de personnes âgées de 60 ans et plus, à domicile, en situation de fragilités.

C) EVOLUTION RECENTE DE LA PREVALENCE DE LA PERTE D'AUTONOMIE

Chercheurs et acteurs de santé publique s'interrogent sur les répercussions attendues de l'allongement de l'espérance de vie : gagne-t-on des années de bonne santé ou vit-on plus longtemps avec des maladies ?[26]

Le manque de données longitudinales sur l'évolution de la prévalence de la perte d'autonomie et la variabilité des indicateurs servant à la mesurer rendent difficile l'analyse précise de l'évolution de la santé fonctionnelle et des restrictions d'activités associées.

Les travaux connus sur la question présentent en particulier une limite : ils s'appuient généralement sur des prévalences issues d'enquêtes représentatives des « ménages ordinaires », excluant la population résidant en établissement d'hébergement pour personnes âgées. Or, si la prévalence par âge de la perte d'autonomie semble connaitre une tendance à la baisse au sein des populations âgées vivant à domicile, on observe en parallèle une augmentation du degré de perte d'autonomie chez les résidents d'établissements d'hébergement pour personnes âgées.

Néanmoins, parce que les individus de 75 ans et plus en établissement représentent environ 10 % de l'ensemble des individus de 75 et plus, il est peu probable que la prise en compte de l'évolution de la prévalence en établissement modifie considérablement les enseignements tirés des évolutions observées à domicile[27]. On ne peut cependant pas conclure de manière certaine à une diminution générale de la prévalence par âge de la perte d'autonomie, et encore moins sur son amplitude, sans rapprocher les observations faites à domicile de celles faites en établissement.

A cause de l'augmentation des chances de survie aux âges élevés, une diminution de la prévalence par âge de la perte d'autonomie n'implique pas nécessairement une diminution de la durée moyenne passée en situation de perte d'autonomie. Mesurer l'ampleur d'une éventuelle diminution de la prévalence est donc crucial pour analyser l'évolution de la durée passée en perte d'autonomie : une diminution importante de la prévalence par âge pourra induire une diminution de la durée moyenne en perte d'autonomie, mais une diminution faible ou modérée de la prévalence par âge induira une augmentation de la durée moyenne en perte d'autonomie.

[26] E. Cambois et J.-M Robine (2017), « L'allongement de l'espérance de vie en Europe : Quelles conséquences pour l'état de santé », Revue Européenne des sciences sociales », n°55, p.41-67.

[27] C'est ce que tend à confirmer un projet de recherche mené à partir des données des enquêtes Handicap-Santé Ménage et Handicap-Santé Institution de la DREES et des données du recensement. Les auteurs montrent que l'estimation du nombre de personnes de 65 ans et plus présentant des limitations fonctionnelles dans la population française varie d'environ 2 % selon que l'on tient compte ou non du différentiel de prévalence entre domicile et institution. Si l'on restreint l'analyse aux 85 ans et plus, les écarts sont cependant plus substantiels, de l'ordre de 8 %. Cf. Cambois Emmanuelle, Jagger Carol, Nusselder Wilma, Van Oyen Herman, Robine Jean-Marie,(2016d), « Estimating Population's prevalence of disability: the impact of accounting or not for the institutionalized population in the context of international comparison », in Altman Barbara M. (ed), International Measurement of Disability: Purpose, Method and Application, Springer (coll. Social Indicators Research Series), p. 207-229.

1) A domicile : des évolutions récentes qui semblent indiquer une diminution de la prévalence par âge mais des durées en perte d'autonomie plus longues

a) Enseignements à partir des enquêtes de la DREES

Les enquêtes menées par la DREES ces dix dernières années mettent globalement en évidence une baisse de la prévalence de la perte d'autonomie chez les 60 ans ou plus vivant à domicile (après standardisation par âge et par sexe de la population).

Les enquêtes « Vie Quotidienne et Santé » (VQS) réalisées par la DREES en 2007 et 2014 disposent d'un questionnaire comparable et d'un mode de collecte proche. Leur champ géographique est identique (France entière hors Mayotte). Elles ne concernent cependant que les personnes vivant à domicile. La comparaison des deux vagues d'enquêtes montre une diminution pour la plupart des indicateurs retenus pour mesurer la perte d'autonomie. A structure par âge et sexe comparable, la prévalence de la perte d'autonomie est, pour tous les indicateurs, restée stable ou a diminué entre 2007 et 2014, que ce soit chez les plus jeunes (60-74 ans) ou les plus âgés (75 ans et plus), et chez les hommes ou les femmes.

Tableau 3. Evolution de la prévalence des incapacités et de la dépendance entre 2007 et 2014 (sans standardisation) chez les 60 ans et plus à domicile – tiré de Bunel et Carrère (2017)

	60-74 ans			75 ans ou plus		
	2007	2014	Écart 2007-2014	2007	2014	Écart 2007-2014
Score VQS ≥ 40	3,5 %	2,8 %	-0,6	20,8 %	20,1 %	-0,7
Limitations fonctionnelles	20,3 %	16,4 %	-3,8	46,8 %	45,2 %	-1,6
Limitations physiques	13,7 %	11,6 %	-2,1	36,4 %	35,5 %	-1,0
Limitations sensorielles	8,4 %	6,2 %	-2,2	23,1 %	21,3 %	-1,8
Limitations cognitives	4,6 %	3,2 %	-1,4	16,3 %	15,4 %	-0,9
GALI*	10,1 %	6,5 %	-3,6	28,0 %	20,2 %	-7,8
Maladie chronique	48,1 %	46,5 %	-1,6	63,2 %	62,0 %	-1,2
Très mauvaise santé	1,3 %	1,1 %	-0,2	3,1 %	3,1 %	-0,1

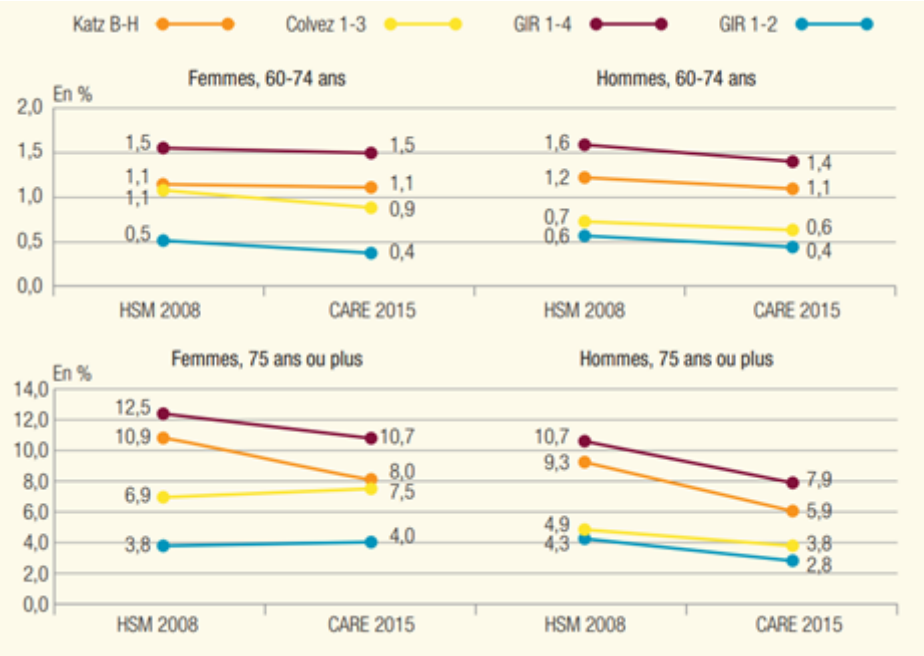
GALI: *Global Activity Limitation Indicator, ou « indicateur de limitations d'activité générale ».*
* : La formulation de la question GALI ayant été modifiée entre VQS 2007 et VQS 2014, une partie de la baisse de la prévalence observée entre 2007 et 2014 est probablement due à ce changement.

Lecture : En 2007, 20,3% des individus de 60-74 ans ont déclaré avoir des limitations fonctionnelles, contre 16,4% en 2014 soit écart de -3,8 points de pourcentage.
Champ : Individus de 60 ans ou plus résidant à domicile, France entière.
Source : Enquêtes Vie quotidienne et santé (VQS) 2007-2014, INSEE-DRESS.

La comparaison de l'enquête « Handicap Santé – Ménages » (HSM) réalisée en 2008 et de l'enquête « Capacités, aides et ressources des seniors à domicile » (CARE ménages) réalisée en 2015 montre également une tendance à la diminution de la prévalence de la perte

d'autonomie chez les 60 ans et plus vivant à domicile, en particulier chez les 75 ans ou plus[28]. Cette tendance serait plus marquée chez les hommes que chez les femmes.

Graphique 8. Evolution entre 2008 et 2015 de la prévalence de la perte d'autonomie selon différents indicateurs, chez les individus de 60 ans et plus vivant à domicile – tiré de Bunel et Carrère (2017)



GIR : Groupe iso-ressources.
Note : Sont comparés les résultats de l'enquête Handicap-Santé ménages (HSM) de 2008 et ceux de l'enquête Capacités, Aides et Ressources des seniors (CARE) de 2015, avec sur l'âge fin et le sexe en 2015. Les écarts de prévalence entre 2008 et 2015 ne sont significatifs au seuil de 5% que pour l'indicateur Katz B-H chez les 75 ans ou plus que ce soit pour les femmes ou pour les hommes. Les chiffres sont arrondis.

Lecture : La prévalence de la dépendance au sens de l'indicateur Katz (niveau B à H) chez les femmes de 75 ans ou plus vivant à domicile est passée de 10,9% en 2008 (à structure par âge fin et sexe de 2015) à 8,0% en 2015.
Champ : Personnes âgées de 60 ans ou plus résidant à domicile, France métropolitaine.
Sources : Enquêtes Handicap-Santé ménages (HSM) 2008 et Capacités, Aides et Ressources des seniors, ménages (CARE-M), volet seniors, INSEE-DREES.

Cette tendance à la diminution de la prévalence de la perte d'autonomie, après standardisation sur l'âge, implique un recul de l'âge moyen d'entrée en dépendance.

b) Approche d'Eurostat via l'espérance de vie sans incapacité à 65 ans

Depuis les années 1970, l'espérance de vie à la naissance augmente en France d'environ 2,5 mois par an pour les femmes et de 3 mois par an pour les hommes[29].

Sur la période 2004-2006, l'espérance de vie à 65 ans était en moyenne de 17,9 ans pour les hommes et 22,3 pour les femmes (Eurostat). En dix ans, elle a augmenté de 1,7 an pour les hommes et 1,5 an pour les femmes, pour atteindre, sur la période 2014-2016, 19,6 ans pour les hommes et 23,8 ans pour les femmes.

[28] Bunel et Carrère (2017), *op. cit.*
[29] J.-M. Robine et E. Cambois (2017), « Estimation de l'espérance de vie sans incapacité en France en 2015 et évolution depuis 2004 : impact de la diminution de l'espérance de vie en 2015 », Bulletin épidémiologique hebdomadaire, n°16-17, p. 294-300.

Comment se partagent ces années de vie gagnées entre années avec des incapacités et années sans incapacité ? Les indicateurs d'espérance de vie sans incapacité (EVSI) et d'espérance de vie avec des incapacités (EVI) permettent de répondre à cette question[30].

Il existe naturellement autant de mesures de l'EVSI et de l'EVI que de mesures d'incapacité.

Si on retient l'indicateur d'incapacité de la Commission européenne[31], dont on peut suivre l'évolution dans le temps, l'espérance de vie à 65 ans sans incapacité a elle aussi augmenté ces dix dernières années, mais à un rythme plus faible que l'espérance de vie à 65 ans, de 1,3 an pour les hommes et de 0,9 an pour les femmes.

Selon ces évolutions, les personnes ayant atteint 65 ans entreraient donc aujourd'hui plus tardivement en situation de perte d'autonomie qu'il y a dix ans, ce qui est cohérent avec les enseignements que l'on peut tirer des enquêtes de la DREES.

L'approche en terme d'espérance de vie avec et sans incapacité montre cependant que si l'entrée en perte d'autonomie se fait en moyenne plus tardivement, les durées moyennes sont plus importantes[32,33].

On rappelle que ces évolutions caractérisent ici aussi la population vivant en domicile ordinaire, car elles sont tirées de l'enquête EU-SILC qui exclut de son champ les personnes résidant en institution et logements collectifs.

---

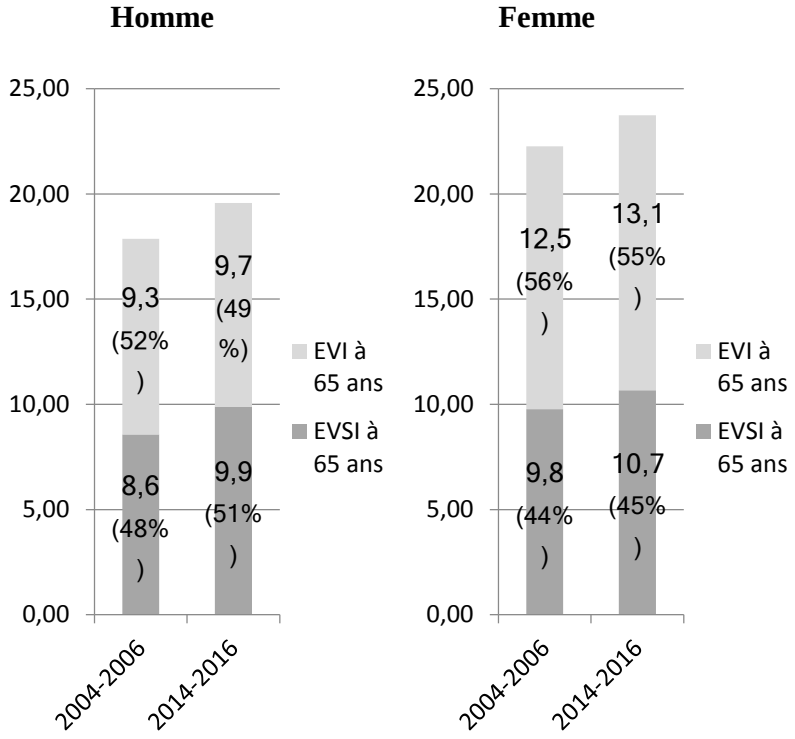
[30] L'espérance de vie sans incapacité correspond au nombre moyen d'années vécues sans incapacité dans les conditions de mortalité et de santé du moment. L'espérance de vie avec des incapacités correspond au nombre moyen d'années vécues avec des incapacités. La somme des deux est égale à l'espérance de vie J.-M. Robine et E. Cambois (2017), op. cit.

[31] Les estimations effectuées par Eurostat s'appuient sur l'enquête annuelle européenne EU-SILC (Statistiques de l'UE sur le revenu et les conditions de vie) qui intègrent une question portant sur les limitations dans les tâches usuelles : « Etes-vous limité(e), depuis au moins 6 mois, à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement ? ». L'indicateur d'espérance de vie sans incapacité doit donc être compris comme l'espérance de vie sans limitation, depuis au moins 6 mois, dans les activités que les gens font habituellement, à cause d'un problème de santé.

[32] Néanmoins, en termes relatifs, la part de l'espérance de vie vécue sans incapacité a légèrement augmenté sur les dix dernières années, passant de 48 % à 51 % pour les hommes à 44 % et 45 % pour les femmes (cf. graphique 9).

[33] Une étude récente décompose les espérances vie avec et sans incapacité en années passées avant la retraite et après la retraite, calculant en particulier une espérance de vie en retraite sans incapacité. Chez la génération née en 1960, les femmes passeraient en moyenne six ans de plus à la retraite que les hommes, mais seulement quatre années de plus sans incapacité sévère. Les projections réalisées à l'aide du modèle Destinie montrent que ces deux différences devraient diminuer pour les générations suivantes.
Cf. Alexandre Cazenave-Lacroutz et Fanny Godet (2016), « L'espérance de vie en retraite sans incapacité sévère devrait être stable pour les générations nées entre 1960 et 1990 », dans *France Portrait social*, édition 2016, INSEE.

Graphique 9. Evolution de l'espérance de vie à 65 ans et partage entre espérance de vie sans incapacité (EVSI) et avec incapacité (EVI) entre 2004-2006 et 2014-2016



Champ : France, population âgée de 65 ans et plus vivant en domicile ordinaire
Source : Eurostat, enquête EU-SILC

Encadré : Les indicateurs d'espérance de vie sans incapacité (EVSI) : illustration d'une de leurs principales limites

Les indicateurs d'EVSI construits à partir de données de prévalence présentent une limite : ils ne permettent pas de distinguer l'évolution de la probabilité de connaitre une situation de perte d'autonomie (incidence) de l'évolution de la durée moyenne passée en perte d'autonomie (parmi les individus effectivement entrés en dépendance).

Cette distinction est importante dans une démarche prospective, que l'on pense aux effets d'une politique de prévention (qui pourrait éventuellement réduire la probabilité d'entrée en dépendance mais accroitre la durée passée en dépendance), aux évolutions des besoins et de la demande de prise en charge, ou encore au financement de celle-ci (distribution des RAC cumulés sur plusieurs années).

Considérons pour illustrer cette limite des indicateurs d'EVSI deux populations ayant la même espérance de vie à 65 ans (et pour simplifier une même espérance de vie, que la personne passe par une situation de perte d'autonomie ou pas) mais caractérisées par un risque d'entrer en dépendance (incidence) et une durée passée en dépendance différentes :

- Population 1 : EV à 65 ans = 20 ans ; probabilité d'entrée en dépendance à 75 ans = 20 % ; durée moyenne en dépendance de 5 ans.

- Population 2 : EV à 65 ans = 20 ans ; probabilité d'entrée en dépendance à 78 ans = 50 % ; durée moyenne en dépendance de 2 ans.

Ces deux populations seront caractérisées par une même espérance de vie sans incapacité à 65 ans, égale à 19 ans, alors que le risque dépendance est de nature très différente dans les deux cas :

comparée à la population 1, l'entrée en dépendance est beaucoup plus fréquente, mais implique une durée passée en dépendance beaucoup plus courte dans la population 2.

Cet exemple illustre les limites du suivi longitudinal de l'espérance de vie sans incapacité, dont la relative stabilité peut par exemple cacher des modifications profondes de la nature du risque dépendance. Une augmentation de la probabilité d'entrée en dépendance peut par exemple être compensée par une durée en dépendance plus courte.

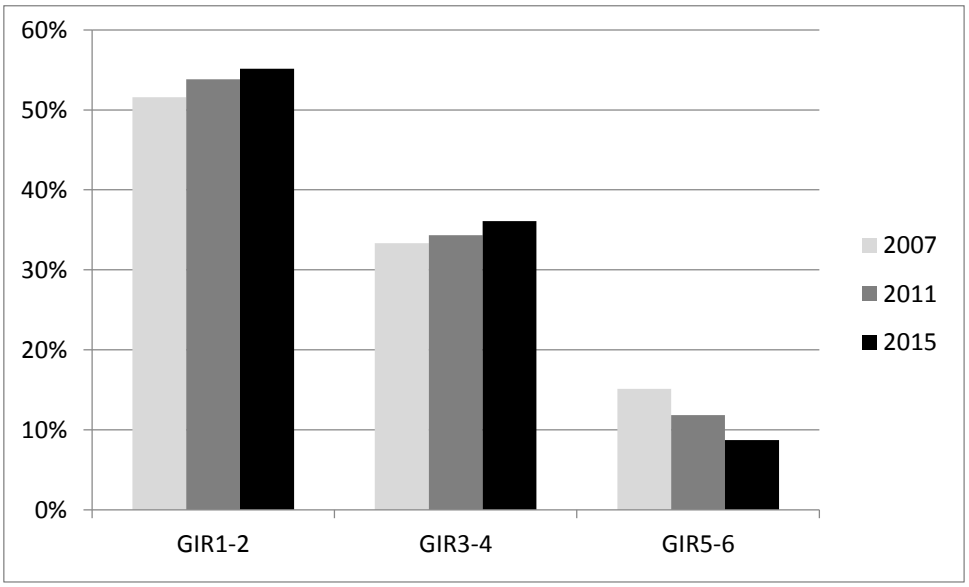
2) En établissement : une augmentation du niveau de perte d'autonomie

L'augmentation du besoin d'aide des résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées est fréquemment mise en avant par les professionnels du secteur.

Les données de l'enquête EHPA (DREES) confirment sans ambiguïté cette tendance (graphique 10). La proportion de GIR 5-6 a diminué de près de moitié entre 2007 et 2015 au profit des GIR 1-2 (+3 points de pourcentage) et des GIR 3-4 (+3 points de pourcentage). Les évolutions par classe d'âges sont les mêmes, ce qui indique que cette augmentation du niveau de perte d'autonomie n'est vraisemblablement pas due à un pur effet de vieillissement de la population résidente.

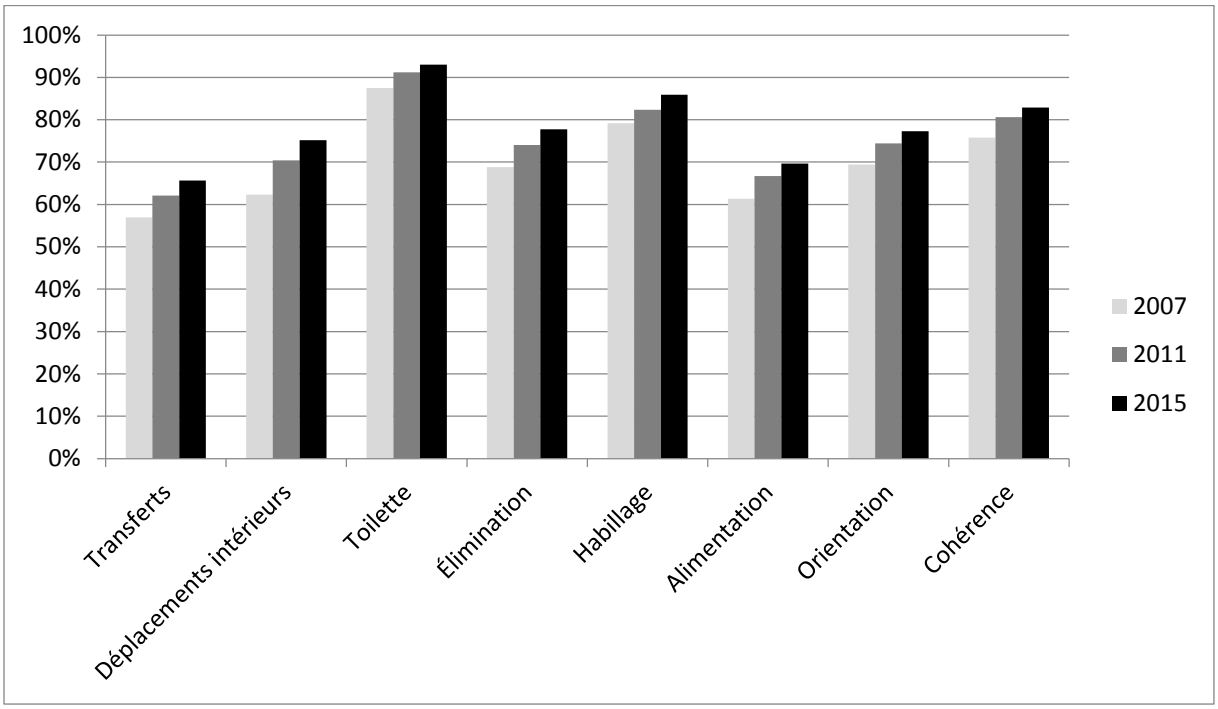
Le même constat se dessine au regard de la proportion de personnes ayant des restrictions d'activités partielles ou totales pour l'une ou l'autre des activités recensées dans l'enquête (graphique 11).

Graphique 10. Répartition des résidents en 2007, 2011 et 2015 selon le GIR



Champ : Établissements d'hébergement pour personnes âgées, hors logements-foyers
Source : enquête EHPA de la DREES, vagues 2007, 2011 et 2015.
Références : Muller M. (2015), « 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015 », Etudes et résultats, n°1015, DREES; Volant S. (2014), « 693 résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées en 2011 », », Etudes et résultats, n°899, DREES; Prévot J. (2009), « Les résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007 », », Etudes et résultats, n°699, DREES.

Graphique 11. Part des résidents confrontés, en 2007, 2011 et 2015, à une perte d'autonomie partielle ou totale selon le type d'activité



Champ : France, établissements d'hébergement pour personnes âgées, hors logements-foyers et centres d'accueil de jour.
Source : enquête EHPA de la DREES, vagues 2007, 2011 et 2015.
Références : Muller M. (2015), « 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015 », Etudes et résultats, n°1015, DREES; Volant S. (2014), « 693 résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées en 2011 », », Etudes et résultats, n°899, DREES; Prévot J. (2009), « Les résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007 », », Etudes et résultats, n°699, DREES.

Cette augmentation du niveau de perte d'autonomie parmi les résidents est à mettre en relation avec :

- une entrée plus tardive en établissement. En moyenne, l'entrée en établissement se faisait à 83 ans et 5 mois en 2007, 84 ans et 5 mois en 2011 et 85 ans et 2 mois en 2015[34].

- une réduction des entrées en GIR 5-6. Ils représentaient 17,4 % des entrées en 2011 contre 14,6 % en 2015. Cette réduction de l'entrée des individus « non dépendants » au sens de l'APA se traduit par une augmentation de la fréquence des entrées des GIR 3-4 (de 37,6 % en 2011 à 40,3 % en 2015). La proportion de GIR 1-2 à l'entrée est en revanche constante (45,1 % en 2011 et 2015).

On observe par ailleurs une durée de séjour en établissement parfaitement stable depuis 2007 : 2 ans et 6 mois, et ce malgré la hausse de l'âge et du niveau de dépendance des résidents. Si l'on se restreint aux séjours en EHPAD uniquement, on observe cependant en 2015 une augmentation de la durée médiane et des durées longues.

[34] S. Volant (2014), op. cit. ; M. Muller (2017), op. cit.

Tableau 4. Durées de séjour en EHPA, en 2007, 2011 et 2015

	Moyenne	Q1	Médiane	Q3
Ensemble (EHPAD, Logements-foyers, EHPA non-EHPAD, USLD)				
2007	2 ans et 6 mois	2 mois	1 an et 1 mois	3 ans et 8 mois
2011	2 ans et 6 mois	2 mois	1 an et 1 mois	3 ans et 8 mois
2015	2 ans et 6 mois	2 mois	1 an et 2 mois	3 ans et 8 mois
EHPAD uniquement				
2007	2 ans et 4 mois	2 mois	1 an	3 ans et 5 mois
2011	2 ans et 4 mois	2 mois	1 an	3 ans et 5 mois
2015	2 ans et 5 mois	2 mois	1 an et 2 mois	3 ans et 7 mois

Champ : France, établissements d'hébergement pour personnes âgées, hors centre d'accueil de jour.
Sources : DREES, enquête EHPA 2007, 2011 et 2015.
Références : Muller M. (2015), « 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015 », Etudes et résultats, n°1015, DREES; Volant S. (2014), « 693 résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées en 2011 », », Etudes et résultats, n°899, DREES; Prévot J. (2009), « Les résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007 », », Etudes et résultats, n°699, DREES.

D) CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES ET SOCIOECONOMIQUES DES BENEFICIAIRES DE L'APA

On présente ici les caractéristiques des bénéficiaires de l'APA collectées par la DREES: domicile ou établissement, âge, Gir, sexe, vie seul ou en couple, revenu.

Si le fait de vivre à domicile ou en établissement, l'âge, le Gir et le sexe sont recueillis annuellement par l'intermédiaire de l'enquête Aide sociale (DREES), ce qui permet de suivre leur évolution dans le temps, la dernière collecte relative aux autres caractéristiques (vit seul ou en couple et revenu) date de 2011. La prochaine vague de recueil de données exhaustives a été réalisé en 2018 sur les bénéficiaires de l'APA en 2017. Elle est en cours d'exploitation. Le recueil et l'analyse des informations collectées dans le cadre de l'évaluation multidimensionnelle, faite au moment d'une demande d'APA, permettrait également de disposer de données plus précises et plus récentes sur la situation, les caractéristiques et les besoins des bénéficiaires de l'APA et de leurs proches aidants.

Encadré : Des informations collectées sur les résidents plus précises au sein des établissements hors dotation globale

Deux tiers des résidents bénéficiaires de l'APA sont dans un établissement sous dotation globale et un tiers dans un établissement hors dotation globale (données DREES sur l'année 2016). Le sexe et l'âge des bénéficiaires de l'APA ne sont connus que pour les établissements hors dotation globale. Dans les chiffres présentés dans cette section, nous avons supposé que les distributions par sexe et âge étaient les mêmes que l'établissement soit ou non sous dotation globale. La distribution par GIR est quant à elle connue pour l'ensemble des établissements, même si des redressements relativement importants sont effectués par la DREES pour tenir compte des effectifs non renseignés par certains départements. L'information concernant les établissements sous dotation globale est issue des « coupes GIR », servant à déterminer le montant de la dotation, dont l'ancienneté n'est pas connue. Elle peut donc être plus ou moins éloignée de la distribution réelle par GIR des résidents au moment de l'enquête.

1) Age

S'il est possible de bénéficier de l'APA à partir de 60 ans, seuls un peu plus de 10 % des bénéficiaires sont âgés de 60 à 74 ans. Les bénéficiaires sont en majorité (plus de 50 %) âgés de 85 à 95 ans.

Sur la période 2008-2016, on observe un vieillissement de la population bénéficiaire de l'APA, que ce soit à domicile ou en établissement (tableau 5).

Tableau 5. Evolution de la structure par âge des bénéficiaires de l'APA, à domicile et en établissement, entre décembre 2008 et décembre 2016(1)

	60-64 ans	65-69 ans	70-74 ans	75-79 ans	80-84 ans	85 ans ou plus	Total
Domicile							
2008	2 %	4 %	9 %	17 %	26 %	42 %	100 %
2016	1 %	5 %	7 %	12 %	22 %	53 %	100 %
Etablissement							
2008	2 %	3 %	5 %	10 %	20 %	60 %	100 %
2016	1 %	3 %	4 %	7 %	14 %	70 %	100 %
Ensemble							
2008	2 %	4 %	7 %	15 %	24 %	49 %	100 %
2016	1 %	4 %	6 %	10 %	19 %	60 %	100 %

(1) Estimation incluant les établissements sous dotation globale, sous l'hypothèse que la distribution par âge des bénéficiaires de l'APA en établissement est la même au sein des établissements sous dotation globale qu'au sein des établissements hors dotation globale.

Champ : France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).
Sources : Enquête Aides Sociales, DREES

Les bénéficiaires de l'APA sont en moyenne plus âgés en établissement qu'à domicile (graphique 12).

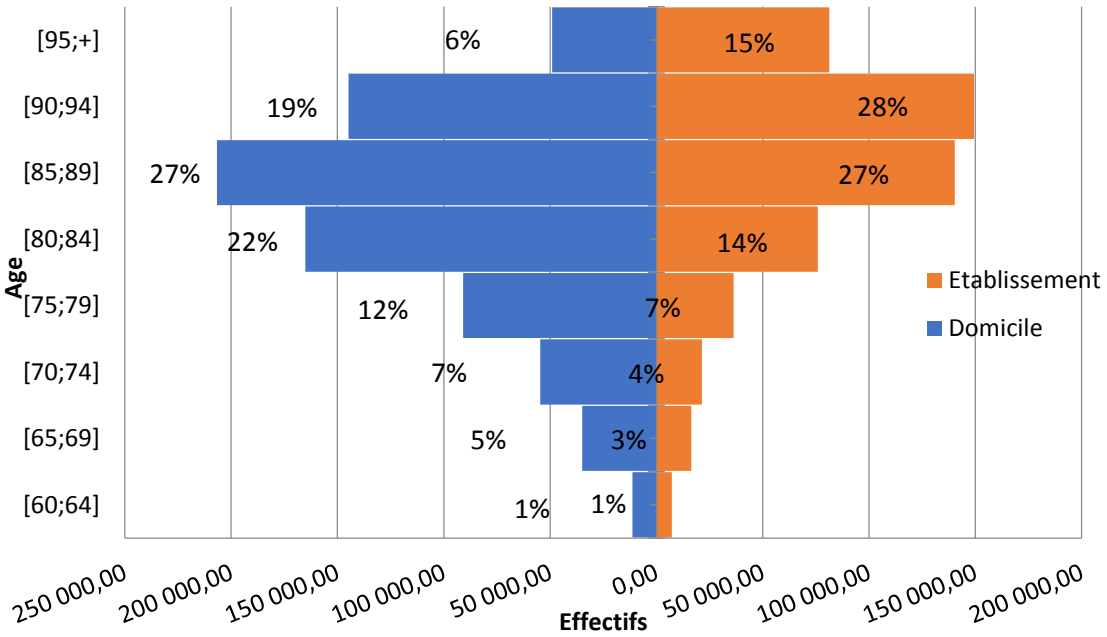
La proportion de bénéficiaires de l'APA vivant en établissement croît fortement avec l'âge, à partir de 75 ans, passant de 28 % à près de 55 % au-delà de 90 ans (graphique 13). Ce lien avec l'âge reflète en grande partie une association entre le lieu de prise en charge (domicile ou établissement) et le niveau de dépendance (cf. infra).

En revanche, le taux d'institutionnalisation des bénéficiaires de l'APA décroît avec l'âge entre 60 et 75 ans. Chez les plus jeunes bénéficiaires de l'APA, il est vrai peu nombreux, une proportion de près d'un tiers vit en établissement. Un taux de non recours à l'APA à domicile

plus important chez les personnes en perte d'autonomie de ces classes d'âges pourrait expliquer ce résultat.

Toutes choses égales par ailleurs, et à comportement inchangé en matière d'« institutionnalisation », l'évolution de la structure par âge de la population, en particulier la proportion d'individus âgés de 85 ans ou plus, affecterait donc de manière très significative à la hausse la propension des personnes âgées en perte d'autonomie à vivre en établissement.

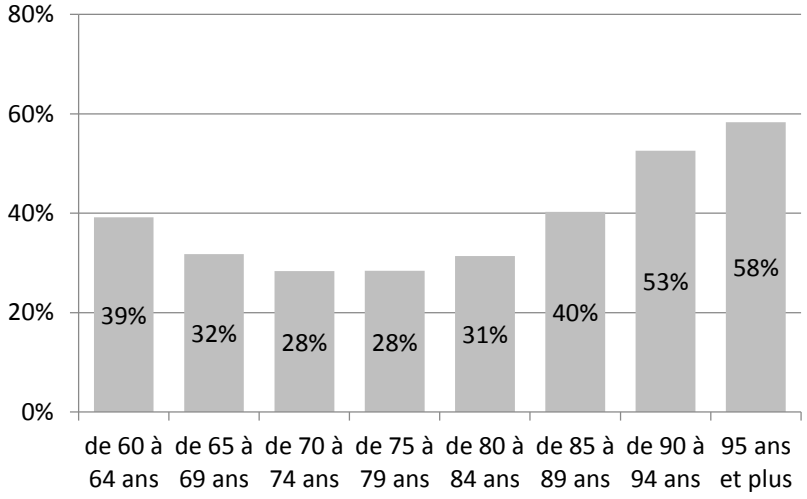
Graphique 12. Pyramide des âges des bénéficiaires de l'APA, à domicile et en établissement[(1)] (Décembre 2016)



(1) Estimation incluant les établissements sous dotation globale, sous l'hypothèse que la distribution par âge des bénéficiaires de l'APA en établissement est la même au sein des établissements sous dotation globale qu'au sein des établissements hors dotation globale.

Champ : France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).
Source : DREES, enquête Aide sociale 2016 ; INSEE, Estimations provisoires de population au 1er janvier 2017 (résultats arrêtés fin 2017).

Graphique 13. Proportion de bénéficiaires de l'APA vivant en établissement(1) parmi l'ensemble des bénéficiaires de l'APA, par classe d'âge (Décembre 2016)



(1) Estimation incluant les établissements sous dotation globale, sous l'hypothèse que la distribution par âge des bénéficiaires de l'APA en établissement est la même au sein des établissements sous dotation globale qu'au sein des établissements hors dotation globale.

Champ : France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).
Source : DREES, enquête Aide sociale 2016 ; INSEE, Estimations provisoires de population au 1er janvier 2017 (résultats arrêtés fin 2017).

2) Niveau de dépendance

Environ un tiers des bénéficiaires de l'APA en 2016 étaient en GIR 1-2, contre deux tiers en GIR 3-4 (tableau 6). La distribution par GIR des bénéficiaires de l'APA est constante sur la période 2008-2016[35], et ce malgré le vieillissement de la population des bénéficiaires.

Les bénéficiaires en établissement sont plus fréquemment en GIR 1-2 (59 %) que ceux à domicile (19 %).

Les bénéficiaires de l'APA en GIR 4 à domicile représentent près de 35 % de l'ensemble des bénéficiaires de l'APA.

L'entrée en établissement apparaît donc comme fortement associée au niveau de dépendance : si les GIR 4 ne sont que 22 % à vivre en établissement, ils sont 83 % parmi les GIR1 (graphique 14).

[35] En 2008 : % GIR1 = 9% ; % GIR2 = 27% ; % GIR3 = 20 % ; % GIR4 = 45 %

Tableau 6. Répartition par GIR des bénéficiaires de l'APA (à domicile et en établissement), en décembre 2016.

	Effectif			%		
	Dom.	**Etab.**	**Ensemble**	**Dom.**	**Etab.**	**Ensemble**
GIR1	17 966	86 433	104399	2 %	16 %	8 %
GIR2	125 571	225 092	350 663	17 %	43 %	27 %
GIR3	169 716	93 045	262 761	22 %	18 %	20 %
GIR4	444 131	123 507	567 638	59 %	23 %	44 %
Total	757 385	528 077	1 285 462	100 %	100 %	100 %

Note : Etablissements sous dotation globale inclus.

Champ : France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).
Sources : DREES, enquête Aide sociale 2016 ; INSEE, Estimations provisoires de population au 1er janvier 2017 (résultats arrêtés fin 2017).

Encadré : Les personnes classées en GIR 1 vivant à domicile

17% des allocataires du GIR 1, soit 18 000 en décembre 2016, vivent à domicile

Le GIR 1 regroupe soit les « *personnes confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants* », soit les « *personnes en fin de vie* ».

La proportion de GIR 1 vivant à domicile (parmi l'ensemble des bénéficiaires de l'APA en GIR 1) varie fortement d'un département à l'autre :

(i) elle croît significativement avec la proportion d'allocataires du minimum vieillesse (parmi les 60 ans ou plus) dans le département

(ii) elle décroit significativement avec le taux d'équipement en EHPAD du département.

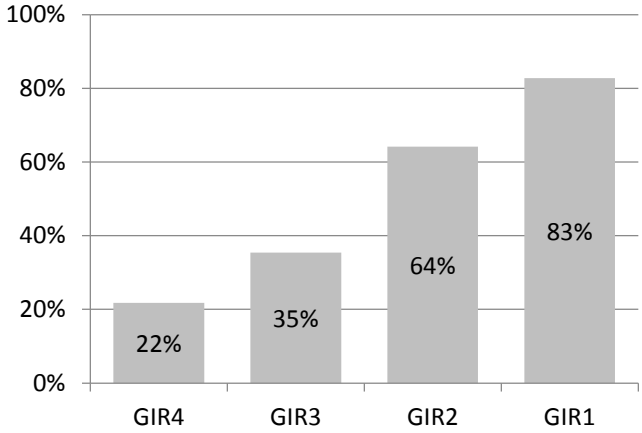
Ces deux résultats vont dans le sens d'une plus grande proportion de bénéficiaires de l'APA en GIR 1 à domicile dans les départements où l'accessibilité aux EHPAD est la plus contrainte (pour raisons financières et par manque de places)

On ne dispose pas d'études sur la durée de perception moyenne de l'APA à domicile par GIR.

On sait malgré tout, à partir des remontées individuelles APA 2006-2007 (DREES), que les GIR 1 représentaient 4 % des nouveaux bénéficiaires de l'APA à domicile en 2007, alors que les GIR 1 ne représentaient que 2 % de l'ensemble des bénéficiaires de l'APA à domicile observé au 31 décembre 2007. Cette plus grande proportion de bénéficiaires de l'APA en GIR 1 dans le flux d'entrées, comparée à celle observée dans le « stock », indique très certainement une durée moyenne de perception de l'APA à domicile en GIR 1 relativement courte, soit à cause d'une entrée rapide en EHPAD soit à cause d'un décès arrivant rapidement après l'entrée en GIR 1.

Les données individuelles APA 2006-2007 (DREES) montrent à ce titre que près de 30 % des bénéficiaires de l'APA en GIR 1 intègrent par la suite un EHPAD et que près de 70 % décèdent sans être passé par un EHPAD.

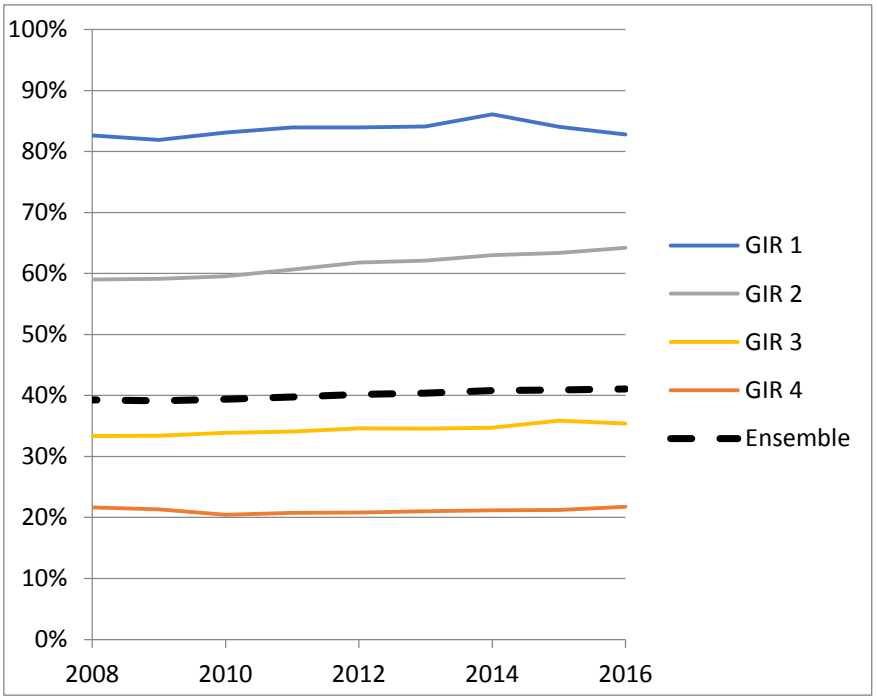
Graphique 14. Proportion de bénéficiaires de l'APA vivant en établissement parmi l'ensemble des bénéficiaires de l'APA, par GIR (Décembre 2016)



Champ : France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).
Sources : DREES, enquête Aide sociale 2016 ; INSEE, Estimations provisoires de population au 1er janvier 2017 (résultats arrêtés fin 2017).

Chez les allocataires en GIR 4, la proportion de bénéficiaires de l'APA résidant en établissement est relativement stable entre 2008 et 2016 (21 % en moyenne sur la période). Il est en revanche à la hausse chez les GIR3, et de manière plus prononcée chez les GIR 2. Chez les GIR 1, une diminution du taux d'institutionnalisation semble se dessiner depuis 2015. Les prochaines années permettront d'observer si cette tendance se confirme et d'évaluer dans quelle mesure les réformes de l'APA à domicile intervenues à partir de la loi ASV de 2015 contribuent à cette diminution.

Graphique 15. Proportion de bénéficiaires de l'APA vivant en établissement parmi l'ensemble des bénéficiaires de l'APA selon le Gir, entre 2008 et 2016



Champ : France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).
Sources : DREES, enquête Aide sociale 2016.

3) Sexe

Près des trois quarts des bénéficiaires sont des femmes.

La proportion de femmes est identique à domicile et en établissement ce qui implique un taux d'institutionnalisation identique entre les deux sexes (41 % en 2016) alors même que les hommes sont plus souvent en couple que les femmes (cf. infra).

Tableau 7. Répartition par sexe des bénéficiaires de l'APA, en décembre 2016.

	Effectif			%		
	Domicile.	**Etablissement.** (1)	**Ensemble** (1)	**Domicile.**	**Etablissement.** (1)	**Ensemble** (1)
Homme	208 365	144 273	352 637	28 %	27 %	27 %
Femme	549 020	383 804	932 624	72 %	73 %	73 %
Total	757 385	528 077	1 285 462	100 %	100 %	100 %

(1) Estimation incluant les établissements sous dotation globale, sous l'hypothèse que la distribution par sexe des bénéficiaires de l'APA en établissement est la même au sein des établissements sous dotation globale qu'au sein des établissements hors dotation globale.

Champ : France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).
Sources : DREES, enquête Aide sociale 2016 ; INSEE, Estimations provisoires de population au 1er janvier 2017 (résultats arrêtés fin 2017).

Une comparaison avec 2008 montre cependant une augmentation importante, de 6 points de pourcentage, de la proportion d'hommes bénéficiaires de l'APA vivant en établissement (2008 : 35 % ; 2016 : 41 %). Chez les femmes, le taux et parfaitement stable (41 % en 2008 et 2016).

4) Vie seul ou en couple

Un quart des bénéficiaires de l'APA en 2011 vivaient en couple. L'écart d'espérance de vie entre hommes et femmes impliquant un risque de veuvage plus important chez les femmes que chez les hommes, la proportion de femmes en couple est très inférieure à celle des hommes (19% contre 47%).

Les bénéficiaires de l'APA en établissement sont près de deux fois moins souvent en couple que ceux à domicile, aussi bien chez les femmes que chez les hommes.

Tableau 8. Répartition des bénéficiaires de l'APA selon qu'ils vivent ou non en couple, en 2011

	Domicile			Etablissement			Ensemble		
	H	F	Ens.	H	F	Ens.	H	F	Ens.
Seul	40 %	75 %	66 %	72 %	89 %	85 %	53 %	81 %	74 %
En couple	60 %	25 %	34 %	28 %	11 %	15 %	47 %	19 %	26 %
Total	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Champ : France métropolitaine, bénéficiaires de l'APA à domicile et établissement en fin d'année 2011.
Source : DREES, Données individuelles APA et ASH de 2011.

Le fait d'être en couple a deux conséquences majeures.

a) Il réduit de moitié la probabilité d'être pris en charge en établissement

47 % des personnes âgées en perte d'autonomie seules sont en établissement contre 23 % parmi celles en couple (Tableau 9). L'augmentation attendue de la proportion de personnes âgées en perte d'autonomie en couple (analysée au tome II) devrait donc toutes choses égales par ailleurs réduire la proportion d'individus vivant en établissement.

L'effet est cependant différent entre hommes et femmes. Chez les individus en couple, aucune différence homme/femme n'est observable au regard du taux d'institutionnalisation. En revanche, parmi les personnes âgées en perte d'autonomie ne vivant pas en couple, les hommes vivent plus fréquemment en établissement que les femmes. L'étude de Désesquelles et Brouard (2003)[36], menées à partir des données de l'enquête Handicap Incapacité Dépendance (HID, INSEE) confirme l'absence de différence significative entre hommes et femmes vivant en couple et le plus faible taux d'insitutionnalisation des femmes seules comparé aux hommes seules. Selon les auteurs, « les femmes, traditionnellement habituées à prendre en charge les tâches ménagères, font sans doute mieux face à la solitude que les hommes ».

[36] Aline Désesquelles et Nicolas Brouard (2003), *op. cit.*

Tableau 9. Proportion de bénéficiaires de l'APA vivant en établissement parmi l'ensemble des bénéficiaires de l'APA, selon que l'individu est ou non en couple (2011)

	Hommes	Femmes	Ensemble
Seul	54 %	45 %	47 %
En couple	24 %	23 %	23 %
Ensemble	41 %	41%	41 %

Lecture : 41 % des hommes bénéficiaires de l'APA vivent en établissement. Ils sont 54 % à vivre en établissement quand ils ne sont pas en couple, contre 24 % quand ils sont en couple.
Champ : France métropolitaine, bénéficiaires de l'APA à domicile et établissement en fin d'année 2011.
Source : DREES, Données individuelles APA et ASH de 2011.

b) Il est pris en compte dans la détermination des plans d'aide à domicile.

On ne dispose pas de données mesurant directement cette prise en compte. Mais le fait que le taux de saturation des plafonds soit nettement plus fort pour les allocataires isolés est un élément pertinent confirmant cette prise en compte.

5) Revenus

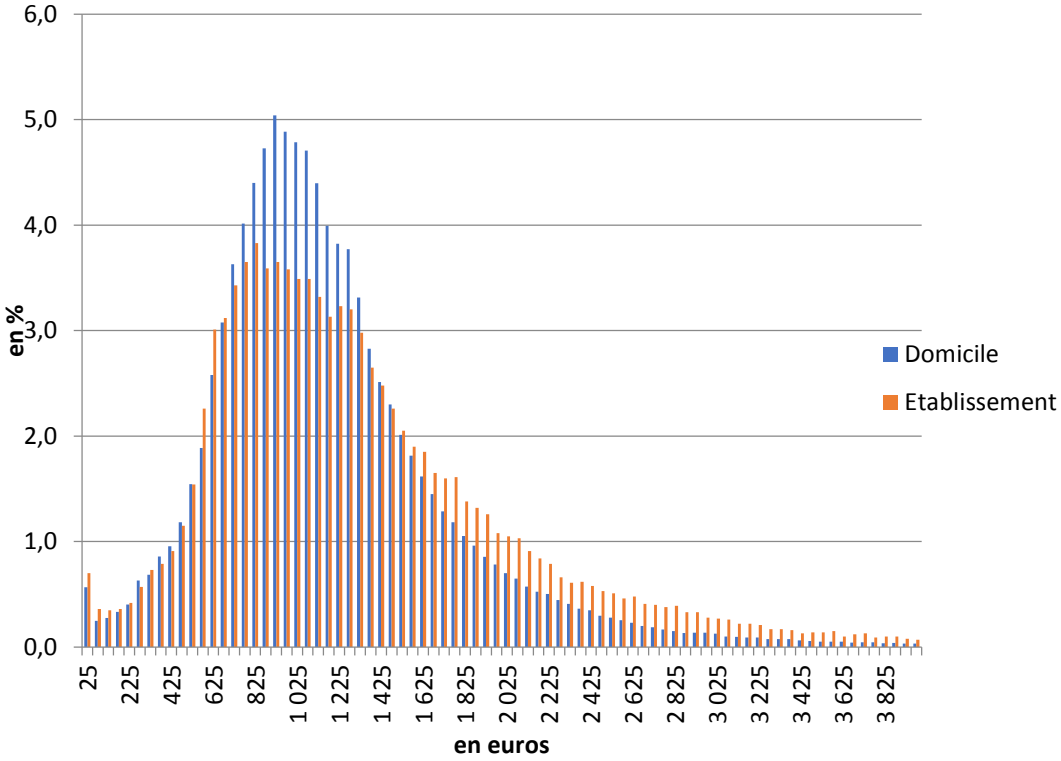
a) Niveaux de revenu

En 2011[37], le revenu mensuel moyen des bénéficiaires de l'APA était de 1 275€/mois[38]. Les bénéficiaires de l'APA ont en moyenne des ressources mensuelles plus élevées en établissement (1 372€/mois) qu'à domicile (1 208€/mois).

Les données qui suivent portent sur l'assiette APA de l'allocataire : ses revenus propres s'il vit seul, 59% des revenus du couple s'il vit en couple.

[37] Les données administratives collectées annuellement et de manière agrégée par la DREES auprès des conseils départementaux ne permettent pas de disposer d'informations sur le revenu des bénéficiaires de l'APA. On se réfère donc ici aux données issues de l'enquête « remontées individuelles APA et ASH de 2011 ».
[38] A domicile, les ressources mensuelles moyennes des bénéficiaires de l'APA ont augmenté de 16,2 % en euros courants entre 2007 et 2011, soit plus rapidement que le montant brut des pensions de retraite (Bérardier, 2014). Sur cette même période, les prix à la consommation (hors tabac) ont augmenté de 6 %. Les données RI2017, collectées en 2018, permettront de vérifier la tendance à l'augmentation des ressources des bénéficiaires de l'APA.

Graphique 16. Distribution des ressources mensuelles des bénéficiaires de l'APA, à domicile et en institution, en 2011



Champ : France métropolitaine, bénéficiaires de l'APA à domicile et établissement en fin d'année 2011.
Source : DREES, Données individuelles APA et ASH de 2011.

Tableau 10. Ressources mensuelles au sens de l'APA (en euros) des bénéficiaires de l'APA, en 2011

	Domicile			Etablissement		
	Hommes	**Femmes**	**Ensemble**	**Hommes**	**Femmes**	**Ensemble**
1er quartile	867	810	825	790	832	821
Médiane	1152	1062	1085	1194	1172	1177
3ème quartile	1543	1384	1428	1754	1654	1679
Moyenne	1301	1174	1208	1408	1360	1372

Champ : France métropolitaine, bénéficiaires de l'APA à domicile et établissement en fin d'année 2011.
Source : DREES, Données individuelles APA et ASH de 2011.

Le fait d'observer des revenus plus élevés chez les bénéficiaires de l'APA en établissement résulte d'un taux d'institutionnalisation majoritairement croissant avec le revenu (graphique 17). Parmi les individus disposant d'un revenu mensuel (au sens de l'APA) de moins de 1000 euros, près de 34 % vivent en établissement. Ceux disposant d'un revenu supérieur à 2800 euros par mois résident en établissement à près de 60 %.

Compte tenu de l'importance des restes-à-charge en EHPAD, il est vraisemblable que le revenu mensuel soit un déterminant majeur de l'accès à une prise en charge en établissement :

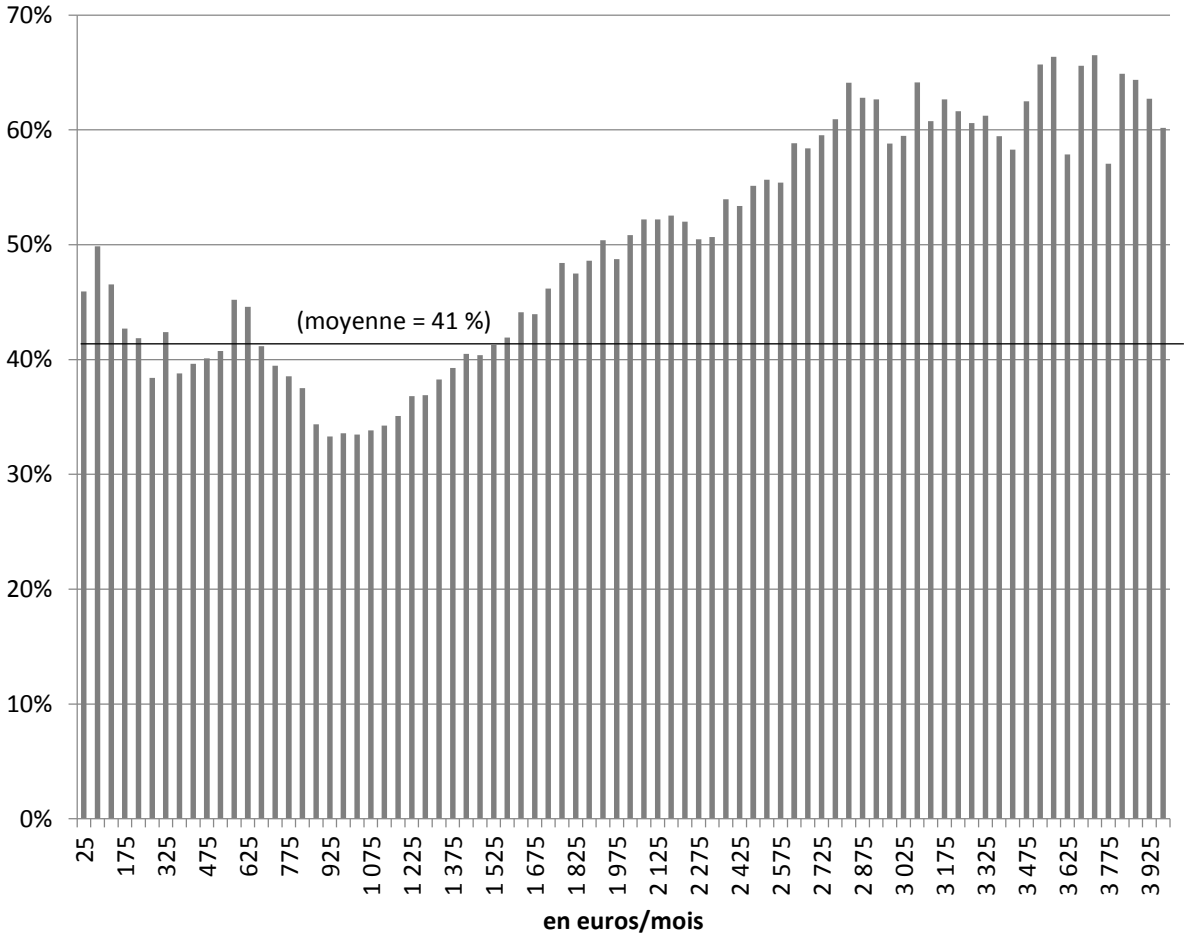
sauf à avoir recours à l'ASH, les ménages modestes pourraient renoncer à une entrée en EHPAD pour des raisons financières.

Par contre le recours à l'ASH pourrait expliquer le taux d'institutionnalisation plus élevé observé chez les individus ayant un revenu inférieur ou proche du minimum vieillesse qui, en intégrant un établissement, sont éligibles à l'ASH.

Le non-recours à l'APA à domicile, que l'on peut supposer plus important chez les individus les plus aisés pourrait cependant expliquer la croissance du taux d'institutionnalisation avec le revenu que l'on observe lorsque l'on restreint l'analyse aux seuls bénéficiaires de l'APA. On touche ici à une limite précédemment évoquée sur le fait d'assimiler les personnes âgées en perte d'autonomie aux seuls bénéficiaires de l'APA. En ne tenant pas compte des personnes âgées en perte d'autonomie n'ayant pas recours à l'APA, sans doute plus nombreux parmi les personnes aisées, on surestime le taux d'institutionnalisation au sein de la sous population aisée. Les enquêtes en population générale, intégrant donc les non bénéficiaires de l'APA, mettent en effet en évidence une relation négative entre revenu et propension à vivre en établissement[39]. Il convient donc d'être prudent dans l'interprétation du lien statistique entre revenu et lieu de vie chez les seuls bénéficiaires de l'APA. Des études spécifiques plus précises tenant compte du non-recours à l'APA sont nécessaires.

39 Laferrère, A., Van den Heede, A., Van den Bosch, K., & Geerts, J. (2013), "Entry into institutional care: predictors and alternatives". In: Börsch-Supan, A., Brandt, M., Litwin, H., & Weber, G. (Eds.). Active ageing and solidarity between generations in Europe: First results from SHARE after the economic crisis. Berlin: De Gruyter, pp. 253-264.
Delbès C., Gaymy J. (2005), « Qui vit en institution ? », Gérontologie et société, 112, p.13-24

Graphique 17. Proportion de bénéficiaires de l'APA vivant en établissement parmi l'ensemble des bénéficiaires de l'APA, selon les ressources mensuelles (au sens de l'APA), en 2011



Champ : France métropolitaine, bénéficiaires de l'APA à domicile et établissement en fin d'année 2011.
Source : DREES, Données individuelles APA et ASH de 2011.

b) Evolution

Les données agrégées collectées annuellement par la DREES auprès des Conseils départementaux ne permettent pas de suivre dans le temps l'évolution des ressources de l'ensemble des bénéficiaires de l'APA (à domicile et en institution). Seules les données collectées au niveau de chaque bénéficiaire le permettent, mais celles-ci datent de 2007 et 2011.

Sur cette période, on observe une augmentation des ressources moyennes des bénéficiaires de l'APA à domicile.

L'augmentation des pensions de retraite observée depuis près de 10 ans (DREES, les retraités et les retraites, 2018) favoriserait donc toutes choses égales par ailleurs un recours accru aux établissements. Néanmoins, compte de tenu de l'augmentation concomitante des tarifs en EHPAD, et des incertitudes sur l'évolution des autres ressources dont disposent les personnes âgées (revenus du patrimoine en particulier), il est difficile de mesurer l'évolution de l'accessibilité financière aux établissements.

L'écart entre le reste à charge et le revenu laisse présager un recours important :

- au patrimoine du résident pour financer les frais d'hébergement. Même si on ne dispose pas de données précises sur ce point, la baisse prononcée du nombre de propriétaires de leur logement après 70 ans est un indicateur pertinent.

- à l'aide monétaire des enfants des résidents.

6) Patrimoine des personnes âgées

On reprend ici les éléments d'un précédent rapport du Conseil de l'Age[40].

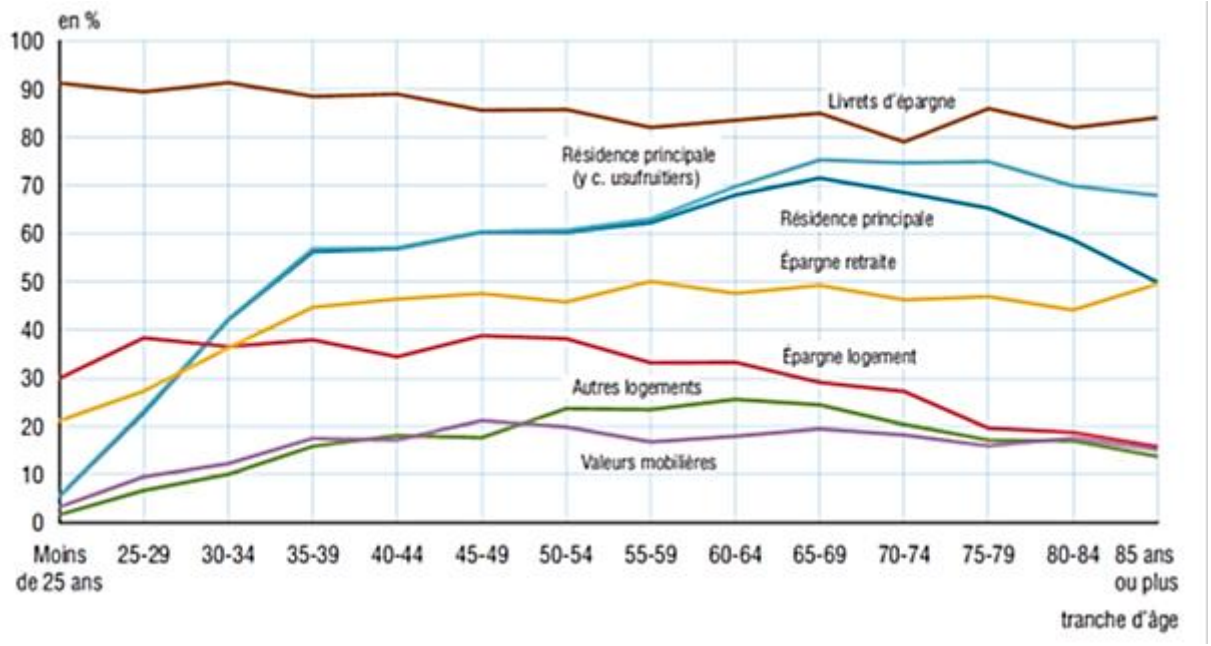
Selon l'enquête Patrimoine 2014-2015 (INSEE), près de 71 % des ménages dont la personne de référence est âgée de 60 ans ou plus et résidant en logements ordinaires[41] sont propriétaires de leur résidence principale. La proportion de propriétaires diminue cependant avec l'âge à partir de 65-69 ans pour atteindre 50 % chez les individus de 85 ans ou plus. 20 % des ménages dont la personne de référence à plus de 60 ans sont, généralement en plus de leur résidence principale, propriétaire d'un autre bien immobilier (résidence secondaire, logement donné en location, logement vacant, etc.). Le taux de détention est également décroissant avec l'âge. Par ailleurs, en termes de montant, l'immobilier est l'actif principal de la majorité des ménages. Ainsi en 2015, les biens immobiliers représentent en moyenne 61 % du patrimoine brut des ménages, et pour la moitié des ménages qui détiennent un patrimoine, l'immobilier représente plus de 80 % du patrimoine brut total[42].

[40] Rapport annexe de la Commission de travail sur le recours aux financements privés dans la couverture de la perte d'autonomie, adopté le 1er décembre 2017 par le Conseil de l'Age.

[41] Sont en particulier exclus du champ les personnes âgées résidant en EHPAD, dont on sait qu'elles sont dans une proportion beaucoup plus faible propriétaire d'un bien immobilier.

[42] A. Ferrante, D. Guillas et R. Solotareff (2016), « Entre 2010 et 2015, les inégalités de patrimoine se réduisent légèrement », INSEE Première, 1621, INSEE.

Graphique 18. Taux de détention des actifs patrimoniaux selon l'âge en 2015



Lecture : 90% des ménages dont la personne de référence a entre 25 et 29 ans détiennent un livret d'épargne
Champ : France métropolitaine, ménages ordinaires.
Sources : INSEE, enquête Patrimoine 2014-2015 ; Accardo, J., R. Coppoletta-Solotareff, A. Ferrante et M. Romani (2016), « La détention d'actifs patrimoniaux début 2015 », dans Les revenus et le patrimoine des ménages (coordination : A. Boiron et J. Labarthe), INSEE Référence, Edition 2016.

Sans disposer d'analyse très fine sur le patrimoine des personnes âgées résidentes en EHPAD, on estime qu'environ un quart d'entre elles sont encore propriétaires d'un logement principal (sans qu'on sache s'il est occupé par un conjoint).

7) Isolement relationnel des personnes âgées en perte d'autonomie

a) Isolement familial

74 % des bénéficiaires de l'APA sont sans conjoint (66 % parmi ceux à domicile et 85 % parmi ceux en établissement).

Les données issues de l'enquête HID menée par l'INSEE en 1998-1999 permettent de compléter la description de la composition familiale des personnes âgées en général et de celles en situation de perte d'autonomie en particulier. A âge comparable, les personnes vivant en établissement ont en moyenne moins d'enfants, moins de petits-enfants et moins de frères et sœurs[43].

[43] Désesquelles et Brouard (2003), *op. cit*.

Tableau 11. Nombre moyens d'enfants, de petits-enfants et de frères et sœurs des personnes âgées de 60 ans ou plus en 1998-1999 – tiré de Désesquelle et Brouard (2003)

	Nombre moyen d'enfants		Nombre moyen de petits-enfants		Nombre moyens de frères et soeurs	
	Dom.	Etab.	Dom.	Etab.	Dom.	Etab.
60-69 ans	2.3	0.9	5.6	1.8	2.4	1.9
70-79 ans	2.4	1.3	6.7	2.9	1.7	1.4
80-89 ans	2.2	1.6	6.6	4.1	1.1	0.8
90 ans ou plus	1.7	1.3	5.8	3.7	0.6	0.4
Ensemble des 60 ans ou plus	2.3	1.4	6.2	3.5	1.9	0.9

Champ : Ensemble des personnes de 60 ans ou plus, en situation ou non de perte d'autonomie.
Source : INSEE, enquête HID 1998-1999.

Tableau 12. Situation familiale des personnes de 60 ans ou plus selon le mode d'hébergement (répartition en %) en 1998-1999 – tiré de Désesquelle et Brouard (2003)

	Sans conjoint, sans enfant	Sans conjoint avec enfant	En couple sans enfant	En couple avec enfant
En ménage ordinaire	8	27	5	60
En établissement *(après standardisation*)*	35	57	2	6

* Standardisation sur le répartition par âge et par sexe des personnes vivant en ménage ordinaire.

Champ : Ensemble des personnes de 60 ans ou plus, en situation ou non de perte d'autonomie.
Source : INSEE, enquête HID 1998-1999.

Cette moindre « densité familiale » chez les allocataires vivant en établissement se traduit de manière attendue par un isolement familial plus important, sans que l'on puisse clairement identifier si cet isolement familial est la cause ou la conséquence de la vie en établissement.

En mesurant l'isolement familial par l'absence de famille ou l'absence de contact avec la famille, 7 % des 60 ans et plus étaient isolés en 1998-1999. La proportion de personnes isolées est en moyenne plus importante chez ceux vivant en établissement ; chez ceux vivant à domicile, elle est croissante avec l'âge. En établissement, le lien entre l'âge et l'isolement est différent : on note une part importante (plus d'un tiers) de personnes isolées chez les plus jeunes (60-69 ans), chez qui l'isolement social pourrait être un déterminant important de l'entrée en établissement.

A âge et configuration familiale donnés, le nombre de contacts avec la famille est significativement plus faible chez ceux en situation de perte d'autonomie, avec un effet plus marqué quand la perte d'autonomie est liée à des limitations cognitives plutôt que physiques.

Tableau 13. Proportion de personnes isolées(1) selon l'âge et le mode d'hébergement en 1998-1999 – tiré de Désesquelle et Brouard (2003)

	Domicile	Etablissement	Ensemble
60-69 ans	4 %	37 %	5 %
70-79 ans	8 %	27 %	9 %
80-89 ans	11 %	23 %	12 %
90 ans ou plus	10 %	27 %	16 %
Ensemble des 60 ans ou plus	7 %	27 %	7 %

(1) Personnes n'ayant pas de famille et personnes ayant une famille avec laquelle elles n'ont pas de contacts.

Champ : Ensemble des personnes de 60 ans ou plus, en situation ou non de perte d'autonomie.
Source : INSEE, enquête HID 1998-1999.

b) Isolement social

L'Observatoire de la Fondation de France estime pour l'année 2016 à 5 millions le nombre de personnes en situation objective d'isolement, c'est-à-dire ne rencontrant jamais physiquement ou de manière très épisodique (quelques fois dans l'année ou moins souvent) un membre de la famille, un ami, un voisin, un collègue de travail ou d'activités associatives. La faible fréquence des contacts laisse supposer que ces personnes sont en situation de vulnérabilité psycho-social. Il convient cependant de souligner que l'indicateur d'isolement relationnel retenu par la Fondation de France ne tient pas compte des relations au sein de ménage.

Dans son rapport de 2014, la Fondation de France pointait la surreprésentation des personnes isolées chez les personnes de 75 ans et plus, qui représentent 27 % des personnes de cette classe d'âge, contre près de 10 % sur l'ensemble de la population. Parmi les personnes de 75 ans et plus :

- 50 % n'ont plus véritablement de réseau amical actif ;
- 41 % n'ont pas de contact avec leurs enfants ;
- 52 % n'ont pas de relations avec leur voisin.

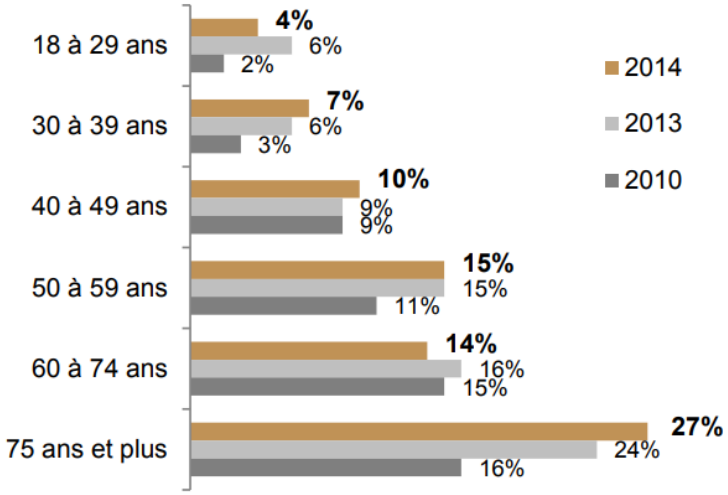
Sont également pointés, chez les personnes de 75 ans et plus, l'affaiblissement entre 2010 et 2014 des réseaux de sociabilité et la plus grande proportion de personnes en situation d'isolement dans les villes.

Enfin, le handicap ou la perte d'autonomie sont cités dans 10 % des cas comme à l'origine de la solitude, et ce d'autant plus, lorsque les personnes sont confrontées à la pauvreté et à la précarité[44].

[44] Fondation de France (2014), « Les Solitudes en France ».

Inversement, on sait également que l'isolement et la solitude fragilisent les personnes et sont des facteurs de risque importants de perte d'autonomie. La question de la prévention et de la lutte contre l'isolement (y compris celle de la fracture numérique) mérite en ce sens une attention particulière.

Graphique 19. Proportion de personnes en situation d'isolement selon l'âge (tiré de La Fondation de France, 2014)

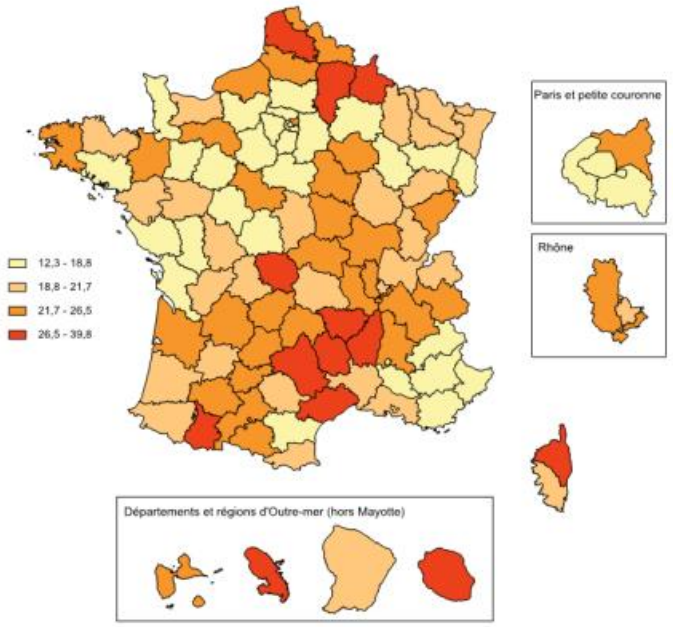


Echantillon : 4007 personnes représentatives de la population française de 18 ans et plus (en 2014)..
Source : Fondation de France (2014), « Les Solitudes en France ».

E) LOCALISATION GEOGRAPHIQUE DES BENEFICIAIRES DE L'APA

La part des bénéficiaires de l'APA parmi les personnes de 75 ans ou plus varie fortement selon les départements. Elle est de 21 % en France en moyenne (hors Mayotte).

Figure 1. Taux de bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile ou en établissement en décembre 2016 (en % de la population des 75 ans et plus)



Champ : France, hors Mayotte –
Source : Drees, enquête Aide sociale 2016 ; Insee, estimations provisoires de population au 1er janvier 2017. Indicateurs sociaux départementaux (ISD) PA-03

Au sein des bénéficiaires de l'APA, la variation du lieu de vie par département est aussi importante. Le taux de bénéficiaires est de 12 % en moyenne pour l'APA à domicile et de 9% en moyenne pour l'APA en établissement (figure 2).

Figure 2. Taux de bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) en décembre 2016 (en % de la population des 75 ans et plus), selon le lieu de vie

A domicile **En établissement**

Champ : France, hors Mayotte.
Source : Drees, enquête Aide sociale 2016 ; Insee, estimations provisoires de population au 1er janvier 2017. Indicateurs sociaux départementaux (ISD) PA-03

F) LIEUX DE VIE

1) Répartition par lieux de vie

Les données d'aide sociale sur l'APA permettent de distinguer les bénéficiaires qui relèvent de l'APA à domicile de ceux qui relèvent de l'APA en établissement.

757 385 personnes (soit 59 % des bénéficiaires de l'APA) relèvent de l'APA à domicile, incluant les personnes résidant à leur domicile, au domicile d'un proche, en accueil familial ou en résidences collectives (résidences services ou résidences autonomie).

On ne dispose pas d'information plus précise sur la manière dont se partage cet effectif entre les différentes formes d'hébergement. Tout indique malgré tout que le domicile ordinaire reste, et de loin, le lieu de vie le plus fréquent. Les résidences collectives (résidences autonomie et résidences services) et les habitats inclusifs représenteraient aux alentours de 155 000 personnes[45], dont une proportion importante de personnes non bénéficiaires de l'APA. Par ailleurs, lorsqu'elles vivent en domicile ordinaire, les personnes âgées de 85 ans et plus (bénéficiaires ou non de l'APA) sont 57 % à vivre seules, 29% en couple et 14 % avec des proches autre que le conjoint.

528 077 personnes (soit 41% des bénéficiaires de l'APA) relèvent de l'APA en établissement, incluant les personnes résidant en EHPAD ou USLD.

[45] Cf. estimation approximative section B du III

Encadré - Les accueils familiaux et cohabitations seniors ou intergénérationnels : d'autres formes d'accompagnement des personnes âgées

L'accueil familial, prend appui sur la loi du 10 juillet 1989, rénovée par la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 et permet l'accueil par des particuliers, à leur domicile, à titre onéreux, de personnes âgées ou handicapées adultes[46]. Ce type d'habitat reste encore aujourd'hui marginal. D'après une enquête sur l'accueil familial de personnes âgées ou handicapées adultes, menée par l'IFREPms, auprès de 96 Départements, il y aurait environ 9 742 accueillants familiaux agréés fin 2013 (17 % d'entre eux pouvant accueillir exclusivement des personnes âgées, 59 % d'entre eux pouvant accueillir indifféremment des personnes âgées ou handicapées), ayant en moyenne 1,89 places. A cette même date, l'IFREP recense environ 7 000 personnes âgées accueillies (46 % de l'ensemble des personnes accueillies). Cette étude révèle un taux d'occupation moyen de 80 % (avec des disparités importantes selon les régions).

L'accueil semble peiner à se développer en raison sans doute d'un manque d'attractivité de la profession et / ou de réticences des personnes âgées ou de leur proches à choisir ce type de prise en charge.

Les colocations ou cohabitations seniors : de plus en plus de seniors engagent des colocations entre seniors, en dehors de toute structure formelle ou dans le cadre d'un réseau associatif tel que Cocon3s.

La cohabitation intergénérationnelle, voit un retraité, propriétaire ou locataire, louer ou sous-louer une partie de son bien à un jeune, pour un loyer très modéré, voire nul, en échange de sa présence régulière et de menus services rendus dans la vie quotidienne. Des associations, fédérées au sein du réseau COSI[47] pour la plupart d'entre elles, mettent en relation les jeunes et les personnes retraitées.

Dans sa feuille de route « Grand âge et autonomie » de mai 2018, la ministre des Solidarités et de la Santé, Agnès Buzyn, a annoncé le développement de l'habitat intergénérationnel. La loi du 23 novembre 2018 portant évolution du logement, de l'aménagement et du numérique (ELAN) contient en son article 117 des dispositions visant à encadrer juridiquement cette forme d'habitat (conditions d'âge, contenu du contrat de cohabitation intergénérationnelle solidaire, élaboration d'une charte nationale).

[46] L'agrément en qualité d'accueil familial de personnes âgées ou handicapées est délivré par le Conseil départemental pour l'accueil d'1, 2 ou 3 personnes (4 en cas de dérogation accordée par le président du Conseil départemental pour l'accueil d'un couple). L'accueillant doit justifier de conditions d'accueil permettant d'assurer la santé, la sécurité, le bien-être physique et moral des personnes accueillies et disposer d'un logement dont l'état, les dimensions et l'environnement sont compatibles avec les contraintes liées à l'âge ou au handicap des personnes accueillies. Les accueillants familiaux bénéficient d'une formation initiale et continue. L'agrément est octroyé pour une durée de 5 ans renouvelable.

[47] Le Réseau CoSI (COhabitation solidaire intergénérationnelle) fédère une trentaine de structures en France métropolitaine et dans les DOM TOM (associations, CCAS, SCIC, maisons de l'habitat, points ou bureaux d'information jeunesse…). 1 100 jeunes et seniors s'engagent chaque année. Le réseau a été lauréat du label « la France s'engage » en 2014. http://reseau-cosi.com.

2) Nombre de résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées

a) Effectifs

Dans cette section, qui s'appuie sur les données de l'enquête EHPA de la DREES, seront qualifiées comme vivant en établissement les personnes résidant en EHPAD, en EHPA non EHPAD, en USLD et en résidences autonomie. Ne sont en revanche pas comptabilisées les personnes vivant en résidences services (environ 45 000 personnes).

En 2015, on comptait près de 728 000 résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées, bénéficiaires ou non de l'APA[48].

Les personnes de 75 ans et plus représentent 88 % de cette population (tableau 14).

Le nombre de résidents a augmenté de 83 930 (+13 %) entre 2003 et 2015 soit une augmentation annuelle moyenne de 6 994 personnes (+1 % par an en moyenne).

Tableau 14. Nombres de résidents

	2003	2007	2011	2015
Nombre de résidents	644 000	656 741	692 980	727 930
Dont 75 ans ou plus	540 700 (84 %)	562 190 (86 %)	604 080 (87 %)	639 450 (88 %)

Source : enquête EHPA.

Les 728 000 résidents se répartissent de la manière suivante (fin 2015) [49] :

- 585 580 en EHPAD ;
- 101 880 en résidences autonomie (ex Logements-foyers) ;
- 7 700 en EHPA non EHPAD ;
- 32790 en USLD.

Hors logements-foyers, on notera que le nombre de résidents en 2015 est nettement supérieur au nombre de résidents ciblé dans le rapport Le Bouler de 2006 (tableau 15).

Tableau 15. Nombre de résidents par GIR en 2015 (logements-foyers exclus)

	GIR 1-2	GIR 3-4	GIR 5-6	Total
Enquête EHPA (observé)	345 364	226 031	54 655	626 050
Rapport le Bouler (ciblé)	284 800	173 600	57 200	515 600

Sources : enquête EHPA et 2ème rapport de la mission Le Bouler (2006).

[48] Muller M. (2017), « 728 000 résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées en 2015 », Etudes et résultats, n°1015, DREES.
[49] Muller M. (2017), *op. cit.*

b) Proportion de personnes âgées résidant en établissement

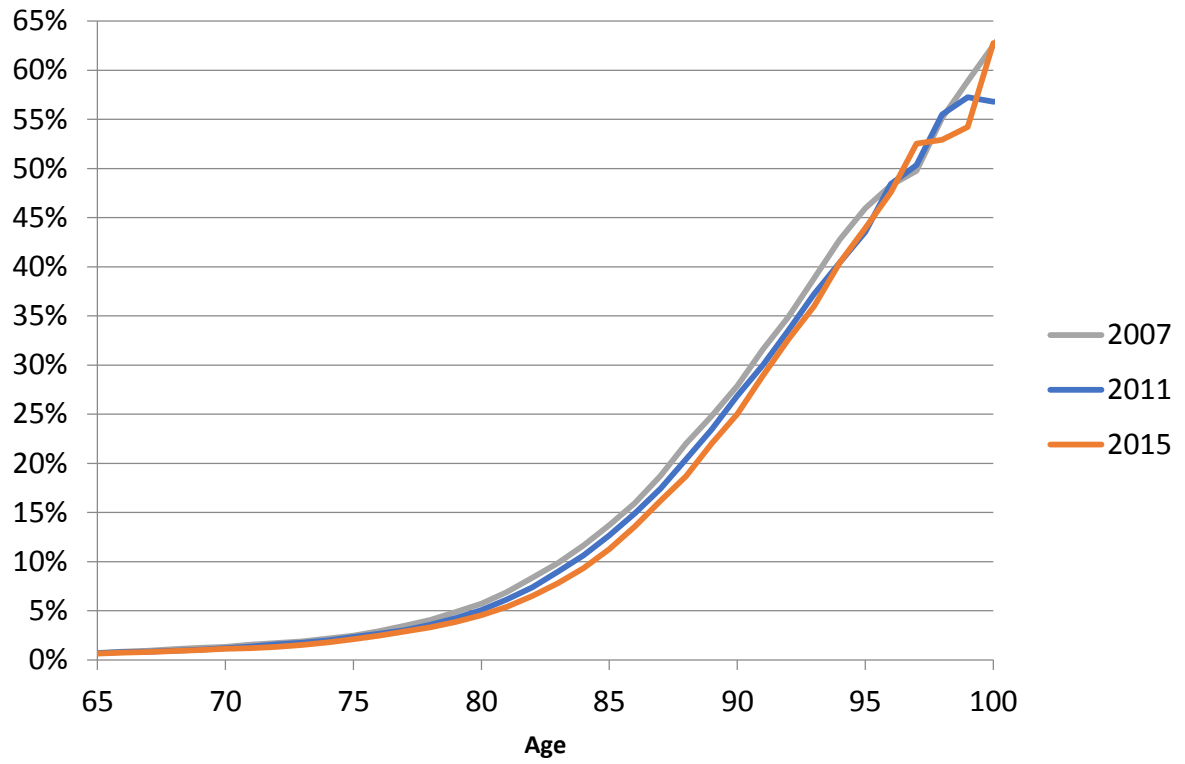
La proportion de personnes âgées de 75 ans et plus vivant en EHPA est quasiment constante entre 2007 et 2015, passant de 10,5 % en 2007 à 10,7 % en 2015.

Cette relative stabilité résulte de deux effets contraires :

- un vieillissement de la population qui, compte tenu de l'augmentation du taux de résidence en établissement avec l'âge, devrait toutes choses égales par ailleurs accroitre la proportion de personnes âgées résidant en établissement chez les 75 ans et plus ;

- une tendance à la diminution, depuis 10 ans, des taux d'institutionnalisation à âge donné (graphique 20), excepté au-delà de 97 ans, où les effectifs sont sans doute trop faibles pour identifier une tendance. Par exemple, 14 % des personnes âgées de 85 ans vivaient en institution en 2007 contre 11 % en 2015.

Graphique 20. Proportion de personnes âgées résidant en établissement, par âge



Sources : DREES (enquête EHPA) et INSEE (état civil et recensement).

Sur l'ensemble de la période, l'hypothèse était faite dans le rapport Le Bouler (2006) d'une stabilisation de la proportion de personnes âgées résidant en établissement des personnes très dépendantes (GIR 1 et 2) et d'une diminution de la proportion de personnes âgées résidant en établissement pour les personnes moyennement dépendantes (GIR 3 et 4)[50], particulièrement

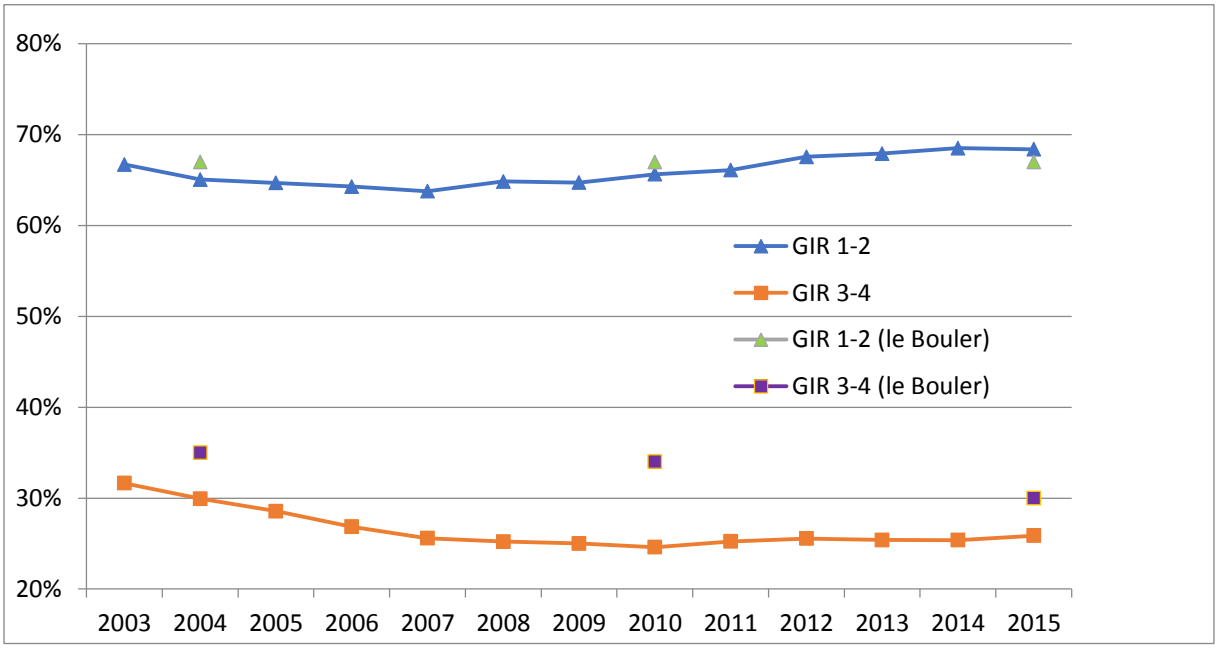
[50] Le rapport présente d'autres scenarios d'évolution des taux d'institutionnalisation, en particulier des scenarios de plus grande fréquentation des établissements (scénarios 4 et 5). Un autre scenario, de « Benchmark », est fondé sur l'hypothèse que le nombre de places évolue de manière parallèle à la population des personnes âgées de 75 ans ou plus dépendantes d'une part, et non dépendantes d'autre part. Ce scenario correspond à une hypothèse de taux de résidence à domicile ou en établissement constant pour ces deux catégories.

pour les personnes isolées (tableau 12 ci-dessus)[51]. Ces évolutions supposaient une politique de soutien à domicile renforcée pour les personnes âgées moyennement dépendantes.

La comparaison avec les proportions de personnes âgées résidant en établissement observés sur la période montre que (graphique 21) :

- pour les GIR 1 et 2 : l'hypothèse de stabilisation de la proportion de personnes âgées résidant en établissement n'est pas vérifiée. Une fois la montée en charge de l'APA terminée, on observe une légère augmentation ;
- pour les GIR 3 et 4 : l'hypothèse de diminution de la proportion de personnes âgées résidant en établissement n'est pas vérifiée. Une fois la montée en charge de l'APA terminée, on observe une stabilisation de la proportion de personnes âgées résidant en établissement.

Graphique 21. Proportion de personnes âgées résidant en établissement par GIR.



Sources : séries longues APA, 2002-2010 et enquête Aide Sociale 2011 à 2016.

c) Proportion de bénéficiaires de l'APA vivant en établissement

Le taux d'institutionnalisation est traditionnellement calculé en rapportant le nombre de résidents en établissement à l'ensemble de la population âgée, selon les conventions, de 60 ans et plus, ou de 75 ans et plus. La population de référence intègre donc des personnes âgées non confrontées à une situation de perte d'autonomie et n'ayant donc pas vocation, en théorie, à vivre en établissement d'hébergement pour personnes âgées (du moins en EHPAD).

[51] On rappelle ici que dans d'autres exercices de projection des personnes âgées en perte d'autonomie, comme celui réalisé par la DREES, le taux d'institutionnalisation est supposé constant par GIR.

La tendance à la diminution, à âge donné, du taux d'institutionnalisation (cf. graphique 12) pourrait en particulier s'expliquer par une diminution de la prévalence, à âge donné, de la perte d'autonomie.

Pour mesurer l'évolution de la propension des personnes âgées en perte d'autonomie à vivre en établissement, il est dès lors utile de se focaliser uniquement sur la population âgée en perte d'autonomie, en se référant à la population des bénéficiaires de l'APA.

En décembre 2016, 757 385 bénéficiaires de l'APA (59 %) vivaient à domicile contre 528 077 (41 %) en établissement.

La proportion des bénéficiaires de l'APA résidant en établissement suit une légère tendance à la hausse depuis 2008 passant de 39 % à cette date à 41 % depuis 2016 (données DREES). Mais cette augmentation de 2 points de pourcentage du taux d'institutionnalisation parmi les bénéficiaires de l'APA s'explique entièrement par le vieillissement de cette population : en standardisant la structure par âge de la population des bénéficiaires de l'APA en 2016 sur celle observée en 2008, aucune évolution du taux d'institutionnalisation des bénéficiaires de l'APA n'est à noter sur la période 2008-2016.

Dit autrement, le taux d'institutionnalisation par âge chez les bénéficiaires de l'APA est resté constant sur la période 2008-2016.

La diminution du taux d'institutionnalisation par âge observée ces 10 dernières années chez les 60 ans et plus ne s'explique donc pas par une moindre propension des bénéficiaires de l'APA à résider en établissement (à âge donné), mais vraisemblablement par une diminution générale de la prévalence par âge de la perte d'autonomie et /ou par une diminution du taux d'institutionnalisation des personnes hors APA (GIR 5 et 6).

3) Déterminants socioéconomiques connus du mode d'hébergement des personnes âgées dépendantes

a) A partir des données d'aide sociale, chez les bénéficiaires de l'APA

La comparaison des caractéristiques des bénéficiaires de l'APA suivant qu'ils vivent à domicile ou en établissement montre que le taux d'institutionnalisation des personnes âgées en perte d'autonomie croît avec :

- l'âge (à partir de 75 ans) ;

- le degré de perte d'autonomie ;

- le fait d'être sans conjoint (particulièrement pour les hommes) ;

- le revenu mensuel (il est néanmoins possible que le moindre recours à l'APA à domicile chez les personnes aisées conduise à surestimer le poids de la variable revenu comme déterminant de l'entrée en établissement).

Ces différentes relations sont détaillées *supra* au D.

b) A partir de données d'enquête

Si les données d'enquête (HID 1998-1999 et HS 2008) confirment le rôle majeur joué par l'état de santé et le niveau de perte d'autonomie dans le fait de vivre en établissement plutôt qu'à domicile, elles confirment également le rôle de l'entourage familial[52].

Le fait d'être en couple réduit significativement la probabilité de vivre en établissement, avec un effet « protecteur » qui s'estompe cependant avec l'âge, vraisemblablement lié au fait que le conjoint est de moins en moins à même de jouer le rôle d'aidant avec l'avancée en âge.

L'étendue du réseau familial (nombre d'enfants, nombre de petits-enfants, nombre de frères et sœurs), et donc le potentiel d'aide informelle, joue également un rôle majeur : « *Les personnes âgées de 60 ans ou plus résidant en institution ont en moyenne un réseau familial plus réduit que les personnes du même groupe d'âge vivant en ménage ordinaire* »[53].

Les données d'enquête montrent également que la probabilité de vivre en établissement croît avec l'âge, à niveau de perte d'autonomie et entourage familial donné.

A notre connaissance, aucune étude à partir de données d'enquête ne permet de préciser le lien entre mode d'hébergement et niveau de vie. On ne peut donc pas confirmer ou infirmer le lien positif entre revenu et probabilité de vivre en établissement que l'on observe chez les bénéficiaires de l'APA à partir des données d'aide sociale.

Compte tenu de leur association avec le mode d'hébergement, l'évolution des caractéristiques socioéconomiques au sein de la population âgée conduira, toutes choses égales par ailleurs, à des évolutions significatives de partage domicile/établissement parmi les personnes âgées en perte d'autonomie.

4) Durée de séjour en établissement d'hébergement et parcours résidentiel des personnes âgées (EHPA)

a) Durée de séjour

La durée de séjour en établissement était de 2 ans et 6 mois en moyenne en 2015[54]. La dispersion de cette durée est forte : un quart des résidents sortis sur la période seront restés moins de 2 mois et un quart plus de 3 ans et 8 mois (tableau 16).

[52] Aline Désesquelles et Nicolas Brouard (2003), « Le réseau familial des personnes âgées de 60 ans ou plus vivant à domicile ou en institution », Population, n°48, p. 201-227 ; Gérard Bouvier, Liliane Lincot et Chantal Rebiscoul (2011), « Vivre à domicile ou en institution : effets d'âge, de santé, mais aussi d'entourage familial », dans France - portrait social, INSEE.

[53] Désesquelles et Brouard (2003), *op. cit*.

[54] Muller (2017), « 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015 », Etudes et résultats, n°1015, DREES.

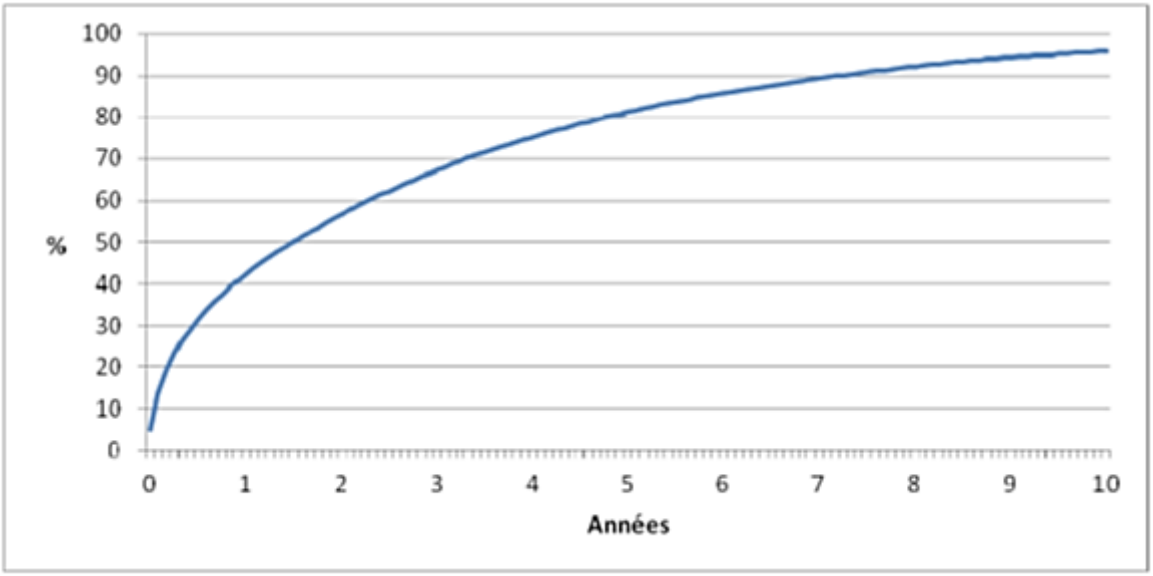
Tableau 16. Durées de séjour en EHPA, en 2015

	Moyenne	Q1	Médiane	Q3
Ensemble (EHPAD, Logements-foyers, EHPA non-EHPAD, USLD)	2 ans et 6 mois	2 mois	1 an et 2 mois	3 ans et 8 mois
EHPAD uniquement	2 ans et 5 mois	2 mois	1 an et 2 mois	3 ans et 7 mois

Champ : France, établissements d'hébergement pour personnes âgées, hors centre d'accueil de jour.
Source : DREES, enquête EHPA 2015.
Références : Muller M. (2015), « 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015 », Etudes et résultats, n°1015, DREES.

Ces données intègrent cependant les durées de séjour relatives aux hébergements temporaires. L'enquête EHPA montre que parmi les 179 000 individus[55] en hébergement permanent ayant quitté un EHPAD en 2011[56], la durée de séjour médiane était de 1,5 an. Cette durée varie de nouveau considérablement d'un individu à l'autre. Si elle est inférieure à 1 an pour près de 40 % des individus, elle est supérieure à 7 ans pour près 10 % (graphique 22).

Graphique 22. Fonction de répartition des durées de séjour en EHPAD (hébergements permanents uniquement) en 2011 (tiré de Fizzala, 2017)



Lecture: 75% des séjours dans un même EHPAD durent moins de 4 ans. Les séjours ayant une durée supérieure à 10 ans représentent moins de 5% des séjours.
Champ : France – Séjours en hébergement permanent en EHPAD terminés en 2011.
Source : DREES, enquête EHPA 2011.

[55] Individus non nécessairement bénéficiaires de l'APA.
[56] Fizzala (2017), « Les durées de séjour en EHPAD », Les dossiers de la DREES, n°15, DREES.

b) Les parcours

Selon les données collectées sur les parcours des résidents en 2011, 82 % des sorties d'un EHPAD correspondent à un décès, 8 % à un retour au domicile et 10 % à un transfert vers un autre EHPAD ou un établissement de santé.

Seul un parcours sur deux (47 %) correspond à une arrivée du résident depuis son domicile (ou celui d'un proche) et à une sortie due à un décès. Les parcours des résidents intègrent fréquemment avant ou après le passage dans l'EHPAD le passage dans un autre EHPAD ou un service de santé (SSR, unité de court séjour).

Concernant le parcours le plus fréquent (domicile-EHPAD-décès), la durée moyenne de séjour dans un EHPAD était en 2011 de 2,6 ans.

Tableau 17. Répartition des situations antérieures et des types de sortie parmi les résidents ayant quitté un EHPAD en 2011 (tiré de Fizzala, 2017)

Type d'hébergement antérieur à l'entrée en établissement	Type de sortie			
	Décès	Domicile privé ou d'un proche	EHPAD*	Total
Domicile privé ou d'un proche	47	5	5	58
EHPAD*	7	0	1	8
Service de soins de suite et de réadaptation d'un établissement de santé (ex moyen séjour)	16	1	2	19
Unité de court séjour (médecine, chirurgie)	12	1	2	15
Total	82	8	10	100

*Dans le questionnaire EHPA 2011, l'intitulé de la question présente la modalité « maison de retraite » à la place de « EHPAD ». La grande majorité des maisons de retraite étant à présent des EHPAD, nous avons opté pour la dénomination EHPAD afin de simplifier la présentation des résultats.

Lecture : 47% des séjours terminés en 2011 concernaient des résidents provenant de leur domicile ou d'un proche et se sont achevés par le décès du résident.
Champ : France – Séjours en hébergement permanent en EHPAD terminés en 2011.
Source : DREES, enquête EHPA 2011.

II) ETAT DE SANTE DES PERSONNES AGEES

La question de l'état de santé des personnes au-delà de 65 ans est une donnée cruciale pour le système de santé, en termes de satisfaction des besoins, de qualité de la prise en charge, d'adaptation des organisations des soins.

Si on se focalise sur la santé au-delà de 65 ans et sur les maladies liées au vieillissement, ce n'est pas pour dresser une image d'ensemble d'un vieillissement en mauvaise santé ou accréditer l'idée d'un « fardeau » mais pour tenter d'objectiver ce que signifie un tel phénomène, en termes qualitatifs et quantitatifs.

La question du vieillissement est de fait très présente dans les débats et les discours sur la transformation de notre système de santé. Au-delà des constats, il s'agira cependant d'analyser dans quelle mesure cette transformation prend véritablement en compte ces problématiques, pour partie spécifiques et pour parties révélatrices de difficultés plus globales.

A) SANTE PERÇUE ET CAUSES DE MORBIDITE DES PERSONNES AGEES

Avec l'âge, la santé perçue se dégrade. Si plus des deux-tiers des personnes de 15 ans ou plus vivant en France se déclarent en bonne ou très bonne santé, seulement moins d'un tiers des 75-84 ans et environ un quart des personnes âgées de 85 ans ou plus se déclarent en bonne ou en très bonne santé (données de l'enquête SILC 2013 - Eurostat[57]).

L'allongement de la vie va de pair avec une augmentation des maladies chroniques et des incapacités qu'elles entraînent : 56% des 65-74 ans et 70% des 85 ans et plus déclarent souffrir d'une maladie ou d'un problème de santé chronique (contre globalement un tiers de la population de 15 ans ou plus – SILC 2013).

Avec l'avancée en âge, la prévalence des maladies neuro-cardiovasculaires, des tumeurs malignes, des pathologies ostéo-articulaires et du diabète, augmente. En dehors des handicaps sensoriels (problèmes de vision et de surdité – cf. encadré) et des problèmes dentaires très fréquents à ces âges, ces groupes de pathologies constituent l'essentiel des problèmes de santé chronique des personnes âgées. On note également que les problèmes respiratoires sont un motif fréquent d'hospitalisation.

[57] Données de l'enquête européenne SILC : http://ec.europa.eu/eurostat/data/database

Encadré : Accidents vasculaires cérébraux

Les accidents vasculaires cérébraux (AVC) recouvrent un ensemble de syndromes se manifestant par l'apparition brutale d'un déficit neurologique dû à des lésions cérébrales d'origine vasculaire. Ce sont des pathologies graves, handicapantes et fréquentes.

En France, les AVC représentent la première cause de handicap moteur non traumatique de l'adulte, la deuxième cause de démence derrière la maladie d'Alzheimer et la première cause de mortalité chez les femmes (la troisième chez les hommes). La prévalence des séquelles d'AVC dans la population française a été estimée à 0,8%.

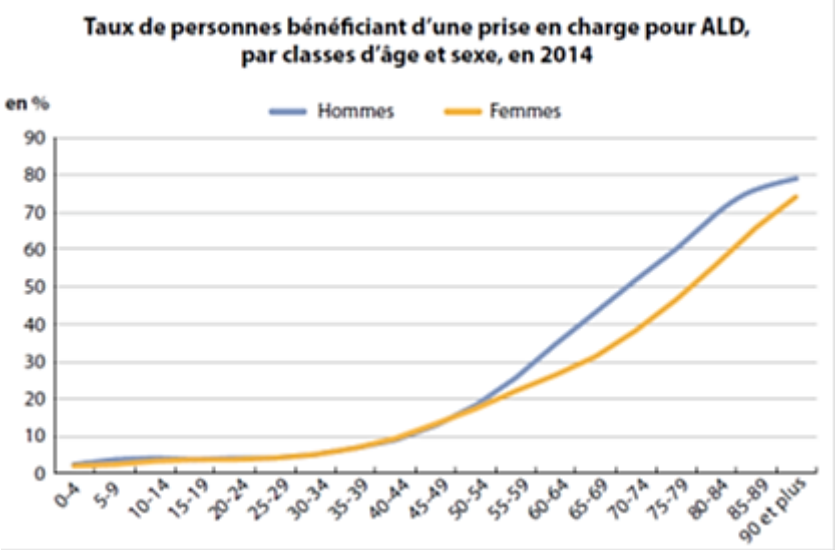
L'impact sur les activités de la vie quotidienne (AVQ) est fréquent : il concerne près de la moitié des personnes avec séquelles, cette proportion s'élevant à 9 sur 10 pour celles qui étaient en institution : les personnes avec séquelles d'AVC étaient 11,1% à résider en institution, dont 86,8% avec des difficultés pour au moins une AVQ. (De Peretti, 2012[58]).

D'après les données de l'assurance maladie à partir des regroupements opérés à partir de la connaissance des affections de longue durée (ALD), des motifs d'hospitalisation ou causes de morbidité renseignées dans le PMSI, ainsi que des consommations médicamenteuses individuelles, les deux pathologies (facteurs de risques) traitées le plus fréquemment à 60-74 ans et à 75 ans ou plus sont l'hypertension et l'hyperlipidémie.

A partir de 75 ans, c'est plus de 66% des personnes qui sont traitées pour hypertension artérielle et 39% pour hyperlipidémie. Viennent ensuite les problèmes d'anxiété, de sommeil ou de dépression (23% des personnes de 75 ans ou plus sont traitées par anxiolytiques ou hypnotiques et près de 16% sont sous antidépresseurs). Le diabète est également une pathologie fréquente (14% des personnes de 75 ans reçoivent un traitement pour cette pathologie). Entre les 60-74 ans et les 75 ans ou plus, la prévalence des maladies cardiaques et vasculaires fait un bond. Au total, 29% des personnes âgées de 75 ans ou plus sont traitées pour une pathologie cardiovasculaire.

[58] Christine de Peretti *et al*. Prévalence des accidents vasculaires cérébraux et de leurs séquelles et impact sur les activités de la vie quotidienne : apports des enquêtes déclaratives Handicap‑santé‑ménages et Handicap‑santé‑institution, 2008-2009. BEH, janvier 2012.

Graphique 22. Affections de longue durée



Source : CNAMTS – Point de repère n°46 – juin 2016.

Au-delà de 75 ans, la polypathologie est un phénomène fréquent. Elle évolue en effet de façon marquée avec l'âge.

L'étude des polypathologies[59] est un « classique » des rapports Charges et produits de la CNAMTS. Elle est à nouveau traitée dans le rapport pour 201960. « Définie comme la présence simultanée de plusieurs pathologies61 chez le même individu, [la polypathologie] s'est imposée depuis quelques années comme un défi majeur, un nombre croissant de personnes étant dans cette situation, nécessitant des prises en charge d'une complexité également croissante.

En 2016, elle concerne au moins 1 personne sur 5 à partir de 65 ans et au moins 1 personne sur 3 à partir de 85 ans. Les hommes sont plus fréquemment atteints de plusieurs pathologies que les femmes, ce qui est particulièrement notable à partir de 65 ans.

Le profil de pathologies et de polypathologie évolue en fonction de l'âge : avant 45 ans, les principales pathologies identifiées concernent le domaine de la santé mentale ; entre 45 et 85 ans, le « diabète » et la « maladie coronaire » représentent une part importante de la polypathologie ; enfin, à partir de 85 ans, la « démence » et l'« insuffisance cardiaque » font partie des pathologies le plus souvent présentes. Les « maladies respiratoires chroniques » sont présentes pour tous les âges, aussi bien chez les hommes que chez les femmes polypathologiques. Il existe cependant des spécificités selon le sexe. Chez les femmes, les

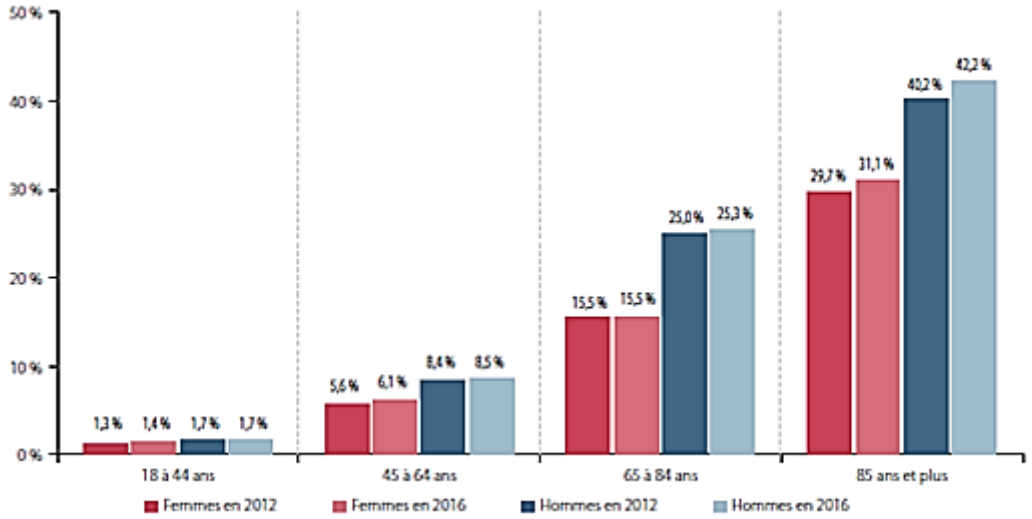
[59] Comme le précise la CNAMTS, « Il faut bien distinguer la notion de polypathologie où l'on appréhende l'intégralité du profil de pathologies d'une personne, sans considérer de pathologie index, à celle de comorbidité, qui désigne toute situation clinique se surajoutant à une pathologie index étudiée. En cela, la notion de polypathologie est plus centrée sur la personne elle-même. Il est maintenant établi que la polypathologie est associée à la fois à l'état de santé et à la mortalité mais également à l'utilisation de services de soins et aux dépenses de santé. »

[60] https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/rapport-charges-et-produits-2019-web.pdf

[61] « La polypathologie a été définie comme la présence simultanée d'au moins deux pathologies (parmi la liste préétablie) chez le même individu, conformément à la majorité des études dans ce domaine à l'échelle internationale. Ainsi, la polypathologie couvre une importante diversité de situations cliniques : deux pathologies identifiées chez une même personne pouvant ne pas avoir de lien direct (comme la démence et les maladies respiratoires chroniques), être la conséquence l'une de l'autre (comme la maladie coronaire et l'insuffisance cardiaque), ou appartenir au même ensemble nosologique (comme dans le cas précédent ou pour les pathologies psychiatriques). » (idem)

« maladies psychiatriques » restent fréquentes après 45 ans et les « démences » figurent parmi les associations les plus fréquentes après 85 ans. Chez les hommes, le poids des « pathologies cardiovasculaires » et du « diabète » est prédominant dès 45 ans et persiste fortement avec l'âge.

Graphique 23. Fréquence de la polypathologie et évolution entre 2012 et 2016, selon l'âge et le sexe



Champ : régime général – France entière.
Source : CNAM (cartographie – version de juillet 2018).

Tableau 18. Nombre de pathologies identifiées (parmi la liste préétablie) à partir de 65 ans, selon le sexe, en 2016

	Femmes de 65 à 84 ans		Hommes de 65 à 84 ans		Femmes de 85 ans ou plus		Hommes de 85 ans ou plus	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
Pas de pathologie	2 297 078	55,5	1 357 036	42,4	328 656	34,9	94 491	24,9
1 pathologie	1 200 041	29,0	1 030 547	32,2	319 980	34,0	125 020	33,0
2 pathologies	438 804	10,6	504 116	15,8	179 842	19,1	88 578	23,3
3 pathologies	143 000	3,5	200 825	6,3	76 013	8,1	44 503	11,7
4 pathologies ou plus	61 527	1,5	104 889	3,3	36 364	3,9	26 877	7,1
Ensemble	**4 140 450**	**100**	**3 197 413**	**100**	**940 855**	**100**	**379 469**	**100**

Champ : régime général – France entière.
Source : CNAM (cartographie – version de juillet 2018).

B) SANTE FONCTIONNELLE : INCAPACITES ET DEPENDANCE

Le vieillissement n'a pas le même impact si l'on vieillit en bonne santé ou avec des incapacités.

Les incapacités sont souvent concentrées en fin de vie et concernent davantage les femmes du fait de leur longévité**.**

Les limitations fonctionnelles sont l'ensemble des difficultés fonctionnelles à se déplacer, monter un escalier, voir, entendre, mastiquer... Certaines peuvent être compensées, plus ou

moins complètement, par des aides techniques qui visent à en réduire leur retentissement sur la vie quotidienne.

Les restrictions d'activité représentent les difficultés effectivement rencontrées, compte tenu des aides disponibles et des aménagements de l'environnement, pour la réalisation des activités, notamment des activités de la vie quotidienne (se nourrir, se laver, se déplacer à l'extérieur...). Aux âges élevés, les situations de forte dépendance conjuguent limitations physiques absolues et troubles cognitifs graves alors qu'avant 60 ans, seule la moitié des personnes fortement dépendantes présentent des troubles cognitifs graves.

Encadré : Troubles visuels et auditifs et difficultés liées à la mastication[62]

Les atteintes sensorielles sont fréquentes chez les personnes âgées.

Parmi les troubles de la vision, la cataracte est la première cause de baisse de l'acuité visuelle. La rétinopathie diabétique, la dégénérescence maculaire liée à l'âge et le glaucome sont à l'origine de la plupart des cécités. Ces pathologies résultent souvent d'une carence de dépistage et de traitement précoce.

Parmi les atteintes de l'audition, la presbyacousie, qui est l'altération des facultés d'audition liée à l'âge, reste la cause la plus fréquente de surdité pour l'adulte de plus de 50 ans. Elle aboutit à un isolement de la personne âgée préjudiciable aux activités sociales ou familiales. Cette pathologie contribue au vieillissement général de l'individu et peut favoriser les états dépressifs. L'altération de l'audition est également à l'origine d'accidents. Ces troubles peuvent en partie être prévenus par la diminution de l'exposition régulière à des bruits de grande intensité en milieu de travail et lors des loisirs.

Aux troubles visuels et auditifs, il faut ajouter les difficultés de mastication, qui augmentent sensiblement avec l'âge.

Pour les personnes vivant à domicile, les limitations fonctionnelles concernent moins de 5% de la population avant 40 ans et augmentent avec l'âge (Graphique 24 – données de l'enquête HSM, 2008 in *Rapport sur l'état de santé de la population en France 2015*).

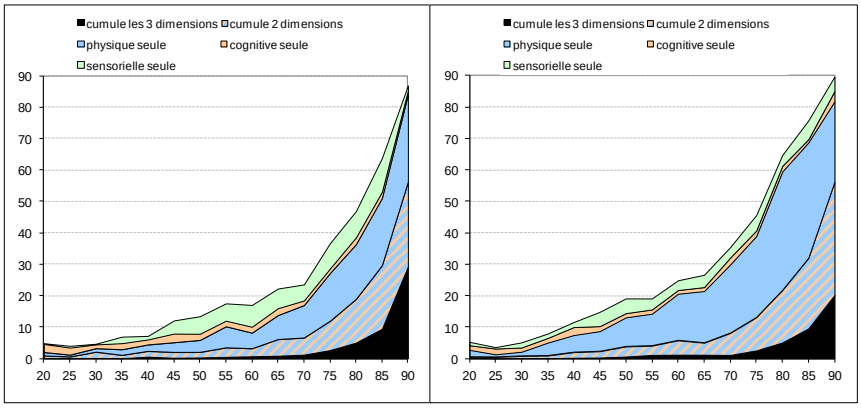
À partir de 70 ans, elles sont plus fréquentes et multidimensionnelles, associant des problèmes physiques, sensoriels et cognitifs.

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. Si elles ne sont pas compensées, ces limitations peuvent engendrer des gênes dans les activités de tous les jours. Chez les 65 ans et plus, 17% ont des difficultés pour les soins personnels et 44% pour les tâches domestiques. Après 80 ans, ces difficultés atteignent respectivement 30% et 65% des personnes. Quel que soit l'âge, la fréquence des difficultés pour les soins personnels est très proche chez les hommes et les femmes.

[62] Louise Rolland-Guillard (Ined), 2018, « Les difficultés pour entendre, voir et mastiquer augmentent avec l'âge », Études et Résultats, n°1065, DREES, juin.

Graphique 24. Prévalence des limitations fonctionnelles selon l'âge

Hommes **Femmes**



Champ : France métropolitaine et DOM. Personnes de 18 ans ou plus vivant en ménages ordinaires.
Sources : Enquête Handicap-Santé 2008, volet ménages, INSEE (in L'état de santé de la population en France, rapport 2015).

Encadré : Les chutes chez les personnes âgées[63]

Maladie silencieuse, l'ostéoporose atteint préférentiellement les femmes et sa prévalence croît avec l'âge. Elle est souvent diagnostiquée lors de la survenue de fractures qui constituent la plus grave de ses conséquences, source majeure de handicap et d'incapacités, surtout chez les personnes âgées. Les chutes et traumatismes liés aux chutes sont des déterminants de déclin fonctionnel des personnes âgées vivant autonomes à leur domicile. Les fractures les plus fréquentes sont les tassements vertébraux, les fractures du poignet et celles de l'extrémité supérieure du fémur (FESF) dites « fractures du col du fémur ». Elles surviennent souvent à la suite de chutes à domicile. Les récidives sont fréquentes : plus de la moitié des personnes âgées « chuteuses » récidivent dans l'année. Les fractures de hanche sont les plus graves : la surmortalité chez les femmes dans les 12 mois suivant une fracture de hanche a été estimée entre 10 et 20% ; elle est plus importante encore chez les hommes (le risque augmente avec l'âge et les décès sont rarement imputables à la fracture elle-même).

À partir de 65 ans, la traumatologie constitue 25% des motifs de recours aux urgences d'après l'enquête urgence de la DREES en 2013. Les chutes constituent 18% des circonstances de l'ensemble des recours pour les 65 ans ou plus. Globalement chaque année ce sont 6,0% des 65 ans et plus (4,2% chez les hommes et 7,3% chez les femmes) qui sont victimes d'une chute avec recours aux urgences. Ces taux d'incidence augmentent avec l'âge, de 3% entre 65 et 69 ans jusqu'à 18,2% chez les plus de 90 ans. Selon le Baromètre santé 2010, plus d'une personne de 65-85 ans sur cinq déclare qu'il lui est arrivé de tomber au cours des douze derniers mois. Selon les données de l'enquête EPAC sur l'ensemble des accidents de la vie courante, la durée moyenne d'hospitalisation des personnes âgées accidentées est de 9,1 jours et la médiane est de 8 jours : 27% de 0 à 1 jour, 18% entre 2 et 5 jours, 36% entre 6 et 15 jours, 5% dépassant 25 jours.

[63] Voir notamment Philippe Oberlin et Marie-Claude Mouquet. Les fractures du col du fémur en France entre 1998 et 2007 : quel impact du vieillissement ? DREES, Etudes et résultats, n° 723, avril 2010.

C) CONSOMMATION DE SOINS DE VILLE CHEZ LES PERSONNES AGEES

1) Postes de dépenses

Pour les 75 ans ou plus, le poste de dépenses en soins de ville le plus élevé correspond aux médicaments (940 € remboursés en moyenne), suivi des honoraires médicaux (dépenses en consultation de médecin généraliste et de spécialiste) puis les dépenses en actes infirmiers (tableau 19).

Ce dernier poste de dépense est presque multiplié par cinq entre 60-74 ans et 75 ans ou plus. La dépense en kinésithérapie est également multipliée par 2,5 entre les deux groupes d'âges. Les transports et le matériel médical sont quant à eux multipliés par 1,7. Ces postes de dépenses sont caractéristiques de la dépendance.

Tableau 19. Dépenses de soins de ville moyennes remboursées par l'Assurance Maladie selon l'âge (en euros)

	60-74 ans	**75 ans ou plus**
Total Soins de ville	**2000**	**3000**
dont Médicaments	690	940
dont Honoraires médicaux	420	520
dont Soins infirmiers	90	430
dont Actes de kinésithérapie	70	170
dont Autres auxiliaires médicaux	30	130
dont Matériel médical	140	240
dont Biologie	90	130
dont Honoraires dentaires	60	40
dont Transport	100	170

Champ : Dépenses remboursées par l'Assurance Maladie, consommants du Régime général (y compris Sections Locales Mutualistes), année 2010.
Source : SNIIRAM –Assurance Maladie (in Lucie Calvet. Dépenses de santé, hospitalisations et pathologies des personnes âgées de 75 ans ou plus, Comptes nationaux de la santé – édition 2013).

2) Recours

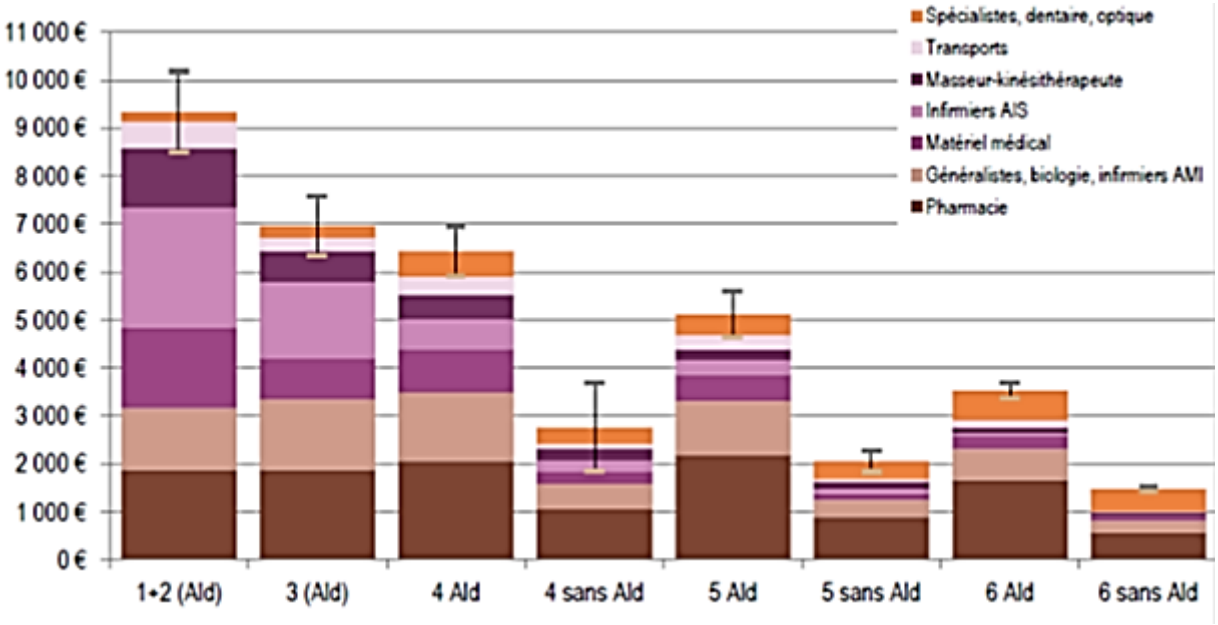
En moyenne, les personnes âgées de 75 ans ou plus ont recours au généraliste 8 fois dans l'année. Le nombre moyen de consultations au cabinet du praticien est de 5 et celui des visites au domicile est de 3.

La fréquence du recours au généraliste est cependant variable. En effet, la moitié des personnes âgées de 75 ans ou plus a consulté un médecin moins d'une fois tous les deux mois en moyenne, alors que les 10 % à y avoir eu le plus recours ont consulté un médecin près de

deux fois par mois. Les 10% de personnes ayant le plus recours à des visites de médecin généraliste à domicile en ont reçu en moyenne 17 dans l'année.

Au cours d'une année, 69% des personnes de 75 ans ou plus ont eu recours à un médecin spécialiste, 57% à un infirmier et 28% à un kinésithérapeute. Le recours aux médecins spécialistes, kinésithérapeutes et infirmiers est également inégal : 70% des personnes âgées n'ont pas eu recours à un kinésithérapeute dans l'année alors que 10% d'entre elles y ont eu recours plus de 11 fois dans l'année en moyenne.

Graphique 25. Répartition des dépenses de santé (soins de ville) selon le GIR et la présence d'ALD



Champ : France, personnes de 60 ans ou plus vivant à domicile ou en EHPAD, USLD ou maison de retraite.
Sources : INSEE 2007-2008 – appariement enquête handicap-santé ménages – SNIIRAM, et 2009 – appariement enquête handicap-santé institution – SNIIRAM, calculs DREES.

3) La poly-consommation médicamenteuse

D'après une étude de la DREES[64] (Calvet, 2013), la moitié des personnes âgées de 75 ans ou plus consomment 7 molécules médicamenteuses différentes de manière régulière. Entre les personnes âgées de 60-74 ans et celles de 75 ans ou plus, le nombre moyen de molécules différentes consommées régulièrement (avec au moins 3 dates de délivrance dans l'année) passe de 4,5 à 6,8. Au-delà de 75 ans, la moitié des personnes âgées consomment régulièrement plus de sept molécules différentes.

Parmi les molécules consommées, au moins une fois dans l'année, les plus fréquentes sont les anti-hypertenseurs (68% des 75 ans ou plus) suivis des agents anti-thrombotiques (39%) et des anxiolytiques (22%). Entre 60-74 ans et 75 ans ou plus la proportion de personnes traitées avec des agents anti-thrombotiques double. Les médicaments agissant sur le système nerveux

[64] Lucie Calvet. Dépenses de santé, hospitalisations et pathologies des personnes âgées de 75 ans ou plus. DREES, Comptes nationaux de la santé – édition 2013.

sont également très utilisés au-delà de 75 ans puisque 22% des personnes âgées utilisent des anxiolytiques, 16% des antidépresseurs, 12% des hypnotiques et sédatifs et 3% des neuroleptiques. Souvent utilisées en cas d'anxiété et de dépression, ces molécules s'accumulent davantage dans l'organisme avec l'âge et entraînent un risque accru de chute aux conséquences souvent graves chez la personne âgée.

D) HOSPITALISATIONS[65]

1) Fréquence et motifs des hospitalisations

Les personnes âgées sont plus souvent hospitalisées que leurs cadets et elles le sont plus fréquemment dans l'année.

Cela se traduit par un nombre de journées d'hospitalisation et un nombre de séjours plus élevés que dans le reste de la population. On note également que la part des hospitalisations non programmées double entre la tranche d'âge des 65-74 ans et celle des 85 ans.

Le nombre moyen de journées d'hospitalisation chez les personnes âgées de 65 ans ou plus ne varie pas entre 2010 et 2012 (tableau 20) mais il augmente fortement avec l'âge pour passer d'environ 2 jours chez les 65-74 ans à 6 jours chez les 85 ans ou plus.

Tableau 20. Nombre moyen de journées d'hospitalisation chez les 65 ans ou plus (pour 1 000 personnes de la tranche d'âge considérée)

Année	65-74 ans	75-84 ans	75 ans ou plus	85 ans ou plus
2012	2 076,5	3 585,6	4 356,5	6 295,1
2011	2 055,8	3 621,6	4 347,4	6 273,2
2010	2 076,5	3 585,6	4 356,5	6 295,1

* Il s'agit des séjours débutés et terminés dans l'année, avec au moins une nuitée (hors ambulatoire), hors séances et hors groupage en CMD 90 (séjours groupés en erreur, non valorisés) avec un chainage correct.

Champ : MCO
Sources : PMSI-MCO, exploitations ATIH.

Avec une évolution de +2,3% en 2013, les séjours des patients de plus de 65 ans contribuent le plus à la croissance de l'ensemble des séjours.

La prise en charge en hospitalisation complète est plus fréquente pour les patients de plus de 65 ans : 67% des séjours vs 60% pour les patients ayant moins de 65 ans. Il s'agit essentiellement de séjours sans acte classant avec nuitée(s), dit de « médecine », représentant 43% des séjours des patients de plus de 65 ans (*vs* 24% pour les patients de moins de 65 ans.

[65] Voir notamment Rapport sur le vieillissement de la population et l'évolution de l'activité hospitalière 2007-2010 : focus sur la prise en charge des 80 ans et plus. ATIH, 2012.

Tableau 21. Répartition des séjours* annuels dans les services de soins de courte durée MCO selon la pathologie traitée***, l'âge et le sexe du patient en 2012 (en %)**

	Tous âges	65 ans ou +	
	Les deux sexes	Hommes	Femmes
Appareil circulatoire	8,7	16,7	13,2
Autres motifs****	13,5	12,8	10,6
Tumeurs	7,6	12,1	8,1
Appareil digestif	13,0	10,8	10,3
Œil et annexes	5,3	9,4	12,9
Symptômes et signes mal définis	6,6	7,9	7,5
Appareil respiratoire	5,0	6,2	5,1
Système ostéo-articulaire	6,8	5,2	8,1
Appareil génito-urinaire	5,4	4,5	3,8
Traumatismes et empoisonnements	6,5	4,2	7,9
Système nerveux	3,1	2,8	3,4
Maladies endocriniennes	2,2	1,8	2,2
Troubles mentaux	2,2	1,6	2,4
Maladies du sang	1,1	1,6	1,7
Maladies infectieuses	1,4	1,1	1,2
Maladies de la peau	1,4	1,0	1,0

*. Hospitalisations d'une durée supérieure ou égale à 24 heures (y compris pour des traitements itératifs) et hospitalisations de moins de 24 heures pour des motifs autres que traitement itératif (dialyse, chimiothérapie, radiothérapie, etc.).
**. Médecine, chirurgie, gynécologie-obstétrique et odontologie.
***. Diagnostic principal, regroupement selon les chapitres de la CIM10 de l'OMS (les chapitres pour lesquels la fréquence < 1% ne sont pas reportés. C'est le cas en particulier des chapitres relatifs à la grossesse et à l'accouchement).
****. Motifs de recours aux services de santé autres que maladies ou traumatismes, tels que surveillance, prévention, motifs sociaux, etc.

Champ : Établissements publics et privés y compris SSA - Résidents en France métropolitaine et dans les DOM, hors Mayotte.
Sources : ATIH PMSI-MCO 2012, traitements DREES.

2) Durée des séjours

La durée moyenne des séjours (DMS) augmente avec l'âge pour passer de 7,4 jours chez les 65-74 ans à 9,9 jours en moyenne chez les personnes âgées de 85 ans ou plus en 2012.

3) Part des séjours non programmés

Elle passe de 31,3% chez les 65-74 ans à 60,2% chez les 85 ans ou plus. Ce pourcentage continue de progresser d'année en année depuis 2010 (source PMSI-MCO, exploitations ATIH).

4) Ré-hospitalisations

Environ 17% des séjours sont suivis d'une réhospitalisation dans les 30 jours à partir de 65 ans. Le taux de réadmission à 30 jours en chirurgie (ambulatoire ou non) présente un gradient par rapport à l'âge. D'après une étude de la DREES[66] (Yilmaz E. et Vuagnat A., 2013), il avoisine en 2012 les 3% pour les patients de moins de 20 ans, alors qu'il monte à près de 15% pour les 70 ans ou plus. Cet effet serait lié à la complexité et la sévérité des pathologies des personnes âgées, qui ont moins de réserves physiologiques et cicatrisent moins vite.

Encadré : Patients âgés de 80 ans ou plus hospitalisés

En 2010, les patients âgés de 80 ans ou plus représentaient 11,2% des personnes hospitalisées en MCO (12,9% des séjours* soit au total près de 2,9 millions de séjours*) et respectivement 25,9% et 37,2% de la patientèle en SSR et HAD.

MCO

La majorité des séjours est en hospitalisation complète (59% ; 1,7 million de séjours) et plus particulièrement en « médecine ». Les séjours des personnes âgées sont plus lourds que pour l'ensemble de la population avec des niveaux de sévérité plus élevés. On notera que la DMS est très élevée sur cette tranche d'âge en particulier pour le secteur ex-DG (9,4 jours) qui prend en charge des séjours de niveau de sévérité plus lourd que pour le secteur ex-OQN (6,6 jours)

Le recours à l'ambulatoire est plus faible à cet âge (16,3%) que dans l'ensemble de la population (26,4%).

Près de 40% des séjours des personnes âgées se répartissent sur quatre Catégories Majeures de Diagnostics (CMD) : CMD 5 « Affections de l'appareil circulatoire » avec 18,8% des séjours (vs 9,4% en population totale), CMD 2 « Affections de l'œil » avec 10,7% des séjours (vs 5,2%), CMD 4 « Affections de l'appareil respiratoire » avec 9,2% des séjours (vs 4,9%), CMD 1 « Affections du système nerveux ». En moyenne le nombre de séjour est de 1,74 par patient.

Pour les séances, qui représentent 25% des séjours des 80 ans et plus, la moitié concerne des séances de dialyse. En moyenne le nombre de séances est de 16 par patient.

HAD

Dans son rapport « Charges et produits pour 2019 », la CNAMTS note « 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. ».

S'agissant de l'activité de prise en charge en HAD, le nombre de journées de présence par patient est estimé en moyenne à 55,1 jours pour les personnes âgées de 80 ans ou plus.

[66] Engin Yilmaz et Albert Vuagnat. Tarification à l'activité et réadmission - Le panorama des établissements de santé, DREES - édition 2014.

SSR

S'agissant de l'activité de prise en charge en SSR, le nombre de journées de présence par patient est estimé en moyenne à 39,4 jours pour les personnes âgées de 80 ans ou plus.

* y compris les séances

Source : ATIH et CNAMTS (juillet 2018) « Rapport Charges et produits pour l'année 2019 ».

Encadré : Les programmes de retour à domicile de la CNAMTS

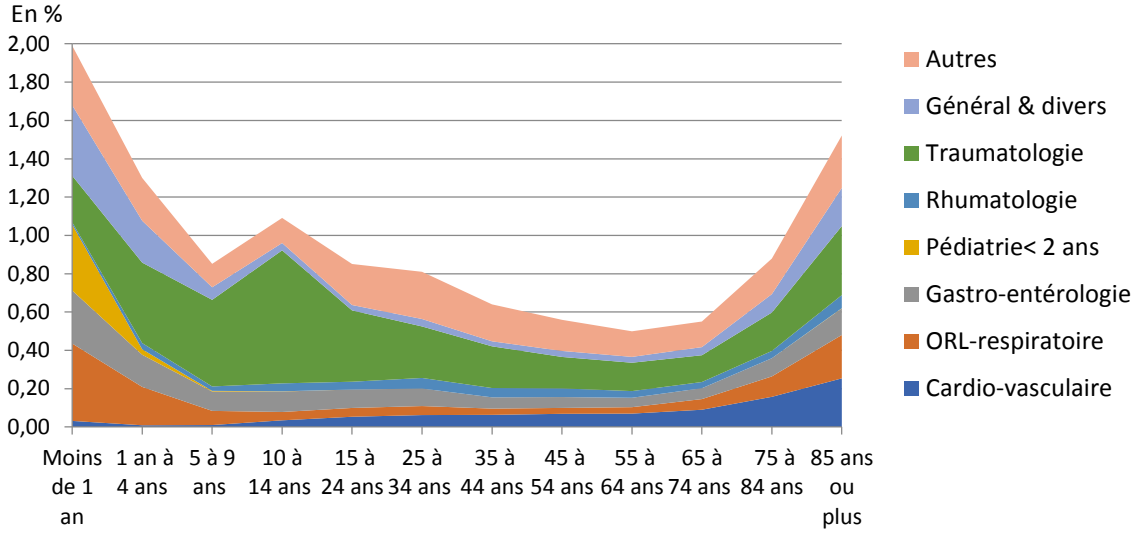
Dans l'objectif de limiter les risques de perte d'autonomie liés aux conséquences d'un séjour en établissement des personnes âgées, la CNAMTS a développé des services d'accompagnement de retour à domicile, comme le programme PRADO qui a développé un volet spécifique pour les personnes âgées. La visite programmée d'un intervenant au domicile du patient, chargé de l'analyse des besoin au moment du retour à domicile et de proposer des solutions pour faciliter le maintien à domicile (y compris portage de repas ou aide-ménagère) doit permettre de diminuer les durées de séjour en établissements MCO et SSR et les ré-hospitalisations. En 2015, 46 000 personnes âgées de plus de 75 ans et 15 000 de plus de 85 ans ont été accompagnées.

5) Recours aux urgences

D'après l'enquête urgence réalisée par la DREES un jour donné en 2013[67], près d'une personne sur 1 000 de la population résidant en France s'est rendue aux urgences. Les taux de recours les plus élevés se situent aux âges extrêmes et concernent 1,5‰ pour les personnes âgées de 85 ans ou plus. À partir de 65 ans, la traumatologie constitue 25% des motifs de recours et les problèmes cardio-vasculaires 17%. Les recours en traumatologie des personnes âgées sont liés aux chutes qui constituent 18% des circonstances de l'ensemble des recours pour les 65 ans ou plus.

[67] Bénédicte Boisguérin *et al.* Structures des urgences hospitalières : premiers résultats de l'enquête nationale réalisée par la DREES. Dossier - Le panorama des établissements de santé - édition 2014.

Graphique 26. Taux de recours aux urgences selon le motif de recours et l'âge du patient

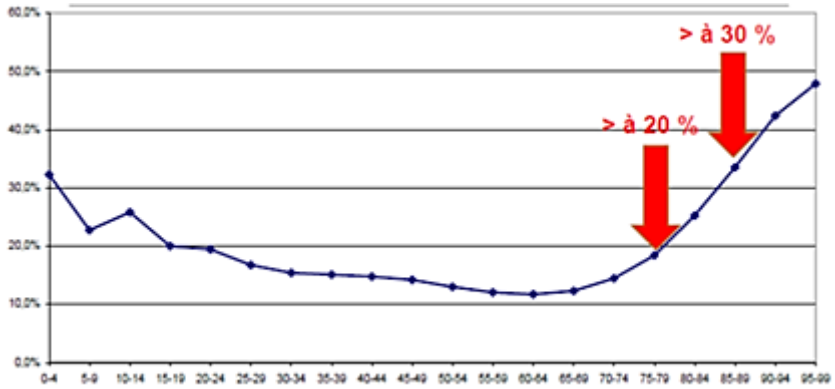


Note : - La nomenclature des motifs de recours a été élaborée par la Société française de médecine d'urgence.
- La rubrique « Général et Divers » comprend les recours des patients venus pour de la fièvre, un problème d'altération de l'état général, de la fatigue, des sutures, pansements, etc.
- La rubrique « Autres » représente un quart des motifs de recours : elle comprend les motifs de type neurologique, gynéco-obstétrique, psychiatrique, dermatologiques, etc. La rubrique « Pédiatrie » comprend les troubles alimentaires du nourrisson, les diarrhées, les fièvres du nourrisson de moins de 3 mois, les problèmes respiratoires, etc.
- Le taux de recours par pathologie est le rapport des patients ayant recours aux services d'urgences de la classe d'âges et du motif de recours donné à la population générale de la classe d'âges, pour la journée d'observation.

Champ : Patients ayant répondu à la question du motif de recours.
Sources : DREES, enquête Urgences juin 2013, données statistiques. INSEE, données de la population.

Les prises en charge aux urgences sont plus lourdes chez les personnes âgées. En salle d'accueil des urgences vitales, les soins destinés aux patients en situation de détresse vitale, existante ou potentielle, permettent de réaliser des actes de réanimation respiratoire et cardiaque. Ils concernent 5% seulement de l'ensemble des passages, mais plus de 10% des passages des patients âgés de 65 ans ou plus.

Graphique 27. Part des séjours hospitaliers pour lesquels le patient est arrivé par les urgences



Source : ATIH-DREES-CNAMTS[68].

Encadré : La fin de vie. Extraits du rapport de la CNAMTS « Charges et produits pour l'année 2019 », juillet 2018

La fin de vie est le sujet d'importants questionnements sociétaux et éthiques. Alors que la population française exprime un choix marqué pour une prise en charge de la fin de vie et un décès à domicile[69], plus de la moitié des décès surviennent à l'hôpital[70]. […]

En 2013, 60 % des décès qui ont été constatés chez des assurés du régime général sont survenus lors d'une hospitalisation (51 % en hôpital de court séjour, 6 % en soins de suite et réadaptation et 3 % en hospitalisation à domicile), pour 13 % en EHPAD et pour 26 % dans d'autres lieux qui ne peuvent être distingués (faute d'information dans les bases) tels que le domicile, la voie publique, ou d'autres institutions… Ces décès comprennent bien sûr les décès accidentels ou de survenue imprévisible et rapide qui ne font pas l'objet d'une prise en charge de fin de vie. Des différences sont observées selon le sexe et surtout l'âge des personnes décédées :

- la proportion de femmes, plus âgées, décédées en EHPAD était de 20 % contre 8 % pour les hommes ;

- à l'inverse, la proportion des hommes décédés en hôpital de court séjour était plus importante (55 % vs 47 %).

Lorsqu'on s'intéresse plus spécifiquement aux près de 25 500 personnes prises en charge majoritairement à leur domicile lors des 30 derniers jours avant leur décès, 32 % avaient eu au moins un recours aux urgences, 14 % au moins une séance de chimiothérapie et, 56 % au moins un transport remboursé. Les trois quarts des personnes avaient eu recours au moins une fois à un médecin généraliste (avec une médiane de 2 visites sur les 30 jours) et 68 % avaient vu une infirmière au moins une fois, avec pour 50 % d'entre eux environ une visite tous les 2 jours.

Le recours à un médecin spécialiste était un peu moins fréquent (32 % des personnes). Ces taux de recours qui peuvent paraître faibles compte tenu de la proximité du décès, reflètent une image incomplète du suivi à domicile par les professionnels de santé. En effet, les éventuelles interventions des professionnels de santé des SSIAD, des équipes mobiles et réseaux de soins palliatifs ne peuvent être comptabilisés dans le système national des données de santé (SNDS).

[68] Extrait de la présentation de Claude Jeandel (CNP), Gaétan Gavazzi (CNEG) et Olivier Guérin (SFGG) devant l'ONDPS, 21 février 2018

[69] 85% des français ont en effet déclaré dans un sondage IFOP de 2010 vouloir décéder à domicile

[70] http://www.sfap.org/system/files/etude2016_findevie_fondationadrea.pdf

*

* *

Ce premier ensemble de données sur l'état de santé des personnes âgées fait bien ressortir trois enjeux principaux :

- Le poids des maladies chroniques et des poly pathologies aux âges élevés et la prévalence des limitations fonctionnelles et des troubles sensoriels, mettent en exergue les besoins de consolidation des parcours et de coordination des acteurs, du champ du soin comme du champ médico-social ou social ;
- Le profil des personnes âgées est marqué en matière de consommation médicamenteuse, de recours à l'hospitalisation et de séjours non programmés, voire en urgence, ce qui les expose davantage que les autres populations aux effets iatrogènes du système et appelle donc des actions préventives ;
- La grande diversité des pathologies auxquelles sont exposées les personnes âgées, la complexité des prises en charge et les besoins de coordination afférents posent de façon aigüe la question de la disponibilité des ressources soignantes sur le terrain, mais aussi la question de la connaissance de ces ressources et du recours, avec une problématique prégnante d'inégalités sociales et territoriales.

E) Poids de la Maladie d'Alzheimer et maladies apparentees (MAMA)

La maladie d'Alzheimer fait partie des maladies neurodégénératives d'évolution progressive. Les causes précises de la maladie ne sont pas identifiées, mais les travaux de recherche sur le sujet permettent de mieux en connaître les mécanismes biologiques.

En termes d'incidence, de prévalence, de caractéristiques sociodémographiques, de prise en charge… la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées sont encore mal connues. La France ne dispose pas aujourd'hui d'un système de surveillance épidémiologique opérationnel des MAMA (voir annexe 3).

1) La maladie et les malades

a) Les maladies neurodégénératives

Les maladies neurodégénératives (MND) constituent un groupe de pathologies progressives liées à des lésions cérébrales caractéristiques,,conduisant à la mort des neurones et à la destruction du système nerveux.

Une caractéristique commune à la majorité de ces maladies neurodégénératives est l'accumulation dans le tissu nerveux d'agrégats intra- ou extracellulaires de protéines mal conformées, appelés dépôts amyloïdes, responsables directement ou indirectement de la mort neuronale.

Pour certaines de ces maladies, des facteurs génétiques ont été mis en cause (formes héréditaires), mais la plupart surviennent de manière isolée (formes sporadiques), ce qui n'exclut pas l'implication de facteurs génétiques.

Elles se caractérisent soit par une atteinte prédominante des fonctions psychiques, aboutissant à la démence[71] comme dans la maladie d'Alzeimer ou la maladie de Pick, soit par des anomalies motrices prédominantes comme dans la sclérose latérale amyotrophique ou la maladie de Parkinson (cf. encadré ci-dessous), soit par l'association des deux comme dans la chorée de Huntington ou la maladie de Creutzfeldt-Jakob (voir annexe 2).

La démence constitue la forme la plus grave du vieillissement cérébral pathologique. Elle se manifeste par une altération croissante de la mémoire et des fonctions cognitives, ainsi que par des troubles du comportement, conduisant à une perte progressive d'autonomie. Elle est à l'heure actuelle irréversible. En l'absence de traitement curatif disponible, l'évolution se fait vers un état grabataire dont les complications conduisent au décès.

Encadré : La maladie de Parkinson

Depuis 2014, Santé publique France a mis en place un programme de surveillance des maladies neurodégénératives, dont la maladie de Parkinson. Il s'agit d'une affection chronique lentement évolutive, principalement caractérisée par des troubles moteurs, comme le tremblement de repos, la rigidité ou la lenteur du mouvement. Des symptômes non-moteurs sont également fréquemment présents telle la dépression. Le bulletin épidémiologique hebdomadaire a publié en 2018 pour la première fois une estimation de la fréquence de la maladie de Parkinson en France[72]. Fin 2015, 166 712 personnes ont été traitées pour la maladie de Parkinson en France, soit une prévalence de 2,50 patients pour 1 000 personnes. Au cours de cette même année, 25 842 personnes étaient nouvellement traitées, soit une incidence de 0,39 patients pour 1 000 personnes-années. La prévalence et l'incidence augmentaient progressivement avec l'âge jusqu'à 80 ans ; plus de la moitié des patients avaient plus de 75 ans. Les hommes étaient atteints environ 1,5 fois plus souvent que les femmes. La distribution géographique de la maladie était caractérisée par une certaine hétérogénéité spatiale.

La MP est la seconde maladie neurodégénérative la plus fréquente après la maladie d'Alzheimer.

Sources: Moisan F, Wanneveich M, Kab S, Moutengou E, Boussac-Zarebska M, Carcaillon-Bentata L, et al. *Fréquence de la maladie de Parkinson en France en 2015 et évolution jusqu'en 2030. Bull Epidémiol Hebd. 2018;(8-9):128-40.*

[71] Le syndrome démentiel se définit comme des troubles des fonctions cognitives (mémoire, langage, praxies, gnosies, fonctions exécutives, etc.) suffisamment importants pour retentir sur la vie quotidienne et qui durent depuis au moins 6 mois. La HAS précise que le terme « démence » n'a aucune connotation péjorative. Il signifie que les troubles cognitifs ont un retentissement dans la vie quotidienne du patient et que celui-ci doit être aidé ou supervisé, au moins pour les activités les plus élaborées.

[72] Moisan F, Wanneveich M, Kab S, Moutengou E, Boussac-Zarebska M, Carcaillon-Bentata L, *et al*. Fréquence de la maladie de Parkinson en France en 2015 et évolution jusqu'en 2030. Bull Epidémiol Hebd. 2018;(8-9): 128-40.

b) *La maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées*

Décrite pour la première fois en 1907 chez une femme de cinquante et un ans, la maladie d'Alzheimer (et maladies apparentées) est aujourd'hui la première cause des syndromes démentiels. Elle représenterait entre 60% et 70 % des démences. Les maladies apparentées comprennent les autres causes fréquentes de syndrome démentiel : la démence vasculaire, la démence à corps de Lewy, la démence compliquant la maladie de Parkinson, la dégénérescence lobaire fronto-temporale.

Les symptômes de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées évoluent dans le temps, de manière variable d'un individu à l'autre.

Les troubles de la mémoire forment le symptôme le plus fréquent. Ils sont associés à d'autres troubles des fonctions cognitives :

- de troubles du langage (aphasie) ;
- de difficultés à effectuer certains gestes (apraxie) ;
- de la perte de la reconnaissance des objets ou des personnes (agnosie) ;
- ou encore de la perte des fonctions exécutives, c'est-à-dire de la capacité à adapter son comportement à un contexte donné.

Les troubles cognitifs ont un retentissement dans la vie quotidienne du patient, qui doit être aidé ou supervisé, au moins pour les activités les plus élaborées. La perte d'autonomie des patients n'est pas nécessairement sévère au début et pendant plusieurs années.

Ces maladies commencent donc bien avant le stade démentiel par l'apparition de troubles cognitifs diversement associés et éventuellement de troubles du comportement ou de la personnalité. Ce sont des maladies chroniques présentées comme un continuum, se déroulant selon différents stades, du stade préclinique à celui des premiers symptômes puis celui de la démence. Il pourrait y avoir parfois plus d'une dizaine d'années entre le stade préclinique et les premiers symptômes ; à partir de ces premiers symptômes, lorsque le diagnostic peut être posé, ces maladies conduisent après plusieurs années souvent estimées entre 4 et 8 ans à une perte quasi totale des facultés cognitives, ainsi qu'à une déchéance physique. L'évolution de l'état de santé est donc prévisible, même s'il n'est pas linéaire. Aucun traitement médicamenteux ne permet aujourd'hui d'enrayer la maladie. L'apparition de la dépendance est progressive avec retentissement sur les activités de la vie quotidienne (toilette, habillage, alimentation, déplacement) et sur l'entourage. La maladie amène le malade à un état très dépendant.

L'étude PAQUID[73] (voir annexe 3) a montré que les démences étaient la cause principale de dépendance du sujet âgé.

[73] Dartigues JF, Helmer C, Letenneur L, Péres K, Amieva H, Auriacombe S, Orgogozo J-M, Commenges D, Jacqmin-Gadda H, Richard-Harston S, Delva F, Foubert-Samier A, Barberger-Gateau P. Paquid 2012 : illustration et bilan. Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil 2012; 10(3) :325-31 doi:10.1684/pnv.2012.0353

c) *Les caractéristiques des personnes atteintes de MAMA*

Plusieurs sources de données sont disponibles pour fournir des données sur les personnes atteintes de MAMA : l'assurance maladie, les cohortes populationnelles, la Banque Nationale Alzheimer. Mais ces sources sont incomplètes et on ne peut que constater que la surveillance épidémiologique des MAMA en France n'est pas aboutie (voir annexe 2). Pour ces raisons, les caractéristiques sociodémographiques sont peu connues.

Il est généralement estimé que ces maladies ne surviennent pas de façon isolée et près de 30% des personnes de plus de 80 ans souffrant de démences, présentent deux ou plus pathologies chroniques associées. Cette comorbidité rend particulière la prise en charge de ce problème de santé[74].

La répartition sur le territoire des personnes atteintes de MAMA n'est pas connue.

Encadré : Informations publiées par l'association France Alzheimer

- C'est la quatrième cause de mortalité en France;

- 1 patient sur deux est diagnostiqué, et un patient sur trois à des stades précoces ;

- 225 000 personnes diagnostiquées par an ;

- 32 000 malades ont moins de 65 ans soit 3,1 % des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées ;

- 40 % des malades sont des hommes ;

- 14,2 % des personnes de plus de 75 ans sont atteints d'une MAMA. La maladie d'Alzheimer représente environ 70 % des cas de syndrome démentiel ;

- 550 000 personnes sont suivies médicalement, dont 350 000 bénéficient d'une prise en charge au titre de l'affection de longue durée ALD 15 ;

- 9,9 milliards sont consacrés à la prise en charge médicale, sociale médico-sociale de la maladie d'Alzheimer en France

- 22 099 € : coût annuel moyen par patient dont 12 146 € par famille et par an, et 4 225 € à la charge des Conseils départementaux.

d) *Les facteurs de risque et les facteurs protecteurs de la maladie*

Le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) dans son rapport de 2018[75] a résumé les facteurs associés à un risque augmenté ou diminué de survenue de MAMA. Mais il précise que la nature causale de ces associations n'est pas démontrée par des études interventionnelles.

Les facteurs associés à un risque augmenté :

- la présence de facteurs de risque cardiovasculaire aux « âges médians de vie »" (40-60 ans) : hypertension artérielle, diabète et, avec un plus faible niveau de preuve, le tabac, l'hypercholestérolémie, l'obésité ou l'athérosclérose ;
- la consommation de benzodiazépines, de médicaments à visée anticholinergique chez les personnes à partir de 65 ans ;

[74] Evaluation du Plan ALZHEIMER 2008-2012, Joël Ankri
[75] Prévention de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées, HCSP 2018

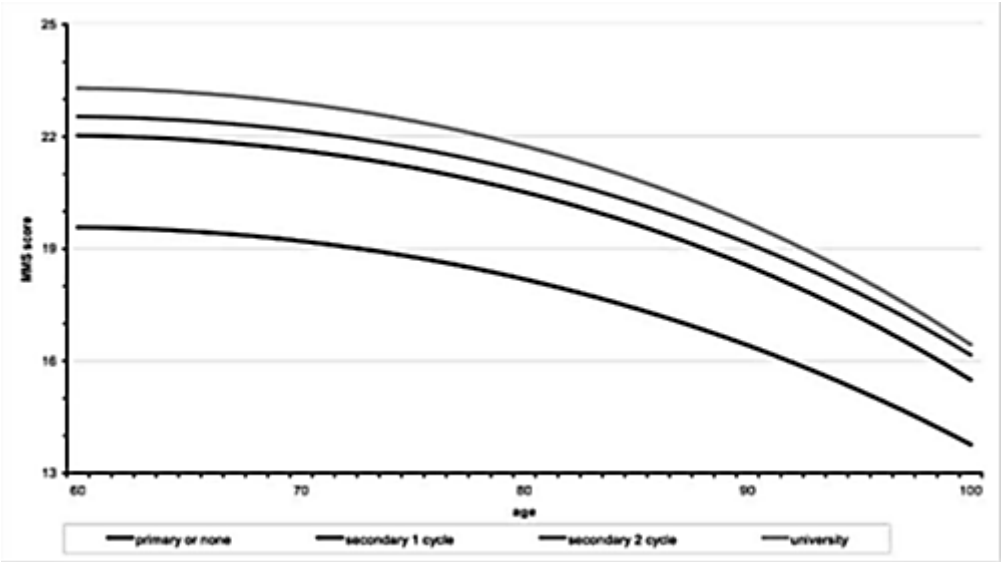
et de manière moins étayée :

- la dépression,
- les troubles auditifs,
- l'hypovitaminose D,
- la vie dans un quartier défavorisé ou l'appartenance à un groupe socialement vulnérable.

Les facteurs protecteurs, associés à un risque diminué :

- un niveau d'éducation plus élevé permettant une réserve cognitive plus importante, et probablement une meilleure connaissance du système de santé et un meilleur accès aux soins. Les résultats au test d'évaluation des fonctions cognitives et de la capacité mnésique[76] pour les personnes présentant une MAMA sont plus élevés, quel que soit l'âge, quand le niveau d'éducation est plus élevé (graphique 28) ;
- le régime dit « méditerranéen », les aliments riches en AGPI n-3 ;
- l'activité physique ;
- les activités sociales et de loisirs.

Graphique 28. Patient présentant une MAMA : MMSE score au moment du diagnostic en fonction de l'âge et du niveau d'éducation[77]



Source : Livre blanc de la fragilité, 2015 à partir des données CIMA : les actes réalisés dans les Centres Mémoire de Recherche et Ressources, les Centres Mémoire et les spécialistes libéraux sont recueillis par la banque nationale Alzheimer BNA, sous forme d'un Corpus d'Information Minima Alzheimer (CIMA).

[77] MMSE, mini-mental state examination : il s'agit d'un questionnaire à réponses courtes. Les personnes évaluées doivent aussi accomplir quelques tâches simples. Les éléments évalués sont regroupés en six sous-sections : orientation, enregistrement, attention et calcul, rétention mnésique, langage et praxie de construction.

2) Le nombre de malades

Dans le monde, selon le Alzheimer's Disease International[78], le nombre total de personnes qui souffrent de MAMA est estimé en 2015 à 46,8 millions ; le rapport 2015 prévoit que ce nombre double tous les 20 ans, soit 74,7 millions de personnes concernées en 2030 et 131,5 millions en 2050. Ces estimations sont supérieures de plus de 12% à celles faites par l'institution pour le rapport 2009.

Le taux de prévalence ne dépend pas seulement de l'âge, mais des caractéristiques des pays et de leurs populations : l'estimation de la prévalence de la démence chez les personnes de 60 ans et plus passe de 4,6% en Europe à 8,7% en Afrique du Nord[79].

En 2009, ces maladies correspondaient à 11,2% des années de vie passées avec incapacités, devant les accidents vasculaires cérébraux (9,5%), les maladies cardiaques (5%) et les cancers (2,4%)[80].

En France[81], la prévalence actuelle est estimée à 6-8% des personnes de 65 ans et plus. L'incidence annuelle, soit le nombre de nouveaux cas, augmente rapidement avec l'âge : d'environ 2,4 pour 1 000 personnes entre 65 et 69 ans à plus de 50 pour 1 000 personnes de plus 85 ans.

Au vu des 12,3 millions de personnes de plus de 65 ans en France en 2017, la population atteinte d'une MAMA serait de 865 000, en retenant un taux de prévalence de 7%.

Si on retenait le taux de prévalence du World Alzheimer Report pour les pays d'Europe, on obtiendrait une prévalence de 790 000.

L'estimation la plus fréquemment rencontrée pour la France porte le nombre de personnes atteintes à 900 000[82].

Comme le résume le rapport du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) publié en 2018[83], les estimations de fréquence ne peuvent pas être obtenues via des indicateurs du système de santé en raison du sous-diagnostic dans la population du nombre de malades. Les estimations de prévalence et d'incidence sont donc principalement basées sur des études de cohorte en population avec dépistage systématique de la démence (annexe 3).

3) La prise en charge

Le vécu de la maladie

L'association France Alzheimer présente la maladie d'Alzheimer comme une maladie qui peut être différente d'une personne à l'autre et dont l'évolution est également différente d'une personne à l'autre.

Pour une personne malade, la perte de fonctions cognitives entraine des difficultés pour réaliser des gestes, pourtant habituels, depuis des actions complexes comme l'écriture, jusqu'à des gestes simples comme avaler des aliments. L'exécution de tâches complexes ou nouvelles

[78] World Alzheimer Report 2015, The Global Impact of Dementia

[79] Entre 2015 et 2050, le nombre de personnes vivant avec une démence dans les pays à revenu élevé augmenterait de 116%, dans les pays à revenu moyen de 227%, dans les pays à revenus faible de 264%.

[80] Cité par Professeur Joël ANKRI Professeure Christine VAN BROECKHOVEN, Evaluation du Plan Alzheimer 2008-2012

[81] Catherine Helmer, Evolution temporelle des démences BEH 28-29

[82] Les estimations de l'INVS sont plus importantes

[83] Prévention de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées, HCSP 2018

devient progressivement impossible, comme faire son budget, organiser un voyage, recevoir des amis, etc.

Mais ces troubles affectent également les émotions car la maladie agit sur les sentiments. Ils affectent aussi le comportement, qui reflète souvent une réaction de peur

Le rapport Ankri[84] résume le vécu des personnes malades et de leur entourage : « *surtout la maladie d'Alzheimer comme beaucoup de maladies neuro-dégénératives constitue un drame humain. Outre la souffrance du patient qui en est atteint, il y a celle du proche qui l'accompagne tout au long de l'évolution de la maladie. Le caractère dramatique est renforcé par l'aspect déroutant de ces maladies, par les limites de nos connaissances sur les causes, par la faiblesse des moyens thérapeutiques et des aides disponibles*. »

a) Le rôle de l'entourage

Avec 900 000 personnes atteintes d'une MAMA, il est estimé qu'au moins deux à trois millions de personnes sont directement touchées par la maladie si on prend en compte les proches aidants.

Selon le rapport de la DREES sur l'état de santé de la population en France 2015, les proches de malades Alzheimer sont exposés à des facteurs de stress majeurs qui augmentent le risque de développer des problèmes tant physiques qu'émotionnels. L'INPES a mis en place un module de questions pour les personnes connaissant ou ayant connu une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer, qu'ils soient parents, amis ou voisins, qui permet d'obtenir les résultats suivants :

- plus d'un quart des personnes âgées de 15 à 85 ans interrogées ont connu ou connaissent une personne atteinte d'une MAMA ;
- les personnes déclarant avoir au moins un proche diagnostiqué Alzheimer présentent des scores de sante générale, sante physique et santé mentale significativement moins bons que les autres ainsi que des scores en termes d'anxiété, de dépression et de douleur significativement plus élevés ;
- on constate une association significative entre la connaissance d'une personne atteinte d'Alzheimer et les plaintes d'ordre cognitif exprimées au cours des 8 derniers jours : 55 % déclarent avoir eu des problèmes de sommeil (47 % parmi les personnes n'ayant aucun proche atteint), 66 % des douleurs « quelque part » (versus 59 %), 77 % l'impression d'être fatigués (versus 70 %), 35,4 % ont été tristes ou déprimés (versus 32 %), 65 % ont été tendus ou nerveux (versus 60 %).
- cependant, les personnes concernées déclarent une vie sociale comparable aux autres au cours des 8 derniers jours : avoir rencontré des gens de leur famille ou des amis ou avoir eu des activités de groupe ou de loisirs.

Le rapport Ankri souligne que, parmi les personnes âgées en perte d'autonomie qui bénéficient d'une aide, près de la moitié sont aidées uniquement par leur entourage familial. L'aide uniquement professionnelle concerne 21% de la population, le reste correspondant à une aide mixte (famille et professionnels). L'aide est donc principalement du ressort de l'entourage du malade. Les familles incarnent donc un pivot de la relation d'aide. Le plan Alzheimer 2008-2012 avait reconnu le rôle des aidants familiaux et diversifié l'aide et le soutien à leur apporter.

[84] Joël ANKRI, Christine VAN BROECKHOVEN, Evaluation du plan Alzheimer, juin 2013

b) *Prise en charge à domicile ou en établissement*

En l'absence d'un suivi plus abouti, la répartition des personnes entre domicile et établissement n'est pas bien établie.

Selon la DREES, fin 2015, environ 260 000 résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées c'est-à-dire en EHPAD, USLD ou Logements foyers, souffrent d'une MAMA. Cela signifie qu'environ 36% des résidents sont atteints d'une MAMA[85]. Cette proportion est la plus importante en EHPAD privés (45%), en EHPAD publics (40%) et dans les USLD. Elle est plus faible dans les logements foyers (2,5%).

Si l'on regarde uniquement les EHPAD, le taux de personnes atteintes de troubles cognitifs continue de progresser et atteint 57% selon les dernières données de la Fondation Médéric Alzheimer[86].

La part des personnes atteintes de MAMA en résidences services, ou accueil familial notamment n'est pas connue.

Selon l'association France Alzheimer et maladies apparentées, 40 % des personnes malades vivraient en institution et 60 % à leur domicile.

Encadré : Dispositifs d'accompagnements spécifiques des personnes atteintes de MAMA
Extrait de Lettre de l'Observatoire de la Fondation Médéric Alzheimer n°49-50, 2018

En établissement, il existe dans les EHPAD et les USLD deux types d'unités dédiées aux personnes malades, dotées pour cela d'un environnement spécifique assurant le bien-être et la sécurité des personnes et de moyens en personnel adéquats à leur accompagnement. Les dispositifs les plus répandus, sont les « unités spécifiques Alzheimer » (USA), dénommées dans les établissements de façon diverse (cantou, unité de vie protégée, unité de vie pour personnes désorientées, unité fermée…). Elles se sont développées depuis une vingtaine d'années dans les EHPAD et plus marginalement dans les USLD. Ces unités ne répondent à aucun cahier des charges officiel bien qu'il y ait eu une réflexion de la communauté scientifique et soignante pour définir des critères de conception et de pratiques professionnelles. 3 550 établissements, soit 47 % des EHPAD et 9 % des USLD recensés comportent une ou plusieurs unités spécifiques Alzheimer. Leur capacité totale est de 64 284 places (environ 5 000 de plus qu'en 2015), dont 63 326 en EHPAD.

Les unités d'hébergement renforcé (UHR) ont été mises en place par le 3e Plan Alzheimer et obéissent à un cahier des charges précis. Elles sont destinées à accueillir nuit et jour, pendant une période limitée, des résidents présentant des troubles importants du comportement. Les 250 UHR totalisent 3 534 places d'hébergement. Elles sont présentes dans 16 % des USLD pour une capacité totale de 1 459 places et 2 % des EHPAD pour une capacité totale de 2 075 places.
Enfin, 246 structures, représentants 11 862 places, sont entièrement dédiées à l'hébergement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Ces trois dispositifs représentent au total 79 398 places réservées à ce public, soit 11 % de la capacité totale des établissements médicosociaux pour personnes âgées.

Le 3e Plan Alzheimer a créé dans les EHPAD les pôles d'activité et de soins adaptés (PASA), qui proposent pendant la journée aux résidents présentant des troubles du comportement modérés, des activités sociales ou thérapeutiques au sein d'un espace de vie spécialement aménagé. 1 548 EHPAD, soit 21 % d'entre eux, possèdent un PASA labellisé en 2017, ce qui représente 21 359 places de PASA. Le nombre de PASA est en nette progression par rapport à 2015 : + 34 %, mais il reste de fortes disparités territoriales.

[85] 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015, DREES, Etudes et Résultats 1015, juillet 2017.
[86] Lettre de l'Observatoire de la Fondation Médéric Alzheimer n°49-50, 2018

Entre le domicile et l'établissement, certains établissements proposent des accueils de jour pour recevoir les personnes vivant à domicile et atteintes de MAMA (cf. infra sur l'accueil temporaire). Ils proposent une grande diversité d'activités : activités à visée thérapeutique, expression ou soutien, activités liées au bien-être, activités sociales, artistiques ou festives, sortie/promenade, visite au musée, week-end …Certains accueils de jour organisent également des activités pour les aidants familiaux. L'enquête nationale 2017 recense 1 749 accueils de jour offrant 14 517 places pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

c) La proposition d'un parcours de soins

Une étude d'Alzheimer Europe en 2016 a montré que la MAMA était la maladie qui fait le plus peur aux personnes après le cancer et que plus de 90 % des personnes interrogées étaient prêtes à consulter un médecin et à recevoir un diagnostic. En France, les MAMA sont repérées tardivement et sous-diagnostiquées : la part des personnes malades non diagnostiquées est estimée à 50% et une étude de 2005[87] montrait qu'il y avait 24 mois entre les premiers symptômes et l'établissement du diagnostic en France, 18 en Espagne et 10 en Allemagne. Quand le diagnostic est porté, le patient en France est souvent à un stade de démence plus avancé. On peut penser que cette situation s'est améliorée depuis 2005, avec le déploiement des consultations mémoire promu par les Plans Alzheimer. En 2015, 534 sites de diagnostic étaient recensés[88], assurant un maillage territorial qui est estimé suffisant[89].

Malgré l'absence de traitement curatif de la maladie et le risque d'attitudes négatives (rejet), la Haute autorité de santé (HAS) a reconnu dans ses recommandations l'intérêt d'un diagnostic dès les premiers signes[90]. L'enjeu pour la communauté médicale est de maintenir ou garantir l'accès aux soins et éviter les ruptures et l'isolement. L'intérêt du diagnostic à un stade léger repose sur différents fondements. Il répond au droit de savoir des patients, il permet aux proches de comprendre les changements, d'organiser et adapter l'environnement du patient. En expliquant les changements de comportement dus à la maladie au patient et à son entourage, le diagnostic réduit les tensions familiales, les risques liés à la conduite automobile, la gestion de ses traitements médicamenteux, la manipulation du gaz ou la gestion du calendrier de consultation médicale.

Le diagnostic permet également de proposer au patient un parcours de soins car de nombreuses mesures d'accompagnement et de prévention secondaire et tertiaire visant à préserver la qualité de vie, prévenir les complications peuvent être proposées au patient. Le repérage de la maladie permettrait enfin d'augmenter la précision du risque et donc d'affiner le diagnostic, de poursuivre la connaissance de l'histoire naturelle des MAMA et de mieux faire connaître les programmes de recherche thérapeutique et d'informer sur les essais thérapeutiques en cours, à défaut, sur les centres permettant de délivrer cette information.

La communauté médicale[91] spécialisée en médecine générale ou spécialisée dans le domaine des maladies neurocognitives s'accorde sur le fait que les perspectives d'amélioration de la prise en charge sont liées à la capacité de proposer un parcours de soins. Elle a proposé en 2018 une stratégie commune de diagnostic gradué et personnalisé des troubles neurocognitifs légers ou majeurs.

---

[87] Rapport sur la maladie d'Alzheimer et maladie apparentée, C Gallez 2005

[88] Le taux de consultations labellisées pour les personnes de 75 ans et plus est de 6.9 (source : Lettre de la FMA).

[89] Rapport ANKRI sur l'évaluation du 3eme plan Alzheimer.

[90] Recommandation du 25 mai 2018.

[91] Les représentants du Collège de médecine générale, de la Fédération des centres mémoire ressources recherche, de la Société française de gériatrie et de gérontologie, de la Fédération française de neurologie, de la Société de psychogériatrie de langue française et la gouvernance du plan « maladies neurodégénératives ».

Dans une démarche diagnostique graduée, le médecin traitant peut adresser le patient pour lequel se pose la question de l'existence d'une démence à une consultation mémoire (CM) ou un centre de mémoire de ressources et de recherche (CMRR) ; le patient peut aussi consulter de lui-même ou à la demande de son entourage. Une consultation mémoire est donc ouverte à tous. Les CMRR interviennent en second niveau. Leur activité de consultation et d'expertise est répartie en consultations à visée diagnostique, de suivi et d'expertise pour les diagnostics difficiles des consultations mémoire de proximité ou des spécialistes libéraux. Des analyses de dossiers avec les spécialistes libéraux (neurologues, gériatres, psychiatres) sont aussi assurées.

La communauté médicale suscitée a proposé une reconfiguration de la consultation de repérage dédiée en médecine générale et de la consultation spécialisée (consultation Mémoire).

L'objectif est de « *proposer un projet personnalisé de santé adapté à la personne, à ses déficits cognitifs, comportementaux et fonctionnels, à sa demande ou à celle de ses proches, à ses risques, de promouvoir les démarches de prévention primaire, secondaire après diagnostic d'un facteur de risque ou tertiaire après diagnostic d'une maladie spécifique* »[92].

Ainsi, si un trouble majeur est diagnostiqué, une prise en charge est proposée. S'il s'agit d'un trouble léger, le parcours permet une analyse de risque, une information du patient et la proposition de suivi et d'actions. Une stratégie diagnostique graduée de ce type pourrait diminuer le sous diagnostic, améliorer la qualité de vie des patients et de ses proches.

Les recommandations de la HAS reprennent une partie de ces propositions : diagnostic gradué, depuis le repérage en médecine générale jusqu'à la consultation vers le spécialiste de la mémoire puis la prise en soins partagée MG/spécialiste, prise en soins interdisciplinaire et multimodale.

d) Des limites à la prise en charge à domicile ?

Selon France Alzheimer, le maintien à domicile est dans la grande majorité des cas la solution privilégiée par les proches pour accompagner une personne atteinte de maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée. Le maintien à domicile peut nécessiter l'organisation d'une équipe de services de soins, des services d'aide à la vie quotidienne intervenant pour la toilette, les repas, les activités, ou des services de sécurisation tels que la téléalarmes, la détection de chutes, les bracelets … pour compléter l'action de l'aidant familial. Par ailleurs, des dispositifs comme les accueils de jour permettent d'accorder du répit à l'aidant tout en offrant aux personnes malades accueillies des activités adaptées.

Mais, pour France Alzheimer, il existe des limites au maintien à domicile lorsque « *l'aggravation des troubles cognitifs ou comportementaux accélère la perte d'autonomie et exige un investissement physique et psychologique majeur de la part d'un conjoint, souvent lui-même âgé* ». L'investissement demandé à l'aidant familial se trouve confronté à des difficultés de santé, physiques et/ou psychologiques, risquant de le conduire à un épuisement. Si la personne malade vit seule, le nombre d'heures par semaine à financer (potentiellement par l'APA) pour l'intervention de professionnels au domicile devient trop important pour compenser les pertes de l'autonomie. La limite est atteinte plus rapidement.

Le constat de situations de danger, ou des pertes de mémoire conduisant à oublier les passages prévus des intervenants par exemple pointe les limites de l'accompagnement à domicile.

[92] Krolak-Salmon P, et al. Vers une stratégie nationale de diagnostic des troubles cognitifs. Approche commune du Collège de médecine générale et des spécialistes des troubles neurocognitifs. Presse Med. (2017), https://doi.org/10.1016/ j.lpm.2017.10.029

Une enquête de la Fondation Médéric Alzheimer[93] montre la spécificité de la maladie d'Alzheimer (MAMA) du point de vue des intervenants. 72 % des services d'aides à domicile (SAAD, SSIAD) estiment que les interventions auprès des personnes atteintes de troubles cognitifs sont plus compliquées et qu'elles mobilisent davantage de temps que celles pratiquées auprès d'autres personnes âgées. 82% estiment que les troubles du comportement sont la principale difficulté rencontrée par les intervenants, suivie par l'isolement social (58%) et le refus de l'aide pour la toilette (54%).

Elle montre aussi les spécificités sur le plan de l'éthique. 65% des services ont été parfois conduits à restreindre la liberté d'action ou de mouvement d'une personne (par exemple en fermant la porte à clé). 42% déclarent avoir été confrontés à des situations de maltraitance et 43% à des situations d'épuisement de l'aidant familial.

[93] L'observatoire des dispositifs de prise en charge et d'accompagnement de la maladie d'ALZHEIMER, Fondation Médéric Alzheimer, décembre 2012.

III) LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE

Les pouvoirs publics se sont assignés quatre objectifs :
- assurer la priorité au soutien à domicile qui répond aux vœux des Français ;
- garantir une offre suffisante de services et d'établissement en quantité et qualité ;
- assurer une égale disponibilité sur tous les territoires ;
- mettre en place des aides pour que les restes à charge pesant sur les personnes en perte d'autonomie ne contreviennent pas au principe de libre choix et ne sollicitent pas trop le groupe familial lorsque joue le principe de subsidiarité.

Même si de substantiels progrès ont été réalisés, les résultats sont inégaux, plutôt en deçà des attentes.

A) LA POLITIQUE DE SOUTIEN A DOMICILE

On a dit plus haut que la légère augmentation du taux d'institutionnalisation - alors qu'on escomptait une baisse - renvoyait pour partie à l'insuffisance de la politique de soutien à domicile.

Pour les allocataires de l'APA, les aides sont jugées insuffisantes (1, 2, 3 ci-dessous). Un « déficit » des services de proximité peut amener des personnes en perte d'autonomie à quitter leur domicile (4). L'insuffisance du soutien aux aidants (5) et un développement insufisant de l'accueil temporaire (6) expliqueraient en partie un déport « contraint » vers les établissements ou fait peser sur eux de trop fortes contraintes. L'organisation des services est imparfaite (7). Se pose par ailleurs la question du reste à charge pour les personnes (8).

1) L'APA à domicile : des plans bridés

Principaux chiffres en 2011
- masse des plans d'aide notifiés : 4,4Md€
- estimation des plans exécutés : 3,7Md€
- valeur des plans médiane et moyenne : 519€/mois et 466€/mois
- le plan moyen représente 72% du plafond
- un quart des plans saturés
- 41% des plans notifiés en GIR 4

a) La stagnation des plans d'aide

a1) Les plans de 2011

On utilise les données de 2011 analysées dans le rapport de décembre 2017 (en attente des données DREES sur l'année 2015).

- La masse des montants notifiés est proche de 4,4Md€[94]

- Moyenne et médiane des plans

Encadré : Plans notifiés et plans exécutés

Bien que les analyses dont on dispose soient lacunaires et anciennes, l'écart entre plans notifiés et plans exécutés est significatif. Une étude de Bourreau-Dubois, Gramain, Lim et Xing sur un département fait état de 60% de bénéficiaires ayant « sous utilisé » leur plan d'aide en octobre 2010. Une étude sur la sous consommation en octobre 2014 conduit aussi à un taux de 60% de sous-consommants. On l'explique notamment par deux facteurs :

* la réticence de l'allocataire à assumer le reste à charge qu'implique le plan notifié ;

* la mauvaise organisation de l'offre. Une étude de Chauveaud et alii fait ainsi apparaître que le changement d'intervenant, qui bouscule les habitudes et rompt la continuité des services est un facteur important de non-consommation des heures prescrites.

On estime usuellement que le plan exécuté serait inférieur de l'ordre de 15% au plan notifié.

La moyenne des plans notifiés fin 2011 est de 519€ par mois et la médiane de 466€.

Elles varient avec le niveau de GIR : le montant du plan d'aide notifié baisse entre le GIR 1 et le GIR 4 ; en revanche, le plan d'aide moyen (ou médian) représente une part du plafond qui croît entre le GIR 4 et le GIR 1.

Tableau 22. Moyenne des plans notifiés en fonction du niveau du GIR fin 2011

	GIR 1	GIR2	GIR 3	GIR 4	Ensemble
Moyenne (en euros)	1 040	834	612	367	519
Moyenne en % du plafond APA	85%	78%	76%	68%	72%
Masse des plans d'aides notifiés (en millions d'euros)	218	1 224	1 124	1 788	4 354
Nombre de bénéficiaires APA à domicile	17 465	122 253	152 991	405 881	698 590

Champ : France métropolitaine – Bénéficiaires de l'APA à domicile au 31 décembre 2011.
Source : Autonomix, Fizzala A., (2015), « Autonomix, un outil d'évaluation de mesures portant sur les personnes âgées dépendantes », Economie et Statistique, n°481-482.

[94] Fizzala A, (2016), « Dépendance des personnes âgées : qui paie quoi ? L'apport du modèle Autonomix », *Les Dossiers de la DREES*, n°1, DREES, mars 2016 ;

Tableau 23. Médiane des plans notifiés en fonction du niveau du GIR fin 2011

	GIR 1	GIR2	GIR 3	GIR 4	Ensemble
Médiane (en euros)	1 166	927	660	359	466
Médiane en % du plafond APA	95%	87%	82%	67%	74 % (1)

(1) Moyenne des médianes en pourcentage du plafond
Champ : France métropolitaine – Bénéficiaires de l'APA à domicile au 31 décembre 2011.
Source : Bérardier M., (2014), « Les bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile et leurs ressources en 2011 », Etudes et résultats, DREES, n°876.

Le montant du plan est très au-dessous du plafond pour le premier quartile des plans notifiés en GIR 4.
Fin 2011, le premier quartile des plans notifiés en GIR 4[95] s'établit à 252 €, soit 47% du plafond. Il y a donc des « petits plans », très proches de 350€, le niveau en-dessous duquel la loi ASV n'a pas amélioré le barème de l'APA.

- Un quart des plans d'aide sont « saturés » en 2011

Fin 2011, 26% des plans d'aides sont « saturés », au sens où ils atteignent 96 % du plafond APA en vigueur[96] (pour le GIR considéré).

En cas de « saturation » du plan d'aide, les dépenses éventuellement effectuées au-dessus du plafond ne sont pas prises en compte par l'APA. Elles sont certes partiellement couvertes par la réduction d'impôt pour l'emploi à domicile ; mais cette réduction en 2011 est rare (moins de la moitié des allocataires en bénéficient car il faut être imposable) et son montant est faible (notamment pour les personnes dont le montant de l'impôt est faible).

L'essentiel de la dépense « au-dessus du plafond » est donc à la charge de l'allocataire avec deux conséquences : le reste à charge peut le dissuader de compléter son plan notifié, aux dépens de sa qualité de vie ; le « reste à vivre » se dégrade si l'allocataire expose des dépenses au-dessus du plan.

[95] Soit les 25% de plans notifiés les plus bas pour le GIR 4.
[96] Fizzala, 2016.

Tableau 24. Taux de saturation des plans d'aide (au seuil de 96%) fin 2011[97]

GIR 1	GIR2	GIR 3	GIR 4	**Ensemble**
49%	39%	33%	19%	**26%**

Champ : France métropolitaine – bénéficiaires de l'APA à domicile au 31 décembre 2011.
Source : données individuelles APA 2011 – DREES.

L'analyse du niveau des plans et du taux de saturation appelle deux remarques :

* Le taux de saturation dépend des caractéristiques du ménage de l'allocataire[98]. Il est plus faible lorsque l'allocataire vit en couple notamment parce que son conjoint l'aide dans la vie quotidienne et il augmente avec l'âge. La situation où l'allocataire vit seul est plus fréquente et l'apport « en nature » du conjoint diminue avec la force de celui-ci ; il est plus élevé lorsque l'allocataire est une femme (l'apport de son conjoint, peu habitué aux tâches domestiques et au « care », est plus faible)[99] ; il augmente avec l'ancienneté dans l'APA (bien que cet effet spécifique soit difficile à chiffrer puisque l'ancienneté est en partie corrélée avec l'âge).

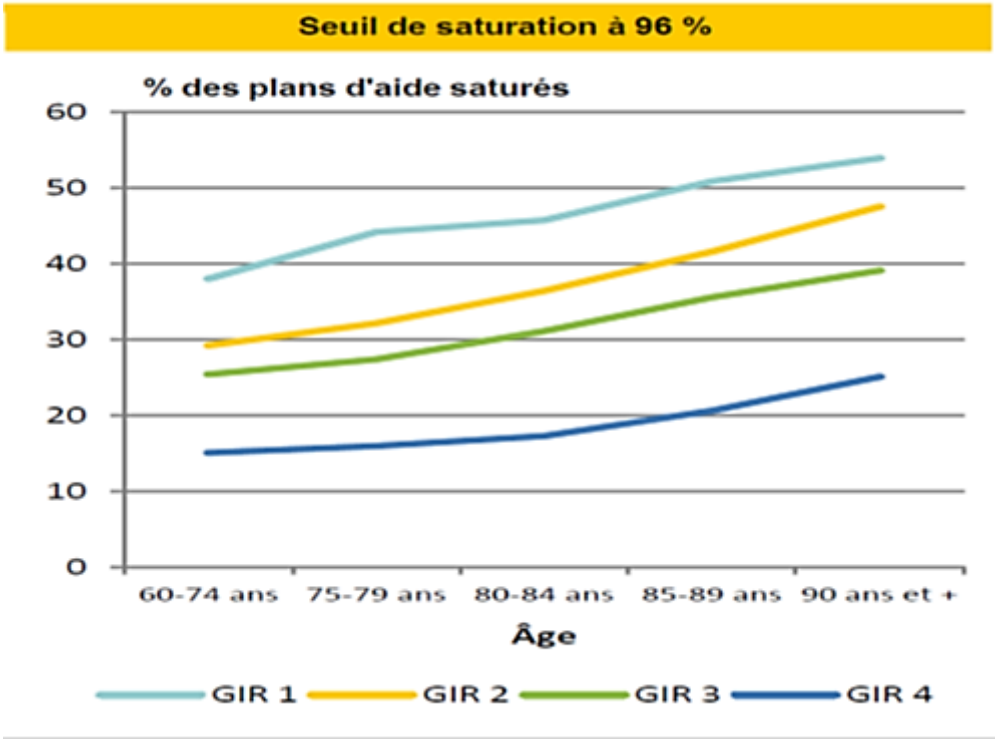
Tableau 25. Taux de saturation par GIR, âge et situation de couple (Seuil de saturation à 96%)

Situation	Sexe	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	Ensemble
Seul	Homme	52 %	47 %	38 %	22 %	29 %
Seul	Femme	56 %	49 %	40 %	22 %	31 %
Couple	Homme	34 %	21 %	17 %	12 %	16 %
Couple	Femme	46 %	30 %	23 %	13 %	19 %
Ensemble		49 %	39 %	33 %	19 %	26 %

Lecture: 40 % des femmes bénéficiaires de l'APA à domicile classes en GIR 3 et ne vivant pas en couple ont un plan d'aide saturé au seuil de 96%).
Champ : France métropolitaine – Bénéficiaires de l'APA à domicile au 31 décembre 2011.
Sources : Données individuelles APA 2011 – DREES ; Fizzala (2016).

[97] Fizzala A, (2016), « Dépendance des personnes âgées : qui paie quoi ? L'apport du modèle Autonomix », *Les Dossiers de la DREES*, n°1, DREES, mars 2016.
[98] Bérardier M., Debout C., (2011), « Une analyse des montants des plans d'aide accordés aux bénéficiaires de l'APA à domicile au regard des plafonds nationaux applicables », *Etudes et résultats*, n°748, DREES, février 2011.
[99] Il y a une corrélation entre les deux facteurs, sexe et âge, puisque l'âge moyen des femmes de plus de 60 ans est plus élevé que celui des hommes.

Graphique 29 : Proportion de plans d'aide saturés en fonction de l'âge des bénéficiaires



* Le taux de saturation varie avec le revenu

Il est plus élevé pour les allocataires les plus modestes. Le reste à charge qui leur incombe est faible, voire nul ; il n'y a donc pas de raison financière qui les freine dans la discussion qu'ils ont avec les équipes du département en charge de l'instruction du dossier.

Il est élevé pour les ménages les plus aisés. Bien que l'APA qui leur est attribuée par le département soit réduite (elle est limitée à 10% du plan d'aide pour les allocataires dont l'assiette de calcul de l'APA est supérieure à 2 945€ par mois), ils ont les moyens de payer sur leurs deniers un volume important de prestations, la moitié de leur reste à charge faisant d'ailleurs l'objet d'une réduction d'impôt.

En revanche, les petites classes moyennes ont un taux de saturation plus bas (le reste à charge est déjà significatif et la réduction d'impôt est faible puisqu'elle ne peut, par définition, dépasser le montant de l'impôt dû)[100].

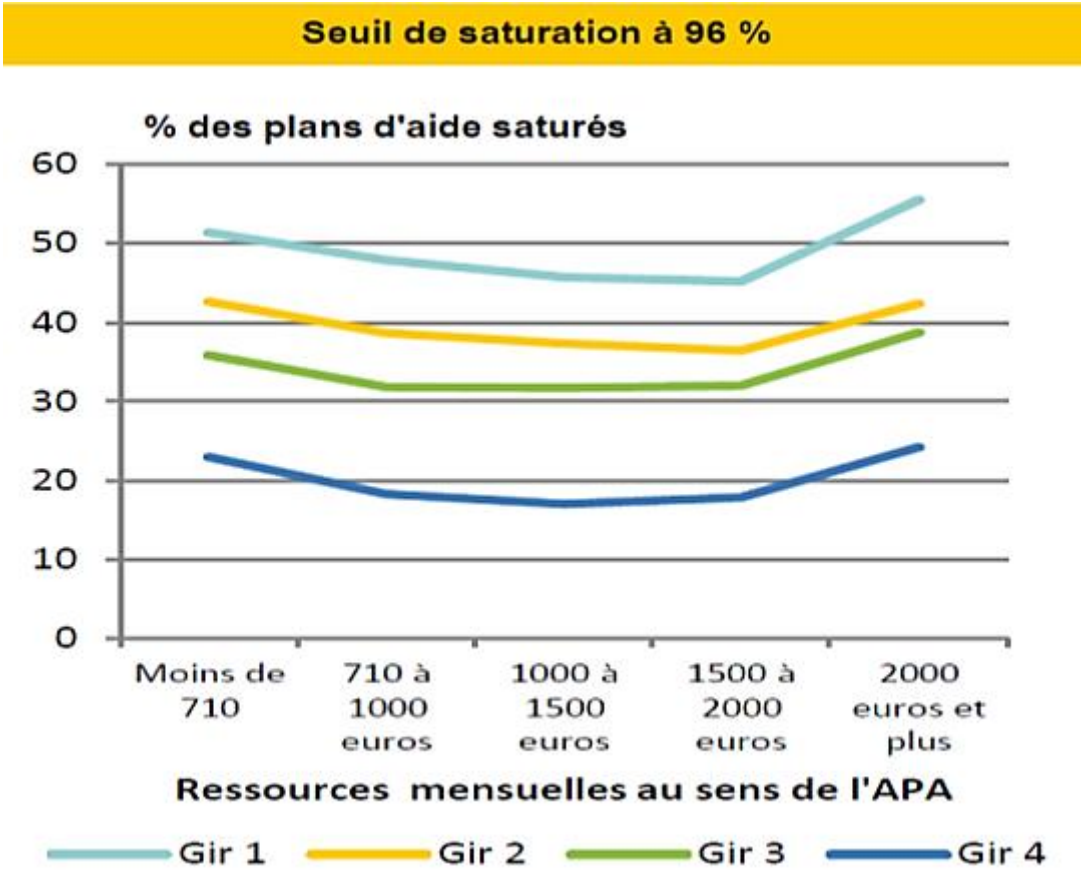
Sources : Données individuelles APA 2011 – DREES ; Fizzala (2016).

[100] Voir sur ce point :

-la note MODAPA d'octobre 2014 qui conclut qu'une augmentation du reste à charge horaire de 10% conduit à une baisse du volume d'heures professionnelles de 5,5%.

- Bérardier M., Debout C., (2011), « Une analyse des montants des plans d'aide accordés aux bénéficiaires de l'APA à domicile au regard des plafonds nationaux applicables », *Etudes et résultats*, n°748, DREES, février 2011.

Graphique 30. Proportion de plans d'aide saturés en fonction des ressources des bénéficiaires



Lecture : 31,1% des bénéficiaires de l'APA à domicile classés en GIR 3 et dont les ressources sont comprises entre 1500 et 2000 euros ont un plan d'aide saturé au seuil de 96%.
Champ : France métropolitaine – Bénéficiaires de l'APA à domicile au 31 décembre 2011.
Sources : données individuelles APA 2011 – DREES ; Fizzala (2016).

a2) Evolutions

- Sur la période 2007/2011

On constate[101] (sauf en GIR 1 dont on rappelle qu'il ne concerne que 2,5% des allocataires fin 2011) une baisse significative de la médiane des plans notifiés (en euros courants) et une baisse importante du taux de saturation entre 2007 et 2011.

Tableau 26. Ecarts entre 2007 et 2011

	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4
Médiane des plans d'aide notifiés	+2,5%	-0,5%	- 5,3%	- 8,8%
Taux de saturation des plans d'aide	- 13%	-15%	- 21%	-39%

Source : calculs SG HCFEA

[101] On avait fait le même constat dans le rapport de 2011 « Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées ».

C'est une situation complexe à expliquer[102].

L'effet du processus d'indexation des plafonds sur les prix aurait dû conduire, toutes choses égales par ailleurs, à une situation inverse. Les explications avancées (réticence croissante des ménages des classes moyennes devant le reste à charge, modification des profils des bénéficiaires qui seraient moins dépendants à niveau de GIR donné et auraient donc besoin de moins d'aide dans la vie quotidienne, politique restrictive des départements pour lesquels le poids de l'APA qu'ils financent est important dans leur budget) devraient faire l'objet d'analyses plus poussées.

D'autres facteurs peuvent être intervenus : des changements dans la répartition des modes d'intervention, un écart croissant entre le prix effectivement facturé et le tarif de valorisation adopté par le département[103], une modification dans le poids relatif des allocataires isolés et des allocataires vivant en couple…

Une explication pourrait aussi venir de la volonté des départements de maîtriser les plans d'aide attribués : par exemple en recentrant les plans sur l'aide à la personne, en limitant le nombre d'heures pour les tâches ménagères (cf. ci-dessus), en particulier sur les GIR4 ou encore par la mise en place de référentiels permettant de mieux « calibrer » les plans d'aide et d'harmoniser les pratiques professionnelles[104].

Encadré : Limites de l'analyse en euros

Il faut compléter l'analyse brute en euros par des indications sur :

* un glissement éventuel dans les modes de gestion. On estime qu'en 2014, l'écart de coût horaire entre le mode prestataire et le gré à gré était de 6 à 7€. Rappelons que selon la DREES, 82% des dépenses couvertes par l'APA concernent des services prestataires contre 4% pour les services mandataires et 14% en gré à gré. Cette répartition n'a guère bougé dans les années passées ;

* l'écart entre le taux de l'heure tarifiée (sur lequel les heures inscrites dans le plan sont valorisées) et le tarif effectivement facturé à l'allocataire ; il minimise le volume du plan. On ne disposait pas d'indication sur cet écart lors de la rédaction du rapport de décembre 2017 ;

* l'écart entre l'indice en euros courants et le coût des facteurs. On a analysé cet écart dans le tome 2 du rapport de décembre 2017 qui conclut à une détérioration du nombre d'heures par euro.

- Sur la période 2012/2016

On ne connaît l'évolution qu'à partir des analyses financières globales.

[102] Il faut aussi noter que les Remontées Individuelles 2007 et 2011 portaient sur un échantillon de départements, de taille variable (du simple au double entre 2007 et 2011). Ces derniers n'étaient pas forcément représentatifs de l'ensemble des départements

[103] On peut aussi évoquer l'instauration d'une participation personnelle supplémentaire par heure d'aide, au-delà du ticket modérateur, afin de pallier des difficultés financières. La Cour des Comptes (2016) indique ainsi dans son rapport « Le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie » que « le département de l'Orne a instauré en juin 2013 une participation personnelle d'un euro cinquante par heure d'aide à domicile pour tous les allocataires de l'APA dans la limite de 50 heures par mois. », p. 87.

[104] CNSA (2015) et Cour des Comptes (2016).

La situation s'est plutôt dégradée puisque la dépense d'APA par allocataire (sur une estimation en ligne avec le coût des facteurs) a diminué de 7%[105]. Ce constat global, maussade[106], appelle deux compléments :

- la baisse des plans a porté surtout sur les GIR 3 et 4 (notamment le 4). C'est à tout prendre un choix rationnel ;
- l'équilibre financier des associations de services à domicile est très fragile, ce qui retentit sur la qualité de service.

Encadré : Les tarifs

1° Les tarifs définis par les départements sont souvent trop bas, ce qui fragilise l'offre.

Selon la dernière étude de la Fédération française des services à la personne et de proximité (mai 2018), en mode prestataire le tarif départemental moyen est proche de 20€/heure alors que le coût est de 24€.

2° 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. Cet écart augmente le reste à charge (dont seule la moitié sera prise en charge par le crédit d'impôt).

- Evolutions intervenues ou à attendre depuis l'adoption de la loi ASV et l'institution du crédit d'impôts en 2017[107]

* le relèvement important des plafonds devrait se traduire par le déverrouillage des plans saturés (il était d'ailleurs prévu que les révisions des plans en cours devraient porter en priorité sur eux) ;
* la baisse sensible du reste à charge des allocataires liée au réaménagement du barème et à l'institution en 2017 du crédit d'impôt[108] permet à l'allocataire d'accepter un plan plus dense ce qui conduirait à réduire l'écart entre plan notifié et exécuté ;
* les mesures de financement intervenues en faveur des départements (pour couvrir les dépenses attendues de ces réformes) pourraient faciliter une augmentation des plans notifiés.

Les premières indications recueillies confirmeraient ces analyses sans qu'on constate, semble-t-il, une évolution radicale.

b) De fortes variations des plans personnalisés entre départements

On les a décrites dans le tome 2 du rapport de décembre 2017 et montré qu'une partie seulement des écarts est explicable par des éléments objectifs

[105] Etudes et résultats n°1049 ; la dépense en euros courants par prestataire est de 380€/mois en 2012 et 370€/mois en 2016. On ajuste cette dépense par un indicateur composite représentatif des coûts avec 80% de salaires (SMPT) et 20% de prix. Avec cette convention, la baisse est de 7%. Il est possible que cet indicateur soit un peu élevé compte tenu des mesures d'allègement des charges sur les bas salaires (voir sur ce point le rapport de décembre 2017).
[106] Il ne s'explique pas par une modification dans les effectifs des différents GIR
[107] Loi de finances pour 2017
[108] on l'analyse infra

Encadré : Rappel des conclusions du rapport de 2017

Certes, cette variabilité est le pendant de la décentralisation, de la difficulté d'enserrer les plans dans des normes opposables et du souci de les personnaliser. Il est possible qu'elle soit influencée par la situation financière des départements. Mais certains commentateurs estiment, au nom de l'égalité sur le territoire, qu'il convient de réduire cette variabilité et d'accroître les références opposables. On peut souligner l'importance de connaître les pratiques au niveau local si on souhaite mettre en œuvre des réformes et les évaluer.

c) Une marge importante d'amélioration des plans d'aide

Depuis 2017, les plafonds de l'aide publique (APA et crédit d'impôt) permettent de mettre en place des plans personnalisés élevés.

Tableau 27. Nombre d'heures finançables dans les plafonds APA en mode prestataire sur la base de 22€/heure

	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4
nombre	78	63	45	30

Source : SG HCFEA

- Par ailleurs, ces durées sont majorées de 57% en cas de recours au gré à gré (sur la base de 14€/heure).

Encadré : Retour sur le choix du mode de gestion dans la gestion de l'APA

1° On a, à l'origine, donné la priorité au mode prestataire : c'était normalement le mode de gestion de référence pour les GIR 1 et 2 et les allocataires qui refusaient d'y avoir recours devaient acquitter une majoration de leur participation financière[109].

Certains départements ont récemment essayé de promouvoir le gré à gré, moins coûteux, parfois avec des méthodes qui ont été contestées.

2° la situation actuelle est assez stable avec une forte prépondérance du mode prestataire.

d) Une forte contrainte financière sur les départements

Malgré la stabilisation récente de l'apport de l'Etat (via la CNSA) qui suit sa profonde dégradation et les efforts de péréquation entre départements, il est communément admis que la stagnation de l'aide à domicile - contraire à la politique constamment affichée – est liée à la contrainte financière qui amène une partie des départements à sous-dimensionner leur aide.

2) Les aides techniques

Les aides techniques et l'adaptation des logements privés à la perte d'autonomie sont présentés comme un axe prioritaire pour répondre au souhait des français de vieillir chez eux et à une logique préventive, notamment prévention des chutes et maintien du lien social.

a) Le recours aux aides techniques et à l'aménagement du logement à partir de l'enquête HSM

L'enquête HSM[110] de 2008 a recensé les aides techniques et les aménagements du logement (voir encadré) dont bénéficient les personnes âgées et en situation de handicap ou de

[109] Cette disposition n'ayant jamais connu de mesure d'application a finalement été abandonnée dans la loi ASV

dépendance, ainsi que celles dont elles auraient besoin. Elle a montré que le recours aux aides techniques est modéré chez les personnes âgées (25%) sauf pour celles qui sont en situation de dépendance qui y ont un recours quasi systématique (86%). Elle a montré aussi que l'usage d'une aide technique était deux fois plus fréquent que l'aménagement de logement : 20 % des personnes âgées utilisent au moins une aide technique et 10 % ont fait au moins un aménagement dans leur domicile. Une note en annexe 4 présente plus précisément le recours à ces aides.

Encadré : Aides et aménagements du logement relevés dans l'enquête HSM

Les aides

Les soins personnels et la protection : sonde ou collecteur d'urine, protection aux absorbante, aide pour personnes portant une stomie.

Aides aux déplacements : canne ou béquilles, déambulateur, fauteuil roulant, fauteuil électrique, tricycle, scooter adapté, autres aides pour marcher ou se déplacer.

Aides de transfert : planche, sangles, harnais, lève personne, autres aide pour aller au lit du lit au fauteuil.

Aides auditives : appareil auditif, matériel audiovisuel, boucle magnétiques, amplificateur de voix, autres …

Les aménagements du logement

Accessibilité : porte spécialement élargie, couloir spécialement élargi, regroupement de pièces.

Pièce adaptée : toilettes adaptées, salle de bain adapté, cuisine adapté.

Meubles adaptés : table adaptée, lit électrique ou médicalisé, siège adapté.

Dispositif de soutien, autres: dispositif lumineux équipements de domotique.

b) Le besoin déclaré en aides techniques et aménagement du logement à partir de l'enquête HSM

L'enquête HSM a également permis de relever les besoins non satisfaits, tout au moins ceux que les personnes interrogées ont voulu et/ou su déclarer. Très peu de besoins sont exprimés pour les problèmes de l'hygiène et de l'élimination (environ 1/1 000). Davantage de besoins sont exprimés pour les aides à la mobilité (1%), qui sont les plus répandues (14%). 3% expriment le besoin de s'équiper en téléalarme. Le besoin déclaré le moins satisfait est l'aide auditive : 11% des personnes déclarent un besoin, seules 7 % sont équipées.

c) Les aides techniques et ponctuelles dans les plans notifiés

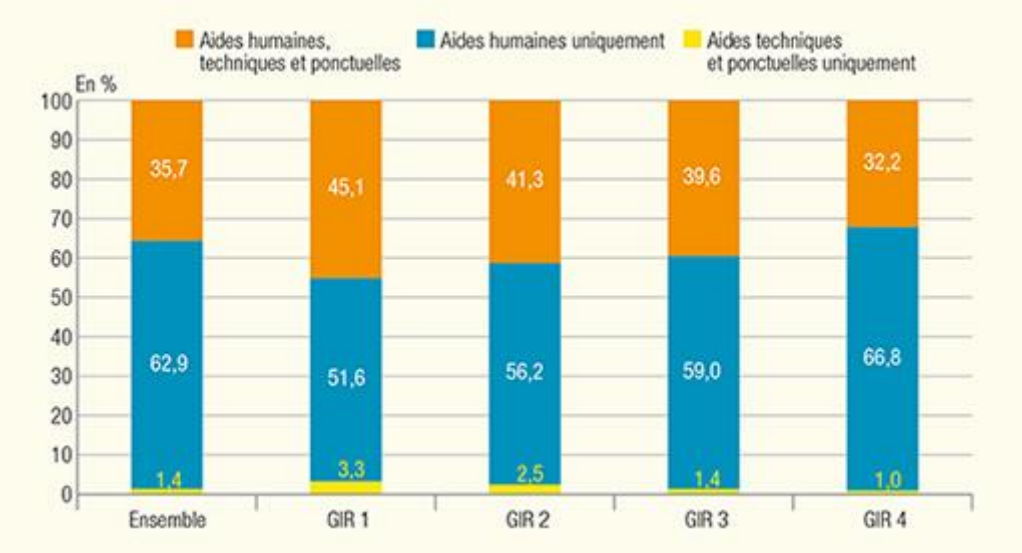
A partir des données individuelles sur les bénéficiaires de l'APA, la DREES[111] montre que si les plans notifiés par les départements aux bénéficiaires de l'APA à domicile prévoient quasi

[110] Données de l'enquête Handicap-Santé en ménages ordinaires (HSM) réalisée en 2008 par la DREES et l'INSEE dont l'objectif, comme l'enquête HID, était notamment de mieux appréhender les difficultés rencontrées dans leur vie quotidienne par les personnes malades ou en situation de handicap. Sources : *Vieillir chez soi : usages et besoins des aides techniques et des aménagements du logement*, DREES, Etudes et résultats n° 823, décembre 2012

[111] DREES, Etudes et résultats 1033, octobre 2017, Allocation personnalisée d'autonomie : les aides apportées aux personnes âgées

systématiquement le recours à de l'aide humaine, près de quatre plans sur dix incluent également des aides dites techniques ou ponctuelles[112] (voir Graphique 31).

Graphique 31. Répartition des bénéficiaires de l'APA selon le contenu du plan notifié d'APA, pour les différents GIR



Lecture : 51,6% des plans notifiés aux bénéficiaires en GIR 1 sont des plans comportant uniquement des aides humaines.
Champ : France métropolitaine, bénéficiaires ayant des droits ouverts pour l'APA à domicile au 31 décembre 2011.
Source : DREES – Données individuelles APA de 2011.

Les aides techniques les plus fréquentes sont la téléalarme (54% des plans), les fournitures d'hygiène (41%) et le portage de repas (22%). Les aides ponctuelles sont plus rares, prévues dans 5% seulement de ces plans.

Les plans prévoyant uniquement de l'aide technique ou ponctuelle sont à la fois les plus rares, les moins couteux et les moins susceptibles d'atteindre le plafond légal autorisé (moins de 8%). On peut penser lorsque des arbitrages doivent être rendus entre les différents types d'aides, ils se font au détriment de l'aide technique ou ponctuelle.

Une note en annexe 5 présente plus précisément les aides techniques et ponctuelles dans les plans notifiés.

d) La prise en charge des aides techniques

d1) Le financement par l'APA

Un financement public existe pour ces aides techniques depuis 1997, avec la création de la prestation spécifique dépendance, qui permettait de financer jusqu'à 10 % de son montant l'acquisition d'aides techniques.

La création de l'APA en 2001 pouvait théoriquement permettre un recours plus large aux aides techniques dans la mesure où le plafond de 10% n'existe plus. Le constat est que les plans d'aide pour les bénéficiaires de l'APA à domicile sont essentiellement consacrés à des

[112] Les aides techniques, versées tout au long de l'année, comprennent notamment les fournitures d'hygiène, le portage des repas et la téléalarme ; les aides ponctuelles peuvent inclure la pose de barres d'appui, l'achat de dispositifs de soutien (fauteuil roulant, etc.) ou l'aménagement du logement (adaptation des meubles, de la salle de bain ou de la cuisine).

aides humaines. En 2015[113], sur un montant d'aide par bénéficiaire de 4385€ en moyenne : 93 % est consacré aux aides humaines, 5 % aux aides techniques. 1 % est consacré à l'accueil de jour ou hébergement temporaire et 1 % à l'accueil familial.

L'APA finance donc une part réduite des aides techniques.

d2) Le financement par l'Assurance-maladie

L'Assurance-maladie est le premier financeur car nombre d'aides techniques sont aussi des dispositifs médicaux. Dans ce cas, s'applique aux aides techniques la procédure de mise sur le marché spécifique, le marquage CE, et les conditions d'un remboursement de l'assurance maladie si l'aide technique est inscrite sur le liste des produits et prestations (LPP) après une évaluation de la Haute autorité de santé. Le remboursement s'effectue sur la base d'un tarif de prise en charge et d'un taux de remboursement de 60%.

Sur environ 10 000 aides techniques différentes, 250 sont inscrites comme dispositif médical[114]sur la liste des produits et des prestations remboursables. Il s'agit notamment des audio prothèses, des déambulateurs, des fauteuils roulants, des lits médicalisés ou du matériel anti-escarre.

En 2016, selon le rapport de la CNSA[115], l'assurance maladie (CNAMTS) a remboursé pour la France entière près de 660 millions d'euros correspondant à 11,8 millions d'aides accordées à plus de 2,4 millions de patients âgés de 60 ans ou plus. Près de 6 bénéficiaires sur 10 sont des femmes. 53 % des bénéficiaires sont âgés de 80 ans et plus, dont 38 % de 80 à 89 ans.

Les fonds extralégaux de caisse primaire d'assurance maladie et de la mutualité sociale agricole apportent des compléments de financement.

d3) Le financement par la Caisse nationale d'assurance vieillesse

La CNAV finance également des aides de retour à domicile. Elle le fait au titre de sa politique de prévention des risques de la perte d'autonomie pour des retraités socialement fragilisés, en GIR 5 et 6 et sur préconisations de la structure qui a réalisé l'évaluation des besoins. En 2012, le versement moyen été d'un peu moins de 150€. La mise en place des conférences de financeurs en 2016 a développé son action.

d4) Le financement par les organismes complémentaires santé

Les organismes complémentaires santé interviennent aussi sur certaines aides. C'est notamment le cas lorsque le prix de marché est sensiblement supérieur au tarif de prise en charge de l'assurance-maladie. Dans le cas de l'appareillage des deux oreilles en audio prothèse, pour un montant de 4000 € par exemple[116], le montant pris en charge par l'organisme complémentaire (995€ en moyenne) est supérieur à celui de l'assurance-maladie (119 €).

[113] DREES, enquête Aide sociale 2015.
[114] IGAS, *Evaluation de la prise en charge des aides techniques pour les personnes âgées dépendantes et les personnes handicapées*. Avril 2013
[115] Dossier technique, conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie, CNSA décembre 2017
[116] La complémentaire santé – Acteurs, bénéficiaires, garanties, DREES Edition 2016

d5) Le financement par les départements

Les départements mènent des actions extralégales en faveur des personnes âgées et financent des aides : la téléalarme est l'aide la plus fréquemment citée dans une étude de la DREES de 2004[117]. L'accès à ces aides est souvent soumis à conditions de ressources.

d6) La conférence des financeurs

La loi ASV a créé au niveau départemental une conférence des financeurs de la prévention de perte d'autonomie. Le montant de l'enveloppe des conférences des financeurs s'est élevé en 2017 à 140 millions d'euros. Le premier axe d'action des conférences est d'améliorer l'accès aux équipements et aides techniques individuelles favorisant le soutien à domicile. Cet axe rassemble les aides techniques, dont les aides LPPR (lits et matériels pour lits, déambulateurs, cannes béquilles, audioprothèses...), les technologies de l'information et de la communication (téléassistance, domotique…) et les projets visant à en améliorer l'accès. Les conférences de financeurs peuvent intervenir dans le financement des aides techniques uniquement dans le cas de compléments apportés aux plans d'aides saturés. 40% des actions menées par la conférence doivent concerner des personnes non bénéficiaires de l'APA.
Le rapport précité de la CNSA indique que cet axe d'action sur les aides techniques représente 41 % des actions recensées par les conférences de financeurs. Il représente 36 % des dépenses réalisées en prévention de la perte d'autonomie en 2016 (hors aides financées par l'assurance maladie au titre de la LPPR), soit plus de 58 millions €. Les caisses de retraite et les conseils départementaux sont les principaux financeurs des aides techniques (hors aides financées par l'assurance maladie au titre de la LPPR).
En 2016, ils ont financé respectivement 26 millions pour 157 478 aides techniques attribuées et 11,7 millions d'euros pour 65 191 aides techniques attribuées.

e) L'évaluation de la prise en charge des aides techniques

L'évaluation faite en 2013 par l'IGAS de ce dispositif de financement était sévère. L'IGAS estimait 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'usager.

La préconisation d'intégrer toutes les aides techniques au sein de la liste des produits et prestations remboursables par l'assurance maladie et la suppression de leur prise en charge par l'APA était reprise notamment par le HCAAM.

La question du financement des aides techniques a été renouvelée par la loi ASV avec la création des conférences des financeurs.

Le rapport[118] de l'IGAS d'évaluation de la loi ASV de 2017 tend à confirmer les conséquences de l'absence de pilotage de la prise en charge des aides techniques dénoncées en 2013, auxquelles les dispositions de la loi ASV répondent mais partiellement. L'évaluation de l'IGAS montre que les acteurs concernés ne vont pas au bout d'une démarche de mutualisation, même si la conférence des financeurs a amélioré leur collaboration. Elle

[117] D'après le rapport MOREL, Société et vieillissement, 2011, 50 % des abonnés à un service de téléassistance le sont par l'intermédiaire d'une collectivité territoriale : 1/3 des Conseils Généraux proposent un service départemental de téléassistance – dont plus de la moitié délèguent l'ensemble de la prestation à une entreprise privée.
[118] *Evaluation de la mise en œuvre de la loi d'adaptation de la société au vieillissement pour le volet domicile*, IGAS, septembre 2017

montre ensuite que l'octroi des aides reste un exercice complexe pour les départements[119]. Pour l'IGAS, la nature des aides individuelles éligibles est peu lisible et les conditions d'octroi des aides sont fondées sur des critères discutables. L'IGAS recommande de simplifier les règles d'éligibilité des aides techniques à un financement par la conférence des financeurs.

Les travaux parlementaires sur l'application de la loi ASV vont dans le même sens et pointent deux difficultés sur le financement des aides techniques. La première est l'identification des aides techniques éligibles. La seconde est l'utilisation non optimale des financements disponibles pour l'accès aux aides. Les aides techniques individuelles sont prises en charge financièrement dans la limite de plafonds fixés par les financeurs, lorsque les plafonds de l'APA à domicile ne suffisent pas. Or, dans la plupart des cas, les plafonds d'APA ne sont pas atteints. Les financements qui pourraient être mobilisés au titre de la conférence des financeurs ne le sont donc pas dans la pratique.

3) L'adaptation du parc de logements

Depuis le rapport Laroque de 1962 qui invitait à favoriser un ensemble d'actions liées au domicile des personnes âgées pour « *prévenir les accidents et alléger les difficultés dues au vieillissement* », les pouvoirs publics poursuivent l'objectif de mener des actions à la fois sur la construction de logements neufs adaptés ou adaptables et sur l'amélioration et l'aménagement des logements existants.

a) Les enjeux

De manière générale, le parc de logements ordinaires est peu adapté aux problématiques de limitation de mobilité et de perte d'autonomie.

L'objectif visé par l'adaptation du logement est la préservation de la capacité d'une personne à rester vivre chez elle, même avec une maladie ou une forme de handicap. Il s'agit notamment de prévenir le risque de chute, important pour les personnes âgées puisqu'environ 1/3 des personnes âgées de 65 ans et plus vivant à domicile chutent chaque année[120].

Une revue de littérature[121] présente l'évaluation de l'efficacité de différents types d'actions pour réduire le risque de chutes. Les interventions visant à améliorer la sécurité domestique (actions sur les facteurs jugés gênants par la personne dans l'accomplissement de ses activités de la vie quotidienne : mauvais éclairage, ameublement difficile à utiliser, rangement peu accessible) sont efficaces, surtout chez les personnes les plus à risque de tomber et lorsqu'elles sont effectuées par des ergothérapeutes. Pour l'INPES[122], ce type d'intervention et le suivi des modifications du domicile, combiné à une approche éducative des facteurs de risque est une stratégie efficace de prévention.

La question de l'adaptation du parc de logements est ainsi un enjeu majeur, conjointement à une réflexion sur l'organisation des services à la personne. Dans son rapport de 2013, Luc Broussy soulignait que le logement est *« la clé de la vie quotidienne des personnes âgées et*

[119] Un dispositif comme la Technicothèque, sorte de plateforme de prêt ou location d'aides techniques, illustre la difficulté d'appliquer les règles d'octroi des aides qui ne concernent que des équipements neufs

[120] Cochrane Database Syst Rev. 2003;(4):CD000340.Interventions for preventing falls in elderly people. Gillespie LD1, Gillespie WJ, Robertson MC, Lamb SE, Cumming RG, Rowe BH

[121] Gillespie LD, Robertson M, Gillespie WJ, Sherrington C, Gates S, Clemson LM, Lamb SE. Interventions for preventing falls in older people living in the community. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 9. Art. No.: CD007146. DOI: 10.1002/14651858.CD007146.pub3.

[122] Référentiel de bonnes pratiques Prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile, publication INPES

donc un levier d'action pour leur autonomie. Il conditionne à la fois la capacité des personnes à se mouvoir de façon autonome et le maintien des relations sociales »[123].

b) Adaptation et adaptabilité des logements neufs

b1) La réglementation issue de la loi de 2005

La loi du 11 février 2005[124] rend obligatoire l'accessibilité des locaux d'habitation. Sont concernés les locaux d'habitation neufs, privés ou publics, et dans certains cas, des locaux d'habitation existants lorsqu'ils font l'objet de travaux. Tous les logements doivent respecter les normes concernant les circulations et les portes des logements. Des normes supplémentaires s'imposent à la construction des logements en rez-de-chaussée ou en étages desservis par un ascenseur[125] concernant la cuisine, la chambre, les sanitaires, accès au balcon…

Pour les maisons individuelles neuves, les exigences sont proches.

Pour les bâtiments d'habitation collectifs existants, ils doivent être rendus accessibles en cas de réhabilitation importante.

b2) Les assouplissements réglementaires concernant le cadre bâti

La réglementation de 2015

Un assouplissement sensible des normes d'accessibilité a été instauré par voie règlementaire en 2015[126] pour simplifier la réglementation applicable aux logements neufs, notamment :

- la possibilité de recourir à des solutions d'effet équivalent .
- l'assouplissement des contraintes particulières pour les logements à plusieurs niveaux situés dans un bâtiment d'habitation collectif

  -l'instauration d'un principe d'adaptabilité du logement à travers deux dispositions :
  - l'adaptabilité du logement neuf : l'acquéreur peut demander des travaux modificatifs (TMA)[127] sous réserve que des travaux simples permettent la réversibilité des aménagements ;
  - l'adaptabilité de la salle d'eau : si une douche n'est pas installée lors de la construction, son aménagement ultérieur doit être possible sans intervention sur le gros œuvre.

La loi du 23 novembre 2018 portant évolution du logement, de l'aménagement et du numérique (ELAN)

La loi ELAN prévoit de modifier la réglementation de l'accessibilité du cadre bâti. L'étude d'impact[128] mentionne que les exigences réglementaires sont à l'origine de difficultés, notamment « *en termes de qualité d'usage des logements et d'adaptation aux besoins des*

[123] Rapport de décembre 2013
[124] Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ; elle fait suite la loi du 30 juin 1975 qui a introduit d'orientation la réglementation de l'accessibilité du cadre bâti en faveur des personnes handicapées, modifiée par la loi du 13 juillet 1991.
[125] ou pour lesquels une desserte ultérieure par un ascenseur est prévue dès la construction
[126] un décret et un arrêté du 24 décembre 2015 ont été publiés au Journal Officiel du 27 décembre 2015
[127] dans le cadre de logements vendus en l'état futur d'achèvement
[128] Du 3 avril 2018

utilisateurs, que ce soit dans le parc privé ou le parc social ». Selon l'étude, l'offre de logement ne correspondrait pas aux attentes de la population. Le taux de recours aux travaux modificatifs acquéreurs, TMA, serait compris entre 50 et 70% lors des ventes en l'état futur d'achèvement.

Les objectifs du projet de loi sont de répondre aux enjeux de l'évolution des besoins des occupants d'un logement compte tenu notamment du vieillissement de la population : « *Les propriétaires ou locataires valides aujourd'hui peuvent devenir les demandeurs de logements accessibles de demain. Il faut ainsi penser le logement autrement pour accompagner les besoins tout au long de la vie. Ceci implique de repositionner les enjeux autour de tous les handicaps à tous les stades de la vie.* ».

Le projet de loi introduit pour les bâtiments d'habitation collectifs la possibilité de construire des logements[129] « évolutifs (ou réversibles), accessibles en grande partie et pouvant être rendus totalement accessibles par des travaux assez simples. À l'intérieur du logement, l'exigence d'accessibilité serait limitée au salon et au cabinet d'aisance. 20% des logements d'un immeuble, dont au moins un logement, seraient accessibles et adaptés aux handicaps, le restant serait des logements « évolutifs ». De plus, par voie réglementaire, devrait être rendue obligatoire la construction d'ascenseurs dans les immeubles de trois étages et plus", contre quatre actuellement[130], a déclaré le 26 septembre Edouard Philippe lors d'un déplacement à Cergy (Val d'Oise).

L'avis rendu par le Comité national consultatif des personnes handicapées, associé à la réflexion pour l'élaboration de la loi ELAN, souligne notamment l'importance de définir concrètement la notion d'évolutivité puisque la majeure partie des appartements devraient être « évolutifs ».

c) Les évaluations des besoins d'adaptation dans le parc privés

Les rapports préparatoires à la loi Adaptation de la société au vieillissement (ASV) font tous état d'une insuffisance de logements adaptés en France.

Comme le relève la Cour des comptes, l'évaluation des besoins est déjà ancienne. Elle s'appuie sur l'enquête SHARE, menée entre 2006 et 2007 auprès de 15 pays européens, qui faisait état d'un retard de la France en matière de logements adaptés aux personnes de plus de 65 ans. Les taux de logements adaptés aux Pays Bas et au Danemark étaient de 16 % et 12%, cette part n'étant que de 6% dans le parc français (Allemagne : 7,9%). La proportion des plus de 80 ans bénéficiant d'aménagements spéciaux dans leur résidence est de 45 % aux Pays-Bas, plus de 20 % en Allemagne, au Danemark et en Suède et 18 % seulement en France. Le taux d'aménagement progresse très fortement à partir de 80 ans[131].

L'Agence nationale de l'habitat avait évalué en 2011, pour le Conseil d'analyse économique[132] à deux millions le nombre de logements qui auraient besoin d'être adaptés du fait de l'avancée en âge de leurs occupants. Le nombre de ménages se trouvant dans cette situation et éligibles aux aides de l'ANAH était estimé à 830 000. Le montant total des travaux engendrés par l'adaptation de ces logements était estimé à près de 24 Md€ HT, dont plus de 10 Md€ pour les seuls propriétaires occupants éligibles aux aides de l'ANAH.

[129] Les mesures proposées concernent les logements situés en rez-de-chaussée, en étage desservis par un ascenseur ou pour lesquels une desserte ultérieure par ascenseur est prévue dès la construction.
[130] Annonce du premier ministre Edouard Philippe, le 26 septembre 2018
[131] Rapport Morel, Société et vieillissement, 2011.
[132] CAS, Note d'analyse numéro 245, l'adaptation du parc de logement au vieillissement et à la dépendance, octobre 2011.

Les retraités majoritairement propriétaires (74%) ; ils déclarent une satisfaction quant à la qualité de leur logement (81%) ; ils ont en conséquence une mobilité faible. Ce sont donc des logements de propriétaires occupants âgés qui sont la principale cible de la politique d'adaptation.

En 2016, l'objectif gouvernemental fixé en 2011, pour la période du quinquennat, de 80 000 logements devant fait l'objet d'adaptation aux besoins des personnes âgées dans le parc privé est annoncé comme atteint. Un nouvel objectif a été fixé, portant à 100 000 le nombre de logements adaptés à atteindre[133]. Selon l'ANAH, cet objectif est aujourd'hui atteint. De nouveaux objectifs devraient être fixés pour la période à venir (voir Tome 2).

d) Les aménagements possibles et leur coût

Différents aménagements sont possibles pour rendre le logement plus adapté aux conditions de vie et de déplacement des personnes âgées :

- Pose de volets roulants automatisés
- Appuis de déambulation
- Adaptation de l'éclairage, chemin lumineux
- Transformation de la baignoire en douche
- WC surélevés
- Nez de marches antidérapants
- Revêtements de sols antidérapants
- Installation de barre d'appui
- Réhausse de meuble
- …

Les travaux les plus fréquents relèvent de l'adaptation des sanitaires[134].

Le coût de ces travaux varie[135] :

- l'adaptation sanitaire : de 3 500 à 8 000 euros ;
- les adaptations pour faciliter la circulation intérieure environ 4 000 euros ;
- l'installation d'un monte-escalier ou d'une plateforme élévatrice entre 10 000 et 20 000 euros.

Les coûts moyens peuvent être évalués :

- entre 500 euros et 2 500 euros pour des projets d'adaptation simple, avec une moyenne de 1 500 euros ;
- entre 3 500 euros et 10 000 euros avec une moyenne de 7 500 euros pour des projets d'adaptation standard type : aménagement de la salle de bain, rehaussement des WC, sécurisation de la montée des marches par l'ajout d'une main courante ;
- entre 30 000 euros et 50 000 euros pour des projets d'adaptation lourde, avec une moyenne autour de 40 000 euros.

e) Les aides financières des logements privés

Les pouvoirs publics ont mis en place des aides financières pour favoriser l'adaptation du parc de logement existant[136]. De nombreux acteurs proposent ces aides, ouvertes pour chaque

[133] Communiqué de presse du ministère des Affaires sociales et de la santé du 5 juillet 2016
[134] Cour des comptes, Le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie, juillet 2016
[135] Sources : fédération nationale Habitat & Développement et la fédération PACT pour l'avis du rapporteur du Sénat, 2015.

situation d'occupation du logement, propriété ou location. La Cour des comptes[137] estime en 2015 le coût public global de ces aides à 96 millions par an en moyenne. Elle déplore l'absence d'outil national de recensement de logements sociaux ayant fait l'objet d'une adaptation liée au vieillissement.

Les aides de l'Agence nationale de l'habitat (ANAH)

L'ANAH est le principal financeur direct de l'adaptation du logement privé pour les besoins des personnes âgées, placé sous tutelle des ministères du logement et de l'économie.

En 2017[138], 18 185 logements ont fait l'objet d'une adaptation à la perte d'autonomie, pour un montant de 60,8 millions, soit 3346 euros d'aide moyenne. Parmi ces logements, 14 317 concernent le maintien à domicile (le reste concerne les situations de handicap), pour un montant de 45,8 millions, soit 3201 euros d'aide moyenne. Les aides sont octroyées aux propriétaires occupants, de plus de 60 ans, aux revenus modestes ou très modestes, justifiant d'une perte d'autonomie. Pour les ménages aux revenus modestes, l'aide est de 35% du montant des travaux plafonnée à 20 000€ (soit une aide maximum de 7000 euros) et pour les ménages aux revenus très modestes, l'aide est de 50% plafonnée à 20 000€ (soit une aide maximum de 10 000€). Une prime « Habiter Mieux » peut s'ajouter dès lors que les travaux de rénovation énergétique permettent un gain de consommation énergétique d'au moins 25 %.

Pour l'année 2014, on dispose de la répartition par GIR : sur 11 144 logements ayant bénéficié de de subventions[139], la moitié était occupée par des personnes autonomes pour les actes essentiels de la vie courante classées en GIR 5 et 6 et l'autre moitié par des personnes en GIR 1 à 4. Le montant moyen des travaux par logement s'est élevé à 9 000 euros pour les logements occupés par des personnes peu autonomes, et à 6 150 euros pour les logements occupés par des personnes autonomes.

La personne âgée qui bénéficie d'aides attribuées par l'Anah pour financer les travaux bénéficie aussi de l'accompagnement social, technique et financier.

L'ANAH a fait en 2015 une enquête[140] pour connaitre le profil des personnes aidées et mesurer l'impact des travaux : l'âge moyen des ménages concernés est de 73 ans ; 63 % sont des femmes ; 65 % recourent à une aide technique (canne, fauteuil...) ; 46 % font appel à une aide humaine pour la vie quotidienne (aide à domicile...). Le montant moyen des aides s'élève à 3550€ HT par logement adapté ; les travaux les plus courants concernent l'adaptation de la salle de bain, des WC, et des accès et cheminements à l'intérieur du domicile. D'une manière générale, les travaux ont permis de réduire les incapacités physiques et d'améliorer le confort et la sécurité des logements.

Les aides des caisses de retraite

L'adaptation du logement des personnes âgées est un axe central de la convention d'objectifs et de gestion (COG) conclue entre la CNAVTS et l'État pour la période 2014-2017. Cette priorité s'est notamment traduite par l'attribution de plus de 13 000 aides à l'adaptation de l'habitat en 2015, soit +30% par rapport à 2014. En 2014, les aides de la CNAVTS avaient

---

[136] Cette section reprend en partie la présentation de la Cour des Comptes dans son rapport de juillet 2016 sur Le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie, juillet 2016

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

[138] ANAH, Chiffres clés 2017

[139] 11 144 logements ayant bénéficié de 34,9 millions d'euros de subventions pour la réalisation de travaux d'adaptation à la perte d'autonomie[139], soit une subvention moyenne de 3 135 euros par logement. Source : Rapport du Sénat, 2015

[140] Enquête réalisée en 2015 auprès de 1053 propriétaires occupants ayant effectué des travaux d'adaptation (rapport Cour des compte de 2016)

permis d'adapter 9 776 logements individuels, dont 62 % avec des cofinancements de l'ANAH. En outre, 24 540 kits de prévention - aide forfaitaire pour des équipements tels que sièges de WC et de douche, tapis antidérapants, barres d'appui, mains courantes d'escaliers, kit de balisage lumineux - ont été délivrés à des retraités désireux d'équiper leur logement en aides techniques pour prévenir les chutes. La CNAVTS indique que environ 48 000 personnes ont bénéficié d'une aide à l'habitat accordée par l'Assurance Retraite sur la période 2011-2015 dont environ 60% ont fait l'objet d'un co-financement CNAVTS/ ANAH.

Ces aides sont versées sous conditions de revenus.

Les aides des collectivités locales

En plus de l'APA qui peut financer des travaux d'adaptation des logements, de nombreux départements proposent des aides pour l'adaptation du logement des personnes âgées, au cas par cas et en dehors des plans d'aide. Certains départements ont décidé d'exclure systématiquement l'aménagement du logement des plans d'aide APA et d'y intégrer, en substitution, des offres de service de téléassistance et de domotique, dont les frais de fonctionnement sont souvent proches de 20 € par mois.

Les communes, via les centres communaux d'action sociale, peuvent venir en appui des dispositifs existants. Ces politiques décentralisées sont très diversement développées sur les territoires.

Les appartements proposés par les bailleurs sociaux

Les bailleurs sociaux ont progressivement adapté leur politique patrimoniale en intégrant un volet « accompagnement du vieillissement » dans les plans stratégiques de patrimoine. Le bailleur social prend en charge l'intégralité des aménagements et travaux d'adaptation (maîtrise d'ouvrage, maîtrise d'œuvre, financement). Il choisit soit d'intervenir au cas par cas à la demande du locataire âgé sur justificatifs, soit de proposer au locataire âgé un relogement adapté.

L'article 20 de la Loi ASV a introduit la possibilité pour la commission d'attribution des logements sociaux d'attribuer en priorité tout ou partie des logements construits ou aménagés spécifiquement pour cet usage à des personnes en perte d'autonomie liée à l'âge ou au handicap, dans le cadre de programmes bénéficiant d'une autorisation spécifique délivrée par le représentant de l'Etat dans le département. Un suivi de l'application de cette mesure serait intéressant.

Le crédit d'impôt

Le crédit d'impôt en faveur des personnes à mobilité réduite, mis en place à partir de 2005 permet de couvrir 25 % des dépenses d'acquisition d'équipements spécialisés et 40 % des dépenses de diagnostic préalables aux travaux. Il est cumulable avec d'autres subventions, mais il ne s'applique que sur les dépenses effectivement supportées par le contribuable pour sa résidence principale et donc sur le reste à charge. En 2012, son coût total s'élevait à 36 M€.

Les travaux d'adaptation du logement sont des travaux de rénovation qui bénéficient à ce titre du taux réduit de TVA applicable aux travaux d'amélioration, de transformation, d'aménagement et d'entretien sur des logements achevés depuis plus de deux ans. La dépense fiscale est estimée à 23 M€ annuels.

Selon les calculs opérés par la Cour des comptes, les montants annuels des dépenses fiscales engagées sont supérieurs aux montants des financements directs.

**

La Cour des comptes identifie les freins à l'utilisation des aides par les ménages : déni du vieillissement, craintes de dévaloriser son bien, méconnaissance des coûts et du reste à charge, difficultés à mobiliser la trésorerie nécessaire… Elle souligne les efforts de coordination des acteurs[141], les actions d'information de l'ANAH et les dispositions prises pour les ménages modestes (avance sur subvention), mais pointe le manque d'accompagnement de toutes les personnes non éligibles aux aides de l'ANAH, CNAVTS ou APA. Elle dénonce de plus l'absence de données consolidées sur les dépenses, l'absence de suivi des adaptations réalisées et la nécessité d'actualiser l'estimation des besoins, notamment grâce aux programmes locaux de l'Habitat[142] et aux travaux de l'ANAH.

4) Un déficit en services de proximité

Encadré : Un déficit de services de proximité peut rendre difficile le soutien à domicile.

En 2013, près de 40% des personnes âgées de 55 ans estiment que leur logement est proche des commerces et des transports. Cette proportion décroit à partir de 75 ans pour tomber en-dessous de 30% après 90 ans (pour les personnes qui vivent à domicile)[143].

Le temps d'accès aux services et équipements dépend notamment de la densité des territoires (cf. tableau 28)[144]. A notre connaissance, il n'existe pas d'étude détaillée de l'accès aux services des personnes âgées, l'accessibilité aux services étant fonction de plusieurs facteurs : information sur leur existence et leur condition d'utilisation, la distance, le coût, la disponibilité (horaire, délai d'attente…)[145].

[141] Notamment : rapport commun ANAH/ CNAVTS sur l'adaptation des logements pour l'autonomie des personnes âgées, convention de partenariat interrégime CNAVTS/MSA/RSI et ANAH pour favoriser une meilleure articulation des actions, mise en place de guichet unique de l'habitat par certaines collectivités locales…

[142] Les objectifs de la loi ASV précisent que « *les schémas gérontologiques et les programmes locaux de l'habitat (PLH) établis au niveau des communes et intercommunalités doivent à l'avenir servir de supports à des politiques coordonnées d'adaptation de l'habitat au vieillissement et à la perte d'autonomie. La loi garantit désormais que les PLH prennent en compte le sujet du logement des âgés. Le PLH devra prendre en compte les besoins liés à la perte d'autonomie…* ». Les PLH doivent désormais prendre en compte les problématiques territoriales de l'habitat des âgés en milieux urbains denses, en milieu rural et périurbains.

[143] Source : enquête Logement 2013.

[144] Barbier M., Toutin G., Lévy D. (2016), « L'accès aux services, une question de densité des territoires », INSEE *première*, n°1579, janvier 2016 ; *INSEE (2015), « La France et ses territoires* - INSEE *Références - Édition 2015 »*, INSEE *Références, avril 2015*.

[145] L'exploitation des données de Care-Ménages (DREES) devrait apporter des éléments sur ces questions d'accessibilité.

Tableau 28. Temps médians d'accès aux services et équipements (en minutes)

	Catégories de communes			
	Densément peuplées	De densité intermédiaire	Peu denses	Très peu denses
Equipements de la gamme de proximité les plus proches (*)	5	5	8	13
Médecin omnipraticien le plus proche	4	4	10	16
Pharmacie la plus proche	4	4	10	18
Urgences les plus proches	14	26	40	52

(*) La « gamme de proximité » comporte 29 types d'équipements : poste, banque-caisse d'épargne, épicerie-supérette, boulangerie, boucherie, école ou regroupement pédagogique intercommunal, médecin omnipraticien, pharmacie, taxi…
Note : il s'agit du temps médian d'accès en minutes, en automobile, en heure creuse, du chef-lieu de la commune de résidence au chef-lieu de la commune d'implantation du service le plus proche. Pour l'infra-communal, les calculs se sont entre les carreaux de 200 mètres : la médiane représente le temps d'accès de chaque carreau de 200 mètres à l'équipement le plus proche. Les distances sont calculées avec le distancier Métric de l'INSEE.
Les personnes ne disposent pas toujours d'une voiture et ne vont pas forcément à l'équipement le plus proche de chez eux.
Champ : France métropolitaine, La Réunion et la Martinique.
Source : INSEE, Base permanente des équipements.

5) Les aidants

Connaître la nature (aide monétaire et aide « en nature ») et l'évolution de l'aide non professionnelle (notamment l'aide familiale) a une grande importance. La présence active d'aidants facilite le maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie et contient le déport sur les établissements.

On a analysé l'aide familiale dans le rapport du Conseil de l'âge de décembre 2017 (tome 3). On en reprend ici les principales conclusions.

a) Estimation de l'effectif des aidants

Si l'on reprend les estimations du rapport du Haut Conseil de la famille (HCF) de 2011[146], on peut retenir les ordres de grandeur suivants :

- en 2008, 4,3 millions d'aidants d'une personne âgée de 60 ans ou plus vivant à domicile l'aident régulièrement (que ce soit en lui apportant une aide dans la vie quotidienne, une aide financière ou un soutien moral), dont un peu plus de 80% sont des aidants familiaux ; moins de 2,8 millions apportent une aide régulière à la vie quotidienne (enquête Handicap Santé, DREES) ;
- en 2010, sur le champ des allocataires de l'APA à domicile, on estime entre 800 000 et 850 000 le nombre de proches aidants et entre 700 000 et 750 000 le nombre d'aidants familiaux, soit plus d'un aidant par allocataire.

[146] Insérer la référence du rapport

b) Qui sont les aidants ?

Les femmes représentent 54 % des proches de l'entourage aidant régulièrement une personne âgée de 60 ans ou plus vivant à domicile, en raison d'un problème de santé ou d'un handicap (enquête Handicap-Santé auprès des aidants menée par la DREES en 2008). 62% des aidants d'allocataires de l'APA pour les actes de la vie quotidienne sont des femmes. Celles-ci sont donc majoritaires, mais pas autant qu'on le pense souvent. La proportion de femmes augmente cependant significativement quand on considère uniquement les aidants les plus « intensifs », aidant quotidiennement ou presque.

L'âge moyen des aidants est de 58 ans : 27% ont moins de 50 ans, 26% ont entre 50 et 59 ans, 31% ont entre 60 et 74 ans et 16% ont 75 ans ou plus (enquête Handicap-Santé auprès des aidants menée par la DREES en 2008).

Les aidants familiaux représentent plus de 80% des aidants informels. Le nombre d'aidants qui ne sont pas de la famille (les amis, les voisins…) n'est donc pas négligeable.

39 % des aidants occupent un emploi. Chez les aidants âgés de 40 à 64 ans, 68 % sont en emploi (55 % à temps plein et 13 % à temps partiel) selon le Baromètre 2017 de la Fondation Médéric Alzheimer.

En ce qui concerne le lien aidant familial- aidé : les conjoints et les enfants sont les principaux pourvoyeurs d'aide familiale. Globalement, les hommes sont principalement aidés par leur conjointe (et dans une moindre mesure par leur fille) et les femmes par leurs enfants. Cette situation tient essentiellement aux différences d'espérance de vie entre femmes et hommes et aux différences d'âge au sein des couples. De façon générale, l'aide des enfants augmente avec le degré de dépendance de leur parent et en l'absence de conjoint[147]. Les belles-filles jouent également un rôle important.

c) Formes de l'aide

c1) L'hébergement d'une personne en perte d'autonomie au domicile d'un proche

11% des personnes âgées de plus de 85 ans vivent avec des proches. Dans ce cas, l'hébergeant peut déduire de son revenu imposable l'obligation alimentaire exécutée « en nature » en cas d'hébergement à son domicile pour autant que l'ascendant soit dans le besoin.

Cette mesure fiscale ne concerne par définition que les contribuables imposés et sa valeur augmente avec le revenu.

c2) Les aides financières

Selon l'enquête Patrimoine de l'INSEE[148], 14% des personnes ayant un ascendant encore vivant (et ne vivant pas avec eux) l'ont déjà aidé dans le passé.

[147] Sur la dynamique de l'aide familiale en France et en Europe, voir par exemple Fontaine R., Gramain A., Wittwer J., (2007), « Les configurations familiales mobilisées autour des personnes âgées dépendantes en Europe », *Economie et statistique*, n°403-404.

[148] Héritages, donations et aides aux ascendants et descendants. Dossier INSEE août 2017

Tableau 29. Type d'aide versée au(x) parent(s), parmi les individus ayant déjà aidé leur parent

Don d'argent à l'occasion d'un achat ou d'un évènement important	34,1 %
Mise à disposition gratuite d'un logement ou paiement d'un loyer	8,7 %
Prêt d'argent	18,4 %
Financement d'une maison de retraite	8,9 %
Versements réguliers d'une somme d'argent	23,0 %
Autre aide financière	22,3 %

Champ : ménages ordinaires résidant en France, y compris DOM (hors Mayotte), et qui ont versé une aide à leurs parents.
Source : INSEE, enquête Patrimoine 2014-15.

L'analyse de l'INSEE appelle quatre remarques :
- on n'a pas à ce stade d'éléments sur la part de ces aides qui concernent les allocataires de l'APA ;
- la probabilité d'une aide augmente avec le revenu des enfants ;
- les enfants uniques aident plus souvent leurs parents ;
- parmi les enfants âgés de 60 à 69 ayant versé une aide à leur parent, 31 % ont financé une maison de retraite.

Ces aides sont soutenues par des aides fiscales.

c3) Les aides en nature

- L'aide de l'entourage est plus fréquente que l'aide professionnelle.

Parmi les 3,65 millions de personnes de 60 ans ou plus vivant à domicile et recevant de l'aide (qu'ils soient ou non allocataires de l'APA), 80% reçoivent de l'aide informelle[149] et seulement 50% une aide professionnelle[150].

Le recours croissant à l'aide professionnelle en fonction du degré de perte d'autonomie et de l'âge ne se traduit pas par une diminution du recours à l'aide de l'entourage. L'aide mixte combinant aide informelle et aide professionnelle est la configuration d'aide la plus fréquente chez les personnes ayant une perte d'autonomie sévère.

- L'aide de l'entourage est plus intense que l'aide professionnelle.

Sur le champ de l'ensemble des bénéficiaires de l'APA à domicile, le volume moyen d'aide informelle par bénéficiaire déclaré en 2003 était de 3 heures et 30 minutes. L'aide augmente avec le GIR (elle est de 4 heures 55 minutes pour les en GIR 3 à 1).

Ces estimations sont très approximatives :

* les données sont anciennes. Or il est vraisemblable que le développement de l'APA depuis cette date s'est traduit par une diminution de l'apport des aidants ;

* il faudrait vérifier qu'on n'impute pas à la personne aidée des tâches que l'aidant aurait faites pour lui-même.

Il est donc raisonnable de penser que ces données surestiment l'apport des aidants.

[149] 48% de façon exclusive
[150] Soullier N., Weber A., (2011), « L'implication de l'entourage et des professionnels auprès des personnes âgées à domicile », *Etudes et résultats*, n°771, DREES.

Selon le baromètre 2017 de la Fondation Médéric Alzheimer, les aidants âgés de 40 à 64 ans sont 23% à aider tous les jours, 46% toutes les semaines, 31% tous les mois.

- La valorisation de l'aide des proches aidants

Elle dépend de la convention de calcul retenue.Cette aide peut être valorisée par la méthode des biens proxy, qui suppose que la valeur de l'aide informelle est égale à la valeur du plus proche substitut marchand.

Sur la base de 13€/h, la valeur de l'aide informelle moyenne parmi les bénéficiaires de l'APA à domicile est de 1 374€/mois et la valeur totale est de l'ordre de 12,5Md€.

Sur la base d'une indemnisation à 4,75€/h (comme pour la PCH) la valeur de l'aide informelle moyenne parmi les bénéficiaires de l'APA à domicile est de 502€/mois et la valeur totale est de l'ordre de 4,55Md€.

d) Impact sur la participation au marché du travail : des ajustements parfois nécessaires

Contrairement à ce que l'on peut observer pour les « soins » aux jeunes enfants, l'aide aux personnes âgées en perte d'autonomie conduit rarement au retrait du marché du travail. Selon l'enquête Handicap-santé auprès des aidants (DREES, 2008), seuls 2 % des aidants au chômage, au foyer ou dans une autre situation d'inactivité déclarent que leur inactivité professionnelle est due à leur rôle d'aidant.

Les aménagements de la vie professionnelle concernent en revanche 11 % des aidants en emploi (enquête HSA de la DREES). Parmi eux, « 77 % ont modifié leurs horaires de travail (37 % ont réduit leur nombre d'heures), 15 % se sont rapprochés de leur lieu de travail ou ont opté pour le télétravail, 15 % ont connu un arrêt de travail (arrêt maladie, arrêt d'activité ou retraite anticipée), 13 % ont changé la nature de leur travail (avec ou sans changement d'employeur) »[151].

Ici, aussi les effets se concentrent sur ceux exprimant une charge ressentie importante (20 % des aidants). « Parmi les aidants en emploi, 33% des aidants qui ressentent une charge importante ont dû aménager leur vie professionnelle (horaires, lieu, nature du travail…) ; c'est le cas de 5% des aidants qui ressentent une charge légère ou aucune charge »[152].

Certains aidants doivent également renoncer à des changements professionnels (12 % des aidants ressentant une charge importante).

e) Les attentes des aidants sont mal satisfaites

Les attentes les plus signalées portent sur le « répit » (allègement des contraintes de présence auprès de la personne aidée) et une aide dans l'organisation – parfois complexe – du calendrier des services de professionnels.

Pour les aidants actifs, la modification des conditions de travail (passage à temps partiel, aménagements d'horaires, amélioration des congés, etc.) est demandée avec insistance sous forme de droits opposables aux employeurs.

[151] Soullier N. (2011)

[152] Soullier N., (2012), « Aider un proche âgé à domicile : la charge ressentie », *Etudes et résultats*, n°799, DREES, mars 2012.

Les droits en matière de retraite sont modestes, en net retrait par rapport aux dispositifs retenus dans la PCH.

La revendication d'une indemnisation « du temps passé en aide » ne semble pas prioritaire.

6) Un développement lent et insuffisant de l'accueil temporaire

Si les premières formules d'accueil temporaire (accueil de jour et hébergement temporaire notamment) sont nées à la fin des années 70, c'est la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médicosociale qui leur donne une existence légale (article L.312-1 du CASF).

Le décret du 17 mars 2004[153] définit ainsi l'accueil temporaire (article D.312-8 CASF) : « *il s'adresse aux personnes handicapées de tous âges et aux personnes âgées et s'entend comme un accueil organisé pour une durée limitée, le cas échéant sur un mode séquentiel, à temps complet ou partiel, avec ou sans hébergement, y compris en accueil de jour. Il vise à développer ou maintenir les acquis et l'autonomie de la personne accueillie et faciliter ou préserver son intégration sociale.* ».

Les textes englobent dans la dénomination d'« accueil temporaire », plusieurs types de prise en charge ou d'accompagnement, en particulier l'accueil de jour (AJ) et l'hébergement temporaire (HT) mais également les accueils de nuit (cf. encadré ci-dessous).

Ils reconnaissent ainsi la fonction de répit des aidants (notamment familiaux) et l'intérêt de ce type d'accueil dans les situations d'urgence ou les périodes de transition (avant une entrée en établissement ou un retour au domicile - après hospitalisation par exemple-).

Encadré : Les différentes modalités de l'accueil temporaire

L'accueil de jour a vocation à accueillir une ou plusieurs journées par semaine des personnes présentant des troubles cognitifs. Il vise à préserver l'autonomie des personnes, à leur faire bénéficier d'un accompagnement médico-social régulier, reposant principalement sur des activités collectives et également des moments de répit à leurs aidants naturels. Ce type de structure peut fonctionner de manière autonome ou être rattaché à un EHPAD.

Concernant l'hébergement temporaire, il est limité dans le temps pour des personnes âgées dont le maintien à domicile n'est plus possible momentanément. Il peut être pratiqué en résidence autonomie, en EHPAD, en petites unités de vie (PUV). Le plus souvent les lits d'hébergement temporaire sont raccrochés à un EHPAD et portent sur un nombre limité de 1 à 5 places. Il existe cependant des structures autonomes entièrement dédiées à l'hébergement temporaire des personnes âgées. Ces hébergements ont souvent adopté le dispositif de petite unité de vie pour porter cette offre de prise en charge.

Le gestionnaire est autorisé à moduler le tarif hébergement proposé afin de tenir compte de la spécificité de l'hébergement temporaire qui se caractérise généralement par un taux d'occupation moindre. Pour les structures habilitées à l'aide sociale, le tarif fixé par le conseil départemental ne varie pas, en général, de celui fixé pour l'hébergement permanent classique.

L'accueil de nuit existe dans certains EHPAD mais reste aujourd'hui très limité. Il est proposé pour une ou plusieurs nuits. L'accueil intègre généralement le dîner et le petit déjeuner.

[153] Décret n°2004-231 du 17 mars 2004 relatif à la définition et à l'organisation temporaire des personnes handicapées et des personnes âgées

Les articles D312-8 et 9 du CASF posent un certain nombre d'obligations minimales d'accueil :

- la demande d'une autorisation spécifique pour l'accueil temporaire, distincte de l'autorisation pour les places d'hébergement ou d'accueil permanent ;
- le respect de normes de sécurité et d'accessibilité, notamment architecturales ;
- le respect des capacités minimale et maximale d'accueil[154] ;
- l'élaboration d'un projet d'établissement spécifique.

a) Une croissance de l'accueil temporaire continue mais encore insuffisante au regard des objectifs fixés par les pouvoirs publics

Les formules d'accueil temporaire se développent depuis les années 2000 sous l'impulsion :

- de la demande sociale des personnes et de leurs aidants ;
- des évolutions juridiques permettant une diversification des modes d'accompagnement des personnes âgées ;
- des différents plans gouvernementaux relatifs au grand âge et à la maladie d'Alzheimer (cf. encadré ci-dessous) qui ont fixé des objectifs chiffrés de développement à atteindre.

Encadré : Objectifs de développement de l'accueil temporaire fixés dans les divers plans gouvernementaux et bilans réalisés

Le plan Vieillissement et Solidarités (2004-2007) prévoyait la création de 13 000 nouvelles places d'accueil temporaire. En termes de réalisation, le plan a permis la création de 4 140 places d'accueil de jour et 1 837 places d'hébergement temporaire[155] sur les années 2004, 2005 et 2006.
Le Plan Solidarité Grand Age (2007-2012) fixait comme objectif de créer un véritable « droit au répit », permettant à chaque famille de pouvoir « souffler ». Ce plan prévoyait la création sur cette période de 10 900 places d'accueil de jour et 6 100 places d'hébergement temporaire[156].
Dans le même temps, la mesure 1 du plan Alzheimer (2008-2012) comprenait la création de places dédiées aux malades d'Alzheimer, facilitant ainsi leur admission, dans l'objectif « *d'offrir sur chaque territoire une palette diversifiée de structures de répit correspondant aux besoins des patients et aux attentes des aidants, en garantissant l'accessibilité à ces structures* ». Il était initialement prévu de créer en 2008, 2 125 places d'accueil de jour réservées par an, pour parvenir sur la durée du plan à 11 000 places réservées. En ce qui concerne l'hébergement temporaire, l'objectif de création était de 5 600 places sur la durée du plan.

Les objectifs initiaux du PSGA et du plan Alzheimer de création de place ont été révisés à la baisse en cours de plan, les crédits ayant été dégagés pour financer 150 plateformes d'accompagnement et de répit à destination des aidants familiaux. *« Au 31 décembre 2012, 5 248 places d'accueil de jour réservées Alzheimer avaient été créées, soit deux fois moins que ce qui avait été initialement prévu*

[154] Les unités de vie ou d'accueil temporaire ne doivent pas dépasser douze places chacune, et pour les accueils de jour, la capacité minimale d'accueil est fixée à 6 places, avec cependant une exception possible pour les territoires à faible densité démographique, en zone rurale ou enclavée, accordée par l'ARS (Décret n°2016-1211 du 26 août 2016)
[155] Vasselle A., 2008, Rapport au nom de la mission commune d'information sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque, Rapport d'information du Sénat, n°447.
[156] sans que l'on sache si cet objectif s'ajoute au précédent ou si les deux se cumulent

mais en cohérence avec l'objectif révisé de 5 400 places »[157] et 2 634 places d'hébergement temporaire ont été créées, ce qui correspond à un taux de réalisation de 47 %.

Le Plan Maladies Neurodégénératives (2014-2019) fixe comme objectif dans sa mesure 29 d'adapter et de mieux organiser l'offre en accueil de jour et en hébergement temporaire pour diversifier les solutions d'accompagnement en soutien du domicile et de poursuivre le développement de l'offre d'accueil temporaire jusqu'aux cibles prévues au plan précédent.

Alors que le rapport Le Bouler précité de 2006 ciblait 58 000 places d'accueil temporaire en 2015, on dénombre fin 2016 14 391 places d'accueil de jour et 11 174 places d'hébergement temporaire, soit un total de 25 500 places. Ceci représente des taux d'équipement respectifs de 2,36 et 1,83 pour 1 000 personnes (cf. tableau 30).

Les dernières données de l'enquête nationale de la Fondation Médéric Alzheimer[158] révèlent en ce qui concerne l'accueil de jour des variations départementales importantes avec des taux d'équipement allant de zéro dans deux départements à plus de 45 pour 10 000 dans les départements les mieux dotés. De telles disparités existent aussi pour l'hébergement temporaire[159].

Tableau 30 : Places installées et taux d'équipement au 31/12/2016 (France hors Mayotte)

	Nombre de places installées au 31/12/2016	Taux d'équipement pour 1000 pers.
AJ	14 391	2,36
HP	577 708	94,80
HT	11 174	1,83
SIAD	119 928	19,68
UHR	1 433	0,24
Total ESMS	**724 634**	**118,91**

Sources : Nombre de places : Finess au 31/12/2016
Population : population des 75 ans et plus au 01/01/2016, INSEE

Selon la DREES[160], l'accueil temporaire concernerait fin 2015 4% des personnes accueillies, soit 8 400 personnes en hébergement temporaire (contre 7 700 quatre ans plus tôt) et 8 700 personnes en centre d'accueil de jour (1 380 de plus qu'en 2011).

a1) Une forte progression du développement de l'accueil de jour entre 2008 et fin 2016

Comme l'indique la CNSA[161], la capacité des accueils de jour a connu une forte progression (+93%) entre 2008 et fin 2016. En 2017, l'enquête nationale de la FMA recense 1 749 ac-

[157] « Rapport d'évaluation du plan Alzheimer 2008-2012 », Professeur Joël ANKRI et Professeure Christine VAN BROECKHOVEN, juin 2013
[158] Lettre de l'Observatoire de la Fondation Médéric Alzheimer n°49-50, 2018
[159] cf. partie sur les disparités territoriales III) E) 2) c)
[160] Muller M. (2015), « 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015 », Etudes et résultats, n°1015
[161] CNSA, (2017b), Accueil et accompagnement des personnes âgées - Bilan des réalisations au 31/12/2016 et programmation du développement de l'offre entre 2017 et 2021

cueils jour destinés aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, ce qui représente 14 517 places.

Selon cette même étude, les accueils de jour autonomes (« centres de jour ») regroupent près d'un quart de ces places (24 %, soit 3 453 places), tandis que les accueils de jour rattachés à un EHPAD en regroupent 76 % (soit 11 064 places).

46 % des accueils de jour appartiennent au secteur public, 40 % au secteur privé associatif et 14 % au secteur privé commercial. Les accueils de jour autonomes relèvent majoritairement du secteur privé associatif (74 %) alors que les accueils de jour rattachés à un établissement d'hébergement relèvent pour la moitié d'entre eux du secteur public.

Parallèlement à l'augmentation du nombre total de places, le nombre d'accueils de jour de moins de 6 places a très fortement diminué sous l'impulsion de la circulaire de la DGCS de 2010, l'objectif était ainsi que soit garantie au sein de la structure un véritable projet d'accompagnement et une organisation adéquate dans des locaux.

Les accueils de jour de moins de 6 places représentent aujourd'hui 19% de l'ensemble des accueils de jour installés (contre 62 % en 2008[162]). L'enquête de la FMA précise que la capacité moyenne en accueil de jour autonome est de 13 places et de 7 places dans les accueils de jour rattachés.

La mise en application de la circulaire de 2010 est plus longue qu'escompté sur certains territoires (Pays de la Loire, ex-Lorraine et ex-Poitou-Charentes) qui ont dû restructurer une très grande partie de leur offre d'accueil de jour, en procédant soit à des extensions de structures existantes soit à des regroupements et suppressions d'établissements.

Selon l'enquête FMA, 9 % (soit 156) des accueils de jour recensés en 2017 sont porteurs d'une plateforme d'accompagnement et de répit. Près de 90 % des accueils de jour organisent le transport des personnes accueillies entre leur domicile et l'accueil de jour. Il s'agit le plus souvent d'un véhicule de l'accueil de jour (46 %) ou de l'intervention d'un prestataire extérieur (42 %), le remboursement aux familles des personnes malades des frais de transport étant moins pratiqué (36 %).

a2) Un développement plus lent de l'hébergement temporaire et quasi nul de l'accueil de nuit

Le nombre de places en hébergement temporaire a cru de 30 % entre 2011 et 2016, passant ainsi de 8 585 à 11 174 places.

Selon l'enquête nationale de la FMA, 45 % des établissements, hors centres d'hébergement temporaire exclusifs, proposent des solutions d'hébergement temporaire (52 % dans les EHPAD) et 51 % n'en proposent pas (5 % n'ont pas renseigné la question). Les centres d'hébergement temporaire, majoritairement de statut privé associatif, ont vu leur capacité totale diminuer de 6 % par rapport à l'enquête de 2015.

[162] Dans les années 2000 (principalement à partir de 2005, année de la circulaire d'application du deuxième plan Alzheimer 2004-2007), certains financeurs incitaient les porteurs de projet à inscrire systématiquement quelques places d'accueil de jour au sein de tout projet d'EHPAD, conduisant ainsi à installer une majorité de petits accueils de jour (parfois de seulement 1 ou 2 places).

Les données disponibles sur l'HT datent de 2013 et ne portent pas sur l'ensemble des places existantes (cf. encadré ci-dessous).

Extraits de l'analyse statistique des données issues des rapports d'activité 2013 des établissements et services sociaux et médicosociaux, septembre 2014[163]

1 657 structures ont répondu à tout ou partie du questionnaire (ce qui représente 59 % des structures étant idenfiées dans FINESS comme autorisées à avoir une activité d'hébergement temporaire).

Capacité d'accueil en HT
La capacité d'accueil installée moyenne des unités d'HT est de 3,6 places installéesen baisse depuis 2010 et près de la moitié des établissements ne disposent que d'une ou deux places. Les établissements spécialisés en HT offrent beaucoup plus de places : 20,3 en moyenne.

Bénéficiaires de l'HT
Une place d'HT a bénéficié en moyenne à 6 personnes différentes sur l'année, ce quel que soit le type de structure d'hébergement. Près de 80% des bénéficiaires d'hébergement temporaire ont un niveau de dépendance moyen ou lourd (46,3% des personnes en GIR 3 ou 4, et 33,5 % en GIR 1 ou 2). La durée moyenne par séjour est de 36,7 jours (5 semaines).

Motifs d'entrée en HT
Les séjours en hébergement temporaire ont pour principal motif le besoin d'un relais ou d'un répit (dont vacances) à l'aidant non professionnel accompagnant les personnes en situation de perte d'autonomie (60,3% des établissements répondants). Viennent ensuite la préparation à une entrée en hébergement permanent (19%) et la sortie d'hospitalisation (15,4%). Certaines périodes de l'année correspondent à davantage de demandes d'hébergement temporaire (juillet-août et période hivernale).
Un peu moins de la moitié des unités d'HT déclarent avoir une liste d'attente pour l'accueil des personnes âgées en perte d'autonomie (83,3 % des établissements spécialisés).

Coût de l'HT
En 2013, la moitié des établissements avec hébergement temporaire a un coût moyen journalier d'hébergement temporaire par bénéficiaire accueilli compris entre 51,46 et 64,34 euros.
La moitié des établissements pratiquant l'HT proposent un tarif dépendance journalier compris entre 17,65 et 21,65 euros pour les GIR 1 ou 2, entre 11,25 et 13,73 euros pour les GIR 3 ou 4.

Projet d'établissement et partenariats
Peu d'établissements font part d'un projet d'établissement spécifique pour l'hébergement temporaire (19% des répondants). Plus de 70% des établissements proposant de l'HT disent avoir établi des liens formalisés avec au moins un partenaire (CLIC, réseaux gérontologiques, services à domicile, EHPAD).

Selon l'enquête nationale de la FMA, l'accueil de nuit est encore très limité, puisque moins de 1 % des établissements ayant répondu à l'enquête (essentiellement des EHPAD) ont déclaré disposer de quelques places (2 en moyenne) dédiées à accueillir des personnes uniquement la nuit. 40 % de ces places sont destinées à des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

En conclusion, bien que l'accueil temporaire ait été soutenu par les plans gouvernementaux successifs, il ne se développe pas au rythme espéré. Les ressources financières disponibles ne sont en effet pas consommées dans leur intégralité[164].

[163] Analyse réalisée par le CREAI-ORS Languedoc Roussillon

b) Des freins au développement de l'offre identifiés de longue date

Les freins au développement de l'offre de l'accueil temporaire sont connus et sont de diverses natures, impactant tantôt l'offre, tantôt la demande (ce qui de fait se répercute l'offre) :

- le coût et le reste à charge peuvent constituer un frein pour les familles tant pour l'accueil de jour que pour l'hébergement temporaire. Pour le second, il apparaît coûteux et difficile pour une personne âgée de payer deux loyers et charges en même temps, entre son domicile habituel et son domicile temporaire. Par ailleurs, il existe aujourd'hui des différences notables de prise en charge de l'HT en fonction des départements autant sur la prise en charge de la partie dépendance dans le cadre du plan d'aide APA à domicile que sur le recours à l'ASH. Le réglement départemental de certains départements ne prévoit ainsi pas d'aide sociale pour ce type d'hébergement et lorsqu'elle existe, l'obtention peut prendre un certain délai ;

- l'accessibilité géographique à un accueil de jour ou un HT n'est pas garantie pour tous : il existe en effet d'importantes disparités territoriales. On constate une grande hétérogénéité des politiques locales avec des départements pionniers de l'accueil temporaire (développement de places dédiées et mobilisation de différents outils de soutien) et d'autres territoires clairement en retrait, tant dans leurs documents de planification que dans le développement et la structuration de leur offre ;

- des freins psychologiques restent également à lever tant du côté des personnes âgées que de leurs familles (réticence des personnes âgées à sortir de leur domicile et à intégrer même temporairement un EHPAD, sentiment de culpabilité des aidants à l'idée de substituer une aide extérieure à celle qu'ils assurent, etc.) ;

- ceci est à rapprocher de la méconnaissance de l'offre d'accueil temporaire tant du côté des familles que des professionnels sociaux, médicosociaux et médicaux notamment libéraux. Cette offre manque encore de visibilité engendrant, de fait, un recours moindre et sa fragilisation dans le paysage social et médico-social.

En ce qui concerne plus spécifiquement l'hébergement temporaire, les freins avaient été bien analysés lors de l'état des lieux réalisé par la CNSA en 2011[165] (il semble que la situation ait peu évolué malgré quelques avancées introduites par la loi ASV cf. encadré ci-dessous) :

- l'HT suscite des difficultés organisationnelles et de gestion administrative : des annulations, des imprévus, des fortes variations d'activités, des difficultés de planning, des entrées et sorties plus fréquentes et à organiser, des besoins forts de coordination avec l'extérieur pour l'orientation des personnes, etc. ;

[164] La CNSA indique ainsi dans son bilan annuel des réalisations du plan Solidarité grand âge, que comme les années précédentes, au 31/12/2016, 73% et 76% des places respectivement notifiées en accueil de jour et en hébergement temporaire ont été autorisées (contre 99 % en EHPAD et 98 % en SIAD). Ces taux sont en progression par rapport aux années précédentes.

[165] CNSA Etat des lieux et préconisations sur l'hébergement temporaire 2011

- l'HT impacte les pratiques des professionnels et peut parfois les fragiliser[166] : possibilité de décalage entre la prise en charge de courte durée, personnalisée - nécessitant une grande réactivité des équipes et une forte interaction avec l'environnement extérieur de la personne - et les pratiques habituelles de l'accompagnement sur le long terme en hébergement permanent ;

- le modèle médico-économique de l'hébergement temporaire apparaît fragile : comme le mentionnait la CNSA en 2011, « *les règles tarifaires en vigueur demeurent, malgré des avancées, relativement peu adaptées à ces temps d'accueil segmentés et occasionnant une certaine incertitude quant au niveau d'occupation des places à moyen terme. La méconnaissance et l'inadéquation entre offre et demande pèsent sur le volume de la demande exprimée et donc sur l'activité des entités, créant une fragilité financière pour les gestionnaires* ». En raison du roulement des places, le taux d'occupation en HT se situe entre 57[167] et 60 % et est très inférieure au taux d'occupation en hébergement permanent en EHPAD (97 %[168]). Par ailleurs, la tarification actuelle n'englobe pas le surcoût engendré par l'accompagnement en HT d'un personne atteinte d'une MAMA (besoins spécifiques, personnel formé) ;

- la question de l'organisation et de la prise en charge financière des transports s'avère être une vraie difficulté et peut être un facteur dissuasif pour les familles.

- les contraintes réglementaires peuvent être lourdes notamment en termes de règles de construction.

Encadré : Un recours à l'hébergement temporaire facilité dans le cadre de la loi ASV (mesures entrées en vigueur en mars 2016)

Un droit au répit permettant de financer de l'hébergement temporaire

Afin de leur permettre de se reposer ou de s'absenter, la loi instaure un nouveau droit au répit pour les proches aidants de personnes bénéficiaires de l'APA, assurant une présence ou une aide indispensable à la vie à domicile de leur proche, et qui ne peuvent être remplacés pour assurer cette aide par une autre personne à titre non professionnel. Ce droit au répit peut être activé quand le plafond du plan d'aide APA de la personne aidée est atteint pour financer jusqu'à 500 € par an un hébergement temporaire en établissement ou en accueil familial.

La prise en charge des frais d'hébergement temporaire des personnes âgées en perte d'autonomie dont le proche aidant est hospitalisé

En cas d'hospitalisation du proche aidant qui ne peut être remplacé et dont la présence ou l'aide est indispensable à la vie à domicile, une aide ponctuelle peut être accordée pour financer un hébergement temporaire de la personne aidée. Son montant pourra atteindre jusqu'à 992 euros au-delà des plafonds de l'APA.

[166] Extrait du document précité « *Les places d'hébergement temporaire sont le plus souvent insérées au sein de structures dont l'hébergement permanent constitue non seulement la majeure partie de l'activité, mais également le cadre de structuration et de mise en œuvre des pratiques professionnelles*. »
[167] Source précitée rapport CREAI-ORS Languedoc Roussillon, septembre 2014.
[168] Chiffre extrait du rapport de la CNSA, « La situation des EHPAD en 2016 Analyse budgétaire de la prise en charge des résidents en EHPAD », novembre 2017.

7) Une organisation des services à domicile à réformer et des métiers à valoriser

a) Des politiques départementales hétérogènes, des financements insuffisants qui fragilisent le secteur

En fonction de leur priorité, les départements mènent des politiques hétérogènes en matière d'organisation et de financement des services d'aide et de soins à domicile.

Les contraintes financières des départements amènent en effet certains d'entre eux à adopter des pratiques et niveaux de tarification qui freinent paradoxalement la rationalisation du secteur et leur capacité d'innovation, alors que les perspectives ouvertes par les nouvelles technologies devraient les faciliter.

Le secteur est en équilibre financier très fragile, ce qui requiert des opérations régulières de « remise à flot », qui embolisent les acteurs et ne laissent que trop rarement la place à une réelle modernisation du secteur.

Il faut rappeler ici un des éléments constitutifs de la fragilité des financements des services à domicile. Le rapport du parlementaire Georges Labazée, issu d'une mission confiée par le premier ministre, sur la tarification et les perspectives d'évolution des services d'aide et d'accompagnement à domicile de 2017[169] met un exergue cette problématique et ses conséquences pour les personnes accompagnées : *« La plus récurrente [des préconisations] concerne la dichotomie préjudiciable entre le financement public des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) habilités et la solvabilisation des usagers dans le cadre de l'APA. L'équilibre financier des services dépendant du paiement de leurs prestations par les bénéficiaires, un tarif horaire insuffisant peut mener l'usager à verser une participation supérieure à celle dont il s'est déjà acquitté au titre du ticket modérateur de l'APA. »* Ceci amène ainsi à une rupture avec la logique de l'APA puisque cette sur-participation financière augmente le reste à charge des bénéficiaires et ce indépendamment du niveau de revenu des personnes. De plus, le manque de financement du secteur auquel s'ajoute le caractère obsolète de la tarification horaire ne permet pas de garantir la pérennité économique des SAAD comme le pointe le rapport Labazée.

En matière d'application du régime unique d'autorisation de la loi ASV et plus largement de la tarification des SAAD, les départements ont adopté des stratégies différentes et parfois même opposées générant ainsi des inégalités territoriales en matière d'accès aux services à domicile. Un rapport IGAS/IGA de 2017 sur l'évaluation de la mise en œuvre de la loi ASV pour le volet domicile[170] note ainsi que *« la réforme juridique des SAAD doit donc être considérée comme une première étape d'un processus plus global de réduction des inégalités territoriales »*.

[169] Georges Labazée, rapport au premier ministre, « Mission relative à la tarification et aux perspectives d'évolution des services d'aide et d'accompagnement à domicile », mars 2017

[170] A-C.Bensadon et C.Daniel (IGAS) - F.Scarbonchi (IGA), Rapport IGAS N°2017-004R / IGA N°16113-R1, « Évaluation de la mise en œuvre de la loi d'adaptation de la société au vieillissement pour le volet domicile », septembre 2017

b) *Un isolement et un émiettement des services à domicile qui pèsent sur la qualité des services*

Outre la problématique du financement, d'importants défis structurels pourraient continuer de se poser. Issus du monde associatif et largement gérés par lui, les services à domicile souffrent d'un émiettement et d'une spécialisation préjudiciables à leur qualité.

L'amélioration de la qualité de l'offre et de la coordination des parcours de vie et de santé est en effet freinée par la rigidité des organisations et la persistance des frontières entre les métiers de l'aide et du soin. Des expérimentations sont menées en la matière comme les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) optimisant la coordination du soin et de l'aide apportés aux personnes et offrant ainsi un accompagnement plus global aux personnes. Néanmoins, les perspectives de regroupement autour des SPASAD peinent à se mettre en place.

En l'absence de la pérennisation de ce modèle ou d'autres modalités de coopération poursuivant la même logique, l'amélioration de la qualité de la prise en charge parait contrainte. Ceci est d'autant plus dommageable que comme le note, le rapport Labazée, le décloisonnement des organisations et des métiers est aussi un important levier pour l'attractivité des métiers.

c) *Des conditions de travail des personnels peu attractives qui pèsent également sur la qualité des services*

c1) Le plus fort taux de sinistralité tout secteur confondu

Le secteur de l'aide à domicile connait le plus fort taux de sinistralité avec en 2017, 97,2 accidents du travail pour 1000 salariés, soit presque deux fois plus qu'en EHPAD où ce taux est de 52,8 (à titre de comparaison intersectorielle, on comptait sur la même période, dans le secteur du bâtiment 56,8 pour 1000 salariés). Alors qu'on observe une baisse générale du taux de sinistralité depuis plus de 70 ans, celui du secteur de l'aide à domicile continue de croître. Le rapport Labazée[171] pointe la pénibilité du travail dans le secteur : *« Les interventions, parfois minutées au quart d'heure dans les plans d'aide, intensifient le rythme de travail, ce qui peut être générateur de stress pour les salariés. Le temps de travail couvre souvent une large amplitude horaire, avec une concentration des interventions sur des plages horaires spécifiques : tôt le matin, le midi et le soir. Les gestes techniques à réaliser lors des interventions sont aussi facteurs de contraintes physiques pour les intervenants. […] A ces conditions de travails spécifiques aux métiers de l'aide à domicile s'ajoutent les difficultés psychologiques liées à toute relation d'aide aux personnes fragilisées. »*

c2) Un déficit d'image et de reconnaissance sociale

Les métiers de l'aide à domicile sont mal connus et trop fortement assimilés à la réalisation de simples tâches ménagères. Cette représentation est finalement très éloignée de la réalité du métier aujourd'hui. En effet, les missions des aides à domicile sont bien plus larges (accompagnement dans la réalisation des actes essentiels de la vie quotidienne, prévention de

[171] Georges Labazée, rapport au premier ministre, « Mission relative à la tarification et aux perspectives d'évolution des services d'aide et d'accompagnement à domicile », mars 2017

la perte d'autonomie et inclusion sociale…) et auprès de publics dont les situations se complexifient en terme de perte d'autonomie, handicap, pathologies chroniques…

c3) Une faible rémunération des intervenants

Le faible niveau de rémunération des intervenants à domicile constitue aussi un facteur prépondérant du manque d'attractivité des métiers du domicile. En plus de cette faiblesse de rémunération, les interventions à domicile impliquent pour la grande majorité des professionnels l'utilisation de leur véhicule personnel et la prise en charge des déplacements (quand prise en charge il y a) ne recouvre pas l'ensemble des frais liés au déplacement. Il est à noter, qu'en juin 2018 un avenant relatif à la modification des dispositions relatives aux temps et frais de déplacement de la convention collective de branche de l'aide à domicile a été agréé par le ministère de la solidarité et de la santé.

La question des difficultés de recrutement continuera à se poser d'autant plus que les besoins en matière de recrutement vont continuer de croitre. Une étude de la DARES d'avril 2015 projette que d'ici l'horizon 2022, les métiers d'aides à domicile, aides-soignants et infirmiers figureraient parmi les métiers qui gagneraient le plus d'emplois, avec de l'ordre de 350 000 créations nettes et note que *«le métier d'aide à domicile serait même celui qui créerait le plus de postes sur les dix années à venir (…) près de 160 000 postes créés d'ici 2022, soit une hausse de 2,6 % en moyenne chaque année.*[172]*»*.

*

* *

Le Conseil de l'âge a décidé de mettre à son programme de travail du premier semestre 2019 l'analyse du secteur et de ses perspectives d'évolution.

A ce stade de nos travaux, on retient deux conclusions :

- il est nécessaire de réformer le secteur des services à domicile ;

- il est pertinent de penser que le coût des facteurs évoluera plus vite que les salaires parce qu'il faudra assumer le rebasage des financements et l'amélioration des conditions de travail des personnels. Cet écart pèsera sur le reste à charge des allocataires dont les ressources n'auront pas une évolution aussi dynamique.

8) La question des restes à charge à domicile

La participation de l'allocataire au financement de son plan d'aide dépend du niveau de ce plan par rapport aux plafonds et de ses revenus.

L'objectif à domicile est que les restes à charge et taux d'effort ne dissuadent pas les ménages d'assumer des plans d'aide ambitieux.

Cette question est analysée en détail dans le rapport du Conseil de l'âge de décembre 2017 (tomes 2 et 4). On en reprend ici les principales conclusions.

[172] Etude DARES, « Les métiers en 2022 – Prospective par domaine professionnel », avril 2015

a) La situation actuelle

Les réformes intervenues en 2017 dans le champ de l'APA vont améliorer la situation :
- l'augmentation des plafonds devrait soulager les allocataires dont le plan était saturé ;
- par ailleurs, le crédit d'impôt prend en charge pour tous 50% de la participation de l'allocataire. Au-dessus des plafonds de l'APA, le crédit d'impôt couvre 50% de la dépense dans la limite de plafonds élevés du crédit d'impôt[173].

Encore faut-il que les acteurs (notamment les équipes départementales et les ménages) s'approprient le crédit d'impôt dont il est souhaitable qu'on le rende plus contemporain de la dépense. Il est par ailleurs nécessaire de vérifier que tous les allocataires de l'APA qui sont éligibles à la carte d'invalidité la demandent (elle permet de bénéficier du taux majoré du crédit d'impôt).

Seul bémol à ce constat positif, la valeur de l'allocation de logement s'est dégradée sur la période (notamment avec la fin de la prise en compte de l'abattement fiscal pour personnes âgées modestes nés après le 31 juillet 1931, l'intégration dans l'assiette des majorations de retraite des familles nombreuses, et la médiocrité de l'indexation des barèmes).

Comment apprécier dans ce contexte les restes à charge et taux d'effort des allocataires ?

b) Dans le cas où le plan est égal ou inférieur au plafond

Le reste à charge varie entre 0 (pour les allocataires dont l'assiette est inférieure à 801€[174]) et 45% pour ceux dont l'assiette est supérieure à 2 945€.

Tableau 31 : RAC et taux d'effort pour un plan au plafond pour une assiette supérieure à 2 945€

	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4
RAC	771	619	447	298
Taux d'effort	26,2%	20,9%	15,2%	10,2%

c) Pour les dépenses hors plafond

Le reste à charge est alors égal à 50% de la dépense. Encore faut-il que le plafond du crédit d'impôt (13 500 à 20 000€/an selon le GIR) laisse de la marge pour que les dépenses en cause soient éligibles et financées à hauteur de 50%.

Pour les personnes engageant des dépenses au-delà d'un plan d'aide au plafond, la dépense éligible au crédit d'impôt est égale au plafond du crédit d'impôt diminué de l'APA payée par le département. Elle varie de façon complexe avec le GIR et avec le revenu de l'allocataire.

[173] Les plafonds du crédit d'impôt sont le plus souvent à un niveau supérieur à ceux de l'APA.
[174] Au 1er janvier 2018

Tableau 32 : Crédit d'impôt disponible pour un allocataire dont l'assiette est inférieure ou égale à la borne 1 du barème (800€/mois)

	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4
Plafond mensuel du crédit d'impôt	1 666	1 666	1 125	1 125
APA payée par le département	1 715	1 375	994	663
Disponible en €/mois	nul	291	131	462
Disponible en heures (base 22€/heure)		13	6	21
RAC en €/mois		145	66	231
Taux d'effort	0	18%	8%	29%

Tableau 33 : Crédit d'impôt disponible pour un allocataire dont l'assiette est égale à 2945€/mois

	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4
Plafond mensuel du crédit d'impôt	1 666	1 666	1 125	1 125
APA payée par le département si le plan d'aide est saturé	171	137	99	66
Disponible en €/mois	1 495	1 530	1 026	1 059
Disponible en heures (base 22€/heure)	68	69	47	48
RAC en €/mois	748	765	513	530
Taux d'effort	25%	26%	17%	18%

Le disponible pour les allocataires dont l'assiette se situe entre les deux bornes du barème diminue avec le revenu.

La participation des allocataires, les restes à charge et taux d'effort sont analysés de façon détaillée dans le rapport du Conseil de l'âge de décembre 2017 (tome 2).
On peut considérer qu'ils ne font pas peser de trop fortes contraintes sur les allocataires, la situation du GIR 1 étant plus contrainte.

Dans ces conditions, il n'y a pas de raison que ceux-ci brident d'eux-mêmes les plans d'aide surtout si le réaménagement de la gestion du crédit d'impôt lève les inconvénients du calendrier actuel.

B) ENTRE LE DOMICILE INDIVIDUEL ET L'ETABLISSEMENT MEDICALISE : L'HABITAT ALTERNATIF OU REGROUPE, UNE AUTRE VOIE POSSIBLE

Les politiques de la vieillesse et plus récemment de prise en charge de la perte d'autonomie sont traditionnellement structurées autour de deux pôles : le domicile classique et l'établissement gérontologique, qui font chacun l'objet d'une attention forte des pouvoirs publics comme ont pu le démontrer les développements précédents. Entre ces deux options, il existe pourtant déjà depuis plusieurs décennies une troisième voie possible en termes d'habitat pour les personnes vieillissantes, encore autonomes, pré-fragiles ou même en perte d'autonomie. Parmi ce type d'habitat, les plus connus sont les anciens EHPA (plus communément appelés logements-foyers[175]) désormais nommés « résidences autonomie »

[175] Par commodité, on parlera dans ce rapport de « logement-foyer », terme utilisé communément pour désigner les « résidences autonomie » d'avant 2015. Juridiquement,,il s'agit plus précisément des « logements-foyers pour personnes âgées relevant de façon combinée du 6° du I de l'article L.312-1 du CASF et du L.633-1 du code de la

depuis la loi ASV de décembre 2015, et les résidences services, reconnus par le législateur dans le cadre de cette même loi face au développement important de celles-ci ces dernières années. A côté existent déjà et émergent d'autres types d'habitat, aux multiples appellations, « habitat inclusif », « habitat participatif[176] ou autogéré », « habitat intergénérationnel », etc.

A l'exception des logements-foyers créés par le législateur en 1957 pour répondre à la crise du logement d'après-guerre, ces nouvelles formes d'habitat plus ou moins innovantes, se sont au départ développées en marge des politiques officielles de la vieillesse et de la législation existante. Elles sont le fruit d'initiatives multiples et variées provenant d'une large gamme d'acteurs (acteurs gérontologiques, associations, collectivités publiques, investisseurs privés ou personnes âgées elles-mêmes). Elles ont pour but de répondre, dans une perspective tant pratique qu'éthique, aux carences et aux limites du domicile et de l'établissement médicalisé.

Plusieurs termes sont utilisés pour désigner l'ensemble de ces initiatives (cf. encadré ci-dessous). Si aucun d'entre eux n'a fait l'objet d'un consensus des membres du Conseil, le choix a été fait de parler dans ce rapport « d'habitat alternatif » ou « d'habitat regroupé ».

Encadré : Le difficile consensus autour d'un terme qui englobe l'ensemble des composantes de cette troisième voie

Le terme « d'habitat intermédiaire » (HI) est fréquemment employé notamment dans certains milieux de recherche, qui ont tenté de définir les caractéristiques de cet habitat (cf. ci-dessous). Il a néanmoins été écarté par les membres du Conseil car il peut laisser entendre que les résidents de ces structures s'inscrivent dans un parcours allant du domicile ordinaire à l'institution médicalisée, ce qui n'est ni une réalité, ni un objectif affiché de ces habitats.

D'autres dénominations et notamment celle « d'habitat inclusif » définie depuis peu par la loi ELAN n'englobent pas l'ensemble de l'offre.

Les membres du Conseil ont préféré retenir pour ce rapport le terme « d'habitat alternatif » (qui supprime la logique de parcours de l'habitat intermédiaire et qui identifie ces habitats comme de vraies alternatives au domicile ou à l'établissement, et où l'on pourrait vieillir et finir ses jours) et/ou le terme « d'habitat regroupé »[177]. Ces termes n'emportent pas une totale adhésion et n'apparaissent pas tout à fait satisfaisants, l'EHPAD pouvant ainsi par exemple être entendu comme un habitat regroupé également.

Plus fondamentalement, certains membres conçoivent difficilement d'intégrer dans cette troisième voie les résidences autonomie qu'ils rentrent dans la catégorie « établissement » au même titre que les EHPAD.

Ces initiatives n'ont pas toujours été soutenues par les pouvoirs publics, certaines d'entre elles apparaissent encore expérimentales ou fragiles notamment au regard de leur modèle économique mais les choses évoluent. Les formes actuelles font peu à peu l'objet de reconnaissance dans les textes et sont aujourd'hui mises en avant par un nombre croissant d'acteurs et de personnes vieillissantes. Multiformes et variées, elles pourraient être une réponse aux besoins des personnes qui à l'approche du grand âge ou un peu avant, ne peuvent

construction de l'habitat (CCH). La Direction de l'habitat, de l'urbanisme et des paysages (DHUP) rappelle en effet que la notion de logement-foyer au sens de l'article L633-1 du code de la construction de l'habitat englobe plus largement : les résidences sociales classiques, les autres résidences sociales (pension de famille, etc.), les logements pour personnes handicapées et enfin les logements-foyers pour personnes âgées, comprenant les EHPAD, les petites unités de vie et les EHPA.

[176] La loi du 24 mars 2014 pour l'accès au logement et un urbanisme rénové (ALUR) reconnaît et propose une définition de l'habitat participatif qui constitue une partie de l'offre d'habitat alternatif / regoupé.

[177] Ce terme avait été choisi par le CNAV pour une étude qu'elle avait financée en 2015 (Serge Guérin, « Analyse typologique des monographies d'habitat regroupé », rapport et propositions, janvier 2016 »). Le terme n'englobait pas les logements-foyers.

plus ou ne veulent plus continuer à résider dans leur domicile classique. Ces initiatives hétérogènes seraient selon leurs promoteurs le reflet de la population qu'elles ciblent : une population aux aspirations et envies différentes, qui anticipe davantage l'arrivée au grand âge et est soucieuse de rester acteur et co-constructeur de son logement et de son parcours de vie.

Pour ces raisons, l'habitat alternatif ou regroupé, son développement, les formes qu'il prend, le public qu'il accueille, devront sans doute, d'ici 2030 faire l'objet d'une attention particulière des pouvoirs publics.

Jusqu'où faudra-t-il aller en termes de reconnaissance, de réglementation et de soutien de ce secteur en pleine croissance ?

Pour cela, il faudra chercher à répondre aux multiples questions que pose cette troisième voie : que regroupe exactement l'habitat alternatif ? Combien de places ou de logements cela représente-t-il ? Au-delà des attentes, l'habitat alternatif répond-il réellement aux besoins des personnes vieillissantes et à quels publics plus spécifiquement ? A-t-il vocation à s'inscrire dans un parcours résidentiel pour les personnes âgées, à ainsi enrichir l'offre et constituer une dernière étape avant l'entrée en établissement ou constitue-t-il une alternative réelle au domicile ou à l'établissement ? Ou tantôt à l'un, tantôt à l'autre ou même aux deux ? L'offre alternative, dans son ensemble ou en partie, doit-elle faire l'objet d'une reconnaissance plus explicite par les pouvoirs publics, voire d'un soutien affirmé (notamment d'un point de vue financier[178]), ce qui leur assurerait une certaine légitimité, leur permettrait de se développer de façon plus pérenne et serait vecteur d'une plus grande qualité ? Ou cette offre doit-elle garder son caractère multiple, hétérogène et souple qui en fait sa richesse et sa particularité ?

Pour tenter d'apporter des réponses à ces questions, cette partie propose d'identifier les grandes caractéristiques de cette offre éparse, avant d'en décrire les principales composantes. Ces éléments permettront ainsi de mieux appréhender les raisons de leur développement actuel et de cerner, dans les années à venir, le potentiel et les limites de ce type d'habitat dans la politique de prise en charge des personnes en perte d'autonomie et plus largement du vieillissement.

1) Principales caractéristiques de l'habitat alternatif/regroupé et déterminants à l'entrée

L'offre d'habitat alternatif est multiple et hétérogène et regroupe de nombreuses initiatives. Elle ne dispose ni d'un statut juridique unique, ni d'une reconnaissance au niveau des statistiques officielles (INSEE notamment).

Selon les chercheurs Laurent Nowik et Alain Thalineau[179], l'habitat alternatif, qu'il dénomme « habitat intermédiaire » constitue « une offre résidentielle, apparemment proche des logements ordinaires, et pourtant différente » répondant à trois critères. Ces habitats doivent proposer un « logement fonctionnel et agréable pérennisant le sentiment du chez-soi », mais aussi faciliter « l'accès aux services (peu ou beaucoup), sur place ou à proximité immédiate ». Ils doivent constituer « un lieu de vie affilié à un collectif visant à soutenir les relations sociales ».

« *Cet habitat fait le plus souvent référence à des formules d'habitat destinées à répondre aux besoins de personnes rendues vulnérables du fait d'un handicap ou fragilisées et isolées par*

[178] Comme c'est le cas des résidences autonomie qui depuis la loi ASV bénéficient d'un forfait autonomie pour leur financement.

[179] Nowik Laurent et Thalineau Alain (dir.), Vieillir chez soi –les nouvelles formes de maintien à domicile, PUR, Rennes 2014

l'âge, dont le nombre est croissant. L'habitat intermédiaire répond plus spécifiquement aux besoins des personnes âgées de :

- briser l'isolement et/ou la solitude,

- disposer d'un logement adapté et sécurisé permettant la prévention de la perte d'autonomie,

- d'accéder facilement aux différents services proposés (repas, loisirs, activités, maintien de la vie sociale…), qu'ils interviennent à domicile ou qu'ils soient directement intégrés à la vie de l'immeuble (accompagnement social ou médico-social, aides à la personne, gardiennage, dispositif de sécurité et de surveillance). »[180]

Concernant les publics accueillis au sein des habitats alternatifs ou regroupés dans leur ensemble, très peu d'études et de données existent à ce jour sur leurs caractéristiques, leur parcours, leurs attentes, leur satisfaction.

Le rapport de la DGCS de 2013 précité faisait simplement le constat que pour la plupart des résidents, cet habitat *« ne constitue pas une étape intermédiaire, au sein d'un parcours résidentiel qui commencerait au domicile ordinaire et s'achèverait nécessairement en EHPAD. En effet, la plupart d'entre eux n'entrent jamais en EHPAD. Ce type d'habitat avec services constituerait ainsi un choix pérenne, souvent moins onéreux, permettant de faire face dans de bonnes conditions au vieillissement de la population. »*

Encadré : Déterminants à l'entrée et satisfaction des résidents en habitat intermédiaire

Les résultats d'une enquête récente[181] menée dans plus de quarante habitats intermédiaires révèlent trois logiques principales d'emménagement dans ce type d'habitat :

1/ une logique « famille » (rapprochement familial - 15 % de l'échantillon),

2/ une logique « mode de vie » (recherche de nouvelles activités et relations sociales - 10 %) ;

3/ une logique « protection de soi » (logement précédent inadapté, fragilités, problèmes de santé, besoin d'aide quotidienne - 38 %).

Deux autres aspects sont mis en avant quelle que soit la logique identifiée : le sentiment d'insécurité (12 %) et le sentiment d'isolement (9 %). Par ailleurs, 60 % des personnes ont indiqué attendre de cet habitat une protection de soi ou de son conjoint.

En termes de satisfaction et d'appropriation des lieux, les personnes en situation de « vulnérabilité-fragilité » (bénéficiaires de l'APA, personnes ayant des problèmes de santé physique ou morale) comptent davantage sur leurs proches que sur les services offerts, alors qu'à l'inverse, les personnes entrées pour changer positivement le cours de leur vie, sont les plus grandes utilisatrices de services. Les résidents les plus fragiles sont globalement moins satisfaits que les autres d'habiter dans la résidence qu'ils occupent.

2) Les composantes de l'offre d'habitat alternatif/regroupé

En dehors des logements-foyers, aujourd'hui devenus résidences autonomie et dont le rôle a été réaffirmé par la loi ASV, et des résidences services, dont l'objet et les contours ont été précisés par cette même loi et qui constituent à eux deux une part importante de l'offre d'HI, les autres composantes de l'offre se sont développées pour la plupart en marge de la loi de

[180] « Rapport sur l'habitat collectif des personnes âgées autonomes, préconisations issues du groupe de travail relatif aux EHPA dont les logements-foyers et autres formes d'habitat avec services (hors loi 2002-2) », DGCS, novembre 2013

[181] Nowick L., « La déprise à l'aune des habitats intermédiaires pour personnes âgées », revue Gérontologie et société, n°155, vol. 40, 2018/1.

2002 rénovant l'action sociale et médicosociale. Elles se caractérisent par une grande hétérogénéité. Elles relèvent le plus souvent des dispositions relatives au logement et à l'habitat notamment social, beaucoup d'entre elles sont répertoriées dans ce que l'on appelle aujourd'hui l'habitat inclusif. Néanmoins, leur recensement et classification restent compliqués à réaliser.

a) Les principaux dispositifs de l'habitat alternatif/regroupé pour personnes âgées

a1) Les résidences autonomie, un modèle en pleine mutation

A l'origine plutôt pensées comme du domicile, les résidences autonomie, anciennement logement-foyers, sont depuis la loi du 30 juin 1975 des établissements sociaux relevant du CASF. Elles sont gérées majoritairement par des structures publiques, notamment des centres communaux d'action sociale (CCAS) pour les deux tiers environ, puis par des associations (un petit tiers environ).

Missions et publics visés : une formule revisitée par la loi ASV de 2015

Les résidences autonomie offrent à des personnes âgées des logements autonomes associés à une prise en charge collective (services, lien social, et accompagnement notamment), et souvent situés à proximité des commerces, des transports et des services.

Elles accueillent une grande majorité de personnes autonomes ou relativement autonomes. Ces établissements peuvent néanmoins depuis la loi ASV ne pas être requalifiés en EHPAD dès lors qu'ils accueillent moins de 15 % de personnes relevant des GIR 1 à 3 et moins de 10 % de personnes relevant des GIR 1 et 2[182] (articles L. 313-12 et D. 313-15 du CASF), à la condition que le projet d'établissement le prévoie et que des conventions de partenariat aient été passées avec un EHPAD et avec un service d'aide ou de soins infirmiers à domicile, ou un professionnel ou une structure de santé.

En cas de perte d'autonomie importante des résidents entraînant un dépassement de ces seuils et lorsque leur état de santé nécessite durablement des équipements ou des soins non disponibles dans l'établissement, ces structures ont l'obligation de proposer aux personnes concernées un accueil dans un EHPAD ou dans une petite unité de vie dans un délai d'un an maximum.

Ces structures peuvent désormais également accueillir d'autres publics (étudiants, jeunes travailleurs ou encore personnes handicapées), dans une limite de 15% de la capacité totale autorisée. Ces mesures visent à favoriser l'intergénérationnel mais aussi à limiter les ruptures dans les parcours résidentiels des personnes en situation de handicap et vieillissantes.

La loi prévoit par ailleurs que les prestations offertes par l'établissement peuvent également être proposées à des non-résidents. Les résidences autonomie, ont ainsi vocation à devenir des plateformes de quartier ouvertes à un public plus large et extérieur[183].

La loi ASV fixe une obligation pour les établissements de proposer à leurs résidents des prestations minimales, individuelles ou collectives, dont la liste a été définie par le décret du 27 mai 2016 et qui peuvent être mutualisées et externalisées. Ces prestations minimales consistent notamment à proposer un dispositif de sécurité et d'assistance 24h/24, un service

[182] Avant la loi ASV, les EHPA étaient autorisés à accueillir une population dont le GMP ne dépassait pas 300. Au-delà, ils étaient contraints de signer une convention tripartite et de se transformer en EHPAD.

[183] Ceci avait été préconisé par le rapport à Michèle Delaunay de Luc Broussy, « L'adaptation de la société au vieillissement de sa population : France année, zéro », janvier 2013.

de restauration, de blanchisserie et l'organisation d'actions d'animation de la vie sociale et de prévention individuelles ou collectives (nutrition, sommeil, activités physiques et cognitives, prévention des chutes, repérage de l'isolement, promotion du lien social et de la citoyenneté).

La loi ASV donne en effet aux résidences autonomie une mission spécifique de prévention de la perte d'autonomie (article R. 233-9 CASF) avec la création du forfait autonomie.

Les structures ont jusqu'au 1er janvier 2021 pour mettre en place l'ensemble de ces prestations. A défaut, elles pourraient ne pas bénéficier du renouvellement de leur autorisation par le Conseil départemental.

Une capacité d'accueil aujourd'hui stable mais un parc vieillissant

Selon la dernière enquête EHPA de la DREES, les résidences-autonomie, encore appelées à cette époque logement-foyers, sont en 2015 au nombre de 2 267 (contre 2 975 au début des années 2000)[184], nombre en augmentation de 1 % depuis l'enquête de 2011. Elles accueillaient près de 102 000 résidents en 2015 (sur près de 110 000 places installées, en augmentation de 0,5 % par rapport à 2011).

Les logements-foyers disposaient en moyenne de 48 places installées[185] contre 78 dans les EHPAD. L'accent a été mis ces dernières années sur la rénovation du parc existant plutôt que sur la construction de nouvelles structures. En effet, les établissements existants vieillissent, le cadre bâti ne correspond parfois plus ni aux normes en vigueur, ni aux attentes d'un public qui évolue également. La loi ASV, a prévu un plan d'aide à l'investissement (PAI) en direction des logements-foyers lancé en 2014 et porté par la CNAV et la CNSA, de 40 millions sur 3 ans pour réhabiliter et moderniser les résidences autonomie. Le PAI a permis de développer une dynamique partenariale et d'améliorer la connaissance des besoins de réhabilitation des résidences autonomie concourant ainsi à l'objectif visé par la loi ASV sur cette offre à destination de personnes âgées autonomes. Il représente un effet levier très fort : 1€ attribué par ce biais déclenche environ 6,5€ venant d'autres partenaires (conseils départementaux, communes, intercommunalités).

L'effort financier actuel pour rénover le parc existant apparaît néanmoins encore insuffisant au regard des besoins. D'après l'UNCCAS, près de 80 % des CCAS doivent procéder à des travaux de confort ou de modernisation de leurs structures.

Une demande qui reste forte, des résidents plus âgés et un taux d'encadrement faible

D'après l'enquête EHPA 2015, les personnes entrant en logement-foyer sont moins âgées que celles entrant en EHPAD, elles ont en moyenne 80 ans et 9 mois (contre 85 ans et deux mois en EHPAD), mais tout de même 10 mois de plus qu'en 2011. Cette entrée plus tardive peut être due aux mesures de politiques publiques encourageant le maintien à domicile.

C'est en logement-foyer que les délais d'attente entre la date de réception du dossier et l'entrée en établissement sont les plus longs (18,5 % des personnes attendent entre 6 mois et plus d'un an pour avoir une place en logement-foyer contre 15,8 % en EHPAD), ce qui révèle

[184] La loi du 24 janvier 1997 créant les EHPAD suivie du décret du 26 avril 1999 réformant la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes a entraîné une transformation d'un nombre important de logements-foyers en EHPAD. Durant cette même période, la construction de logements-foyers a diminué au profit de celle des EHPAD, priorisée par les pouvoirs publics dans le cadre des plans « Vieillissement et Solidarité » de 2003 et « Solidarité grand âge » de 2006 et dans le cadre des nouvelles procédures d'appels à projet instaurées par la loi HPST de 2009 pour la création ou l'extension de tout établissement médico-social

[185] Note DREES: le nombre de places installées représente le nombre de logements.

que la demande continue à être forte malgré les représentations parfois négatives des logements-foyers (obsolescence). Il semblerait que la vocation sociale de ces habitats perdure dans le contexte de crise du logement actuel, notamment en Ile-de-France.

La durée de séjour en logement-foyer est plus longue qu'en EHPAD : autour de 4 ans et 9 mois en moyenne (contre 2 ans et 5 mois en EHPAD).

Concernant les motifs de sortie de logements-foyers, près de la moitié des sorties sont des départs volontaires (les décès y sont en effet moins fréquents), seules 12 % des sorties sont dues à la résiliation du contrat de séjour décidée par l'établissement en raison de l'inadaptation de l'état de santé de la personne aux possibilités d'accueil. 60 % des personnes qui quittent un logement-foyer pour un autre motif que le décès, s'orientent vers un EHPAD.

Le taux d'encadrement (nombre d'ETP par place) étant corrélé au niveau de dépendance des résidents, celui-ci est relativement bas en logement-foyer et de l'ordre de 13 % (63 % en EHPAD) selon les chiffres de l'enquête EHPA 2015. La part du personnel soignant et paramédical est également plus faible qu'en EHPAD (21 % contre 70 %) et la part du personnel éducatif et d'animation légèrement plus importante (12,5 % contre 9.8 %).

Le recrutement dans les logements-foyers semble poser moins de difficultés que dans les EHPAD en particulier ceux privés. 7,6 % déclarent ainsi des difficultés de recrutement dans l'année 2015 contre 44 % en EHPAD.

Des résidences autonomie principalement financées par les résidents

Reconnues comme un établissement social, les résidences autonomie sont soumises aux obligations du CASF relatives à ces établissements. Elles doivent ainsi faire l'objet d'une autorisation et d'un contrôle du Département.

Jusqu'à la création du « forfait autonomie » par loi ASV (cf. encadré ci-dessous), les Conseils départementaux ne finançaient pas les logements-foyers à l'exception de ceux habilités à l'aide sociale. Les résidents (personnes âgées et éventuellement leur famille) étaient et restent aujourd'hui les premiers financeurs des nouvelles résidences autonomie. Deux postes leur sont ainsi facturés :

- le premier correspond au loyer, auquel s'ajoutent les charges collectives (entretien des parties communes, taxe des ordures ménagères, etc.) ;
- le second correspond au prix des prestations minimales obligatoirement proposées par la résidence autonomie, mais librement choisies par le résident dans le cadre du contrat de séjour et au prix des prestations facultatives et optionnelles (coiffure, pédicure, etc.). Ces prestations facultatives doivent être facturées séparément.

Les aides publiques que sont susceptibles de recevoir les résidents sont les mêmes que les aides à domicile (aide-ménagère, aide au logement, crédit d'impôt pour l'emploi à domicile ou le recours à un service à domicile, APA). Ils peuvent en plus bénéficier sous condition de ressources, de l'aide sociale à l'hébergement, en cas d'habilitation de la résidence autonomie, dans les mêmes conditions qu'en EHPAD.

En 2015, selon l'enquête EHPA de la DREES, 92,4 % des logements foyers avaient signé une convention relative à l'APL ou accueillaient des bénéficiaires de l'ALS.

Encadré : Le forfait autonomie créé par la loi ASV

Depuis la loi ASV, la mission de prévention qui leur est confiée donne lieu au versement par le Conseil départemental d'une aide financière spécifique aux résidences autonomie appelée « forfait autonomie ». Celui-ci couvre tout ou partie des dépenses afférentes aux actions individuelles ou collectives de prévention de la perte d'autonomie que doit désormais proposer la résidence autonomie au profit de ses résidents et, le cas échéant, de personnes extérieures. Ce dernier est ainsi destiné à financer des dépenses non médicales et permet soit de recruter des personnels d'animation, soit de financer des intervenants externes réalisant des animations ou proposant des ateliers de prévention.

La loi prévoit d'allouer 40 millions d'euros par an à ce forfait. Celui-ci est alloué depuis 2017 à toutes les résidences autonomie ayant signé un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM). A compter du 1er janvier 2021, il pourra être remis en cause, si ces structures n'ont pas mis en place les prestations minimales et n'ont pas conclu de CPOM avec le Conseil départemental.

Encadré : Le cas particulier des petites unités de vie (PUV)

Nées à la fin des années 1970 et portées par différents acteurs, la CCMSA, l'UNIOPSS ou encore la Fondation de France, les petites unités de vie, structures de petite taille, avaient pour vocation à accompagner leurs habitants jusqu'au bout de la vie malgré la dépendance. Les petites unités de vie sont aujourd'hui des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) de moins de 25 places autorisées. Elles bénéficient de l'APA en établissement et sont soumises aux mêmes obligations que les EHPAD, notamment celle de signer un CPOM.

En vertu des articles L.313-12 II et D.313-17 du CASF, ces établissements peuvent déroger dans des conditions fixées par décret aux modalités de tarification des prestations remboursables aux assurés sociaux fixées au 1° du L. 314-2 du CASF. Ces petites unités de vie sont alors médicalisées par dérogation, soit par forfait soins, soit par convention avec un SSIAD. Dans ces deux situations, c'est le régime de l'APA à domicile qui s'applique pour les résidents.

Certaines PUV sont également des maisons d'accueil rural pour personnes âgées (MARPA). La dénomination de « MARPA » ne correspond à aucune catégorie juridique d'établissements mais constitue un label délivré par la Caisse centrale de Mutualité sociale agricole (CCMSA) à deux grandes catégories de structures pour personnes âgées : les résidences autonomie et les petites unités de vie (plus de 80% des structures labellisées sont aujourd'hui des résidences autonomie). Fonctionnant avec peu de personnel, ces établissements travaillent souvent en coordination avec les SSIAD et offrent des tarifs de location dits maitrisés et accessibles au plus grand nombre. Ceci est une condition pour obtenir le label MARPA. Le loyer et les charges d'un appartement senior sont à partir de 900 euros. Les résidents peuvent bénéficier des aides au logement et de l'aide sociale en cas d'habilitation de la structure (ou de résidence depuis au moins 5 ans dans la MARPA). Ils doivent également s'acquitter d'un tarif dépendance, facturé sous forme de forfait aux personnes âgées dépendantes et solvabilisé en grande partie par la perception de l'APA à domicile.

Près de 200 MARPA sont réparties en 2017 sur 70 départements[186]. 80 projets sont en cours (10 à 15 ouvertures par an). Environ 4 700 seniors, y sont accueillis et accompagnés au quotidien.

Autres petites unités de vie, les CANTOU (Centres d'activités naturelles tirées d'occupations utiles) pour les personnes âgées atteintes de troubles démentiels et à l'origine de nos actuelles unités de vie protégées spécifiques Alzheimer. Ces unités spécialisées Alzheimer, aujourd'hui rebaptisées Unités spécifiques Alzheimer (USA) fonctionnaient à l'origine de manière autonome. Beaucoup d'entre elles sont aujourd'hui intégrées à un EHPAD ou un ESLD. Il restait en septembre 2016, 51 PUV Alzheimer, dont 42 petites structures appelées « domiciles partagés », situées dans le Morbihan et

[186] Source : site MARPA https://www.marpa.fr/le-reseau/chiffres-cles

comptabilisant 341 places[187]. Le prix de journée y serait aux alentours de 55 euros[188], ce qui comprend la prise en charge de toutes les prestations, et ne comporte pas de supplément.

a2) Les résidences-services, un modèle en expansion

Des missions et un public visé relativement similaires à ceux des résidences autonomie

On distingue traditionnellement les résidences-services de première génération, développées à partir des années 1970 et qui avaient pour principe d'accueillir des propriétaires occupants et de gérer des services, limités, via un syndic, et les résidences services de seconde génération, qui ont privilégié un modèle où les seniors sont locataires et non plus propriétaires de leur logement et où les services, gérés par un exploitant indépendant, sont généralement plus développés. Cette formule, qui s'est largement déployée à partir du début des années 2000, est aujourd'hui celle qui prévaut partout en France.

La loi ASV du 28 décembre 2015 encadre les résidences-services[189] de première génération (art. 14) et met fin à l'absence de statut de celles de deuxième génération (art. 15).

Les résidences-services sont ainsi définies comme « *un ensemble d'habitations constitué de logements autonomes permettant aux occupants de bénéficier de services spécifiques non individualisables* (article L. 631-13 du Code de la construction et de l'habitation).

Selon les décrets du 26 octobre 2016 relatif aux résidences-services en copropriété et du 14 décembre 2016 portant sur les résidences-services de deuxième génération, les services non individualisables dont bénéficient les occupants sont les mêmes et ont trait :

1° à l'accueil personnalisé et permanent des résidents et de leurs visiteurs ;

2° à la mise à disposition d'un personnel spécifique attaché à la résidence et de moyens techniques, permettant d'assurer la sécurité des personnes et la surveillance des biens ;

3° au libre accès aux espaces de convivialité et aux jardins aménagés.

Les résidences-services offrent très généralement d'autres services « à la carte » (individualisables) visant à maintenir les liens sociaux et à prévenir la perte d'autonomie (restauration, animation collective, blanchisserie, espace de forme, etc.). Certaines disposent également d'un SAAD pour les résidents ayant l'APA à domicile.

Les résidences services ont en commun avec les résidences autonomie de comporter à la fois des logements individuels et privatifs et des espaces communs dédiés à la vie collective. Les logements peuvent être meublés ou non et sont adaptés.

En termes de publics visés, les résidences services sont « *conçues pour des personnes valides et autonomes*, - seules ou en couple - *et accueillent, sous réserve de la sécurité de l'immeuble*

[187] Les domiciles partagés développés dans le Morbihan accueillent exclusivement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et visent leur maintien à domicile le plus longtemps possible. Ce dispositif organisé dans le cadre d'une maison ou d'un appartement inséré dans le quartier ou le village accueille au maximum 8 personnes. Un accompagnement jour et nuit est assuré par des assistantes de vie professionnelle via la mise en commun des aides à domicile. Le suivi médical est assuré par le médecin traitant et des professionnels externes. Les familles conservent leur rôle de décision pour l'organisation de la vie de leur parent (horaires libres notamment). La présence régulière d'aidants familiaux, de bénévoles et de professionnels de l'aide à domicile, le soutien d'associations partenaires spécialisées, le maintien du lien social grâce à la présence de colocataires et à l'ouverture des activités au voisinage, facilitent le maintien à domicile et en autonomie des personnes.

[188] Source : site d'Agevillage http://www.agevillage.com

[189] La loi parle de « résidences-services » alors que les acteurs du secteur parlent plutôt de « résidences services seniors ». Nous parlerons dans cette note de « résidences-services ».

et des autres résidents, des personnes dont l'autonomie peut se dégrader au fil du temps, et au profit desquelles on mobilise alors les aides nécessaires, dans les mêmes conditions qu'à tout autre domicile » comme l'énonce le rapport IGAS de février 2015 sur « les résidences avec services pour personnes âgées ».

Un parc et une capacité d'accueil en pleine essor

Les données relatives à ce secteur peu réglementé sont aujourd'hui éparses et fragmentaires. Aucune base de données ne contient la catégorie « résidence services pour personnes âgées »[190], les nombres avancés tant par les professionnels du secteur que dans le cadre des sources reposant sur le permis de construire et la fiscalité, ne sont donc qu'approximatifs.

En 2015, le rapport IGAS évaluait ainsi à 150 les résidences du premier type (chiffre stable) et entre 300 et 400 celles du second type et faisait le constat d'une croissance actuelle considérable de ces formules. Les résidences services accueillaient en 2015 moins de 1% des personnes de 75 ans et plus (environ 40 000 personnes).

Fin 2016, le cabinet EHPA Conseil dans un rapport rendu en septembre 2017 sur « les résidences seniors en France » en recensait 540 en France, représentant environ 45 000 logements (le parc serait ainsi en mesure d'accueillir 1 à 1.6 % des plus de 75 ans valides).

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 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). Ce scénario vraisemblablement optimiste a été élaboré à partir des annonces des opérateurs du secteur [191].

La croissance future de ces résidences demeure néanmoins difficile à prévoir pour les prochaines années dans la mesure où elle repose sur des acteurs privés et sur le maintien des conditions actuelles favorables, notamment au niveau fiscal.

Généralement intégrées dans l'espace urbain et composées en moyenne de 80 à 120 logements, les résidences-services se concentrent sur la côte Atlantique et dans le grand sud, où il fait bon vivre et vieillir mais d'autres régions bénéficient également de cette offre, comme l'Alsace, l'Ile de France, le Centre ou la région Rhône-Alpes. On observe des déséquilibres importants entre les régions en termes de taux d'équipement.

Des résidents relativement âgés et autonomes

Comme évoqué, les résidences-services ont vocation à accueillir des personnes autonomes ou à l'autonomie dite maîtrisée. A notre connaissance, aucune donnée statistique n'existe sur les caractéristiques sociodémographiques des résidents, leur durée de séjour, les services utilisés ou encore les motifs de départs.

Le rapport IGAS a dressé un profil des résidents à partir des résidences qui ont été enquêtées par la mission : « *la population accueillie au sein des résidences-services est majoritairement féminine et vit seule. L'âge d'arrivée est en moyenne de 85 ans. Toutes les personnes auditionnées dans le cadre de la mission IGAS font état d'un fort recul de l'âge d'entrée en résidences-services (âge d'entrée dans les premières résidences-services autour de la soixantaine). Le niveau de dépendance est faible. 85% des personnes accueillies relèvent des*

[190] Les sources officielles recensement de la population et enquête logement de l'INSEE traitent les résidences-services comme des logements ordinaires. Celles-ci sont en dehors du périmètre de l'enquête EHPA de la DREES.

[191] Le marché est aujourd'hui relativement concentré puisque cinq opérateurs se partageaient en 2016 plus de 40 % de l'offre : Domitys, les Senioriales, des Villages d'or, Les jardins d'Arcadie, les Hesperides

GIR 5 et 6 et 10% d'entre elles sont en GIR 4 ». En cas de perte d'autonomie, la mobilisation de services adaptés voire le départ en EHPAD sont discutés avec le résident et la famille.

Selon diverses estimations[192], les ressources mensuelles des locataires en résidences-services seraient comprises entre 1 500 et 2 000 euros ou autour de 2 000 euros mensuels.

Du fait de services très individualisés, les salariés sont plus nombreux en résidence-services qu'en résidence autonomie.

Tarif et financement des résidences services

A la différence des résidences autonomie, les résidences-services ne relèvent pas du CASF et n'ont pas besoin d'autorisation préalable du Conseil départemental pour s'implanter sur un territoire. Le financement des formules résidentielles de deuxième génération actuellement en pleine croissance repose au démarrage sur des fonds privés émanant d'un promoteur ou d'investisseurs[193], s'inscrivant souvent dans le cadre de différents dispositifs de défiscalisation (Scellier, « Censi-Bouvard »), puis sur les loyers versés par les occupants de la résidence.

Au sein de ces résidences composées très majoritairement de locataires (98 %), le tarif demandé au résident correspond au loyer, auquel s'ajoutent les charges collectives, les charges relatives aux services non individualisables et le cas échéant, le coût des services individualisables consommés (restauration, blanchisserie, activités « à la carte » etc.).

Les résidents sont éligibles aux mêmes aides publiques que les personnes à domicile (aide-ménagère, aide au logement, crédit d'impôt pour l'emploi à domicile ou le recours à un service à domicile, APA). En revanche, les résidences-services n'étant pas habilitées à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, les résidents ne peuvent donc en bénéficier.

Encadré : Coût d'un logement en résidences services[194]

Comme sur les autres aspects, aucun recensement n'est fait sur les tarifs pratiqués dans l'ensemble de l'offre, qui on l'a vu, tend à se diversifier en termes de niveau de prix et de services rendus. Selon une étude récente réalisée par un site d'information des seniors (*Logement-seniors.com)*, sur une base de 200 résidences en France, le coût moyen[195] d'une location en RSS serait de 923€/mois pour un studio, 1 145€/mois pour un T2 et 1528€/mois pour un T3, avec de fortes variations en fonction de l'emplacement de la résidence et des prestations et services proposés.

TYPE DE LOGEMENT	STUDIO /T1	T2	T3
PRIX MOYEN	923 €	1 145 €	1 528 €
PRIX MINIMUM	364 €	485 €	635 €
PRIX MAXIMUM	2 000 €	2 422 €	3 310 €

[192] Estimations du Syndicat National des Résidences avec services pour Aînés (SNRA), de l'Association Nationale des Copropriétés avec Services (ANCS), du Syndicat National des Établissements et Résidences Privés pour Personnes Âgées (SYNERPA)

[193] Le modèle des résidences-services deuxième génération séduit des investisseurs individuels en quête de réductions fiscales et/ ou souhaitant se constituer un patrimoine, mais également de plus en plus souvent des investisseurs institutionnels attirés par des rendements intéressants (Caisse des dépôts, caisses de retraite, mutuelles, SCPI/OPPCI, etc.) cf. rapport EHPA Conseil 2017 précité

[194] Selon le rapport d'EHPA Conseil, les résidences seniors de nouvelle génération proposent des tarifs en location à partir de 550 euros par mois pour les résidences « tout à la carte » et 700 euros par mois pour les résidences avec socle de services en province.

[195] L'information étant à destination des seniors, on suppose que ce coût moyen englobe le loyer, les charges relatives aux services non individualisables et le coût moyen des services individualisables consommés.

Si les prix pratiqués apparaissent élevés, le rapport IGAS précise que les résidences-services ne seraient plus des « ghettos pour riches » et que les locataires bénéficient de plus en plus souvent de l'ALS.

Par ailleurs se développent à côté des résidences services, des formes d'habitat relativement proches pour des personnes dotées de plus faibles revenus. Ces projets sont initiés et portés, non sans difficultés, par des offices HLM, des mutuelles, des entrepreneurs sociaux. Le rapport IGAS relève néanmoins à leurs sujets que ces acteurs « *peinent à garantir un bon niveau de services à un prix maîtrisé* ». Ces habitats, qui ne sont pas juridiquement des résidences services, entreraient vraisemblablement dans la catégorie décrite ci-dessous des autres formes d'habitats alternatives aujourd'hui dénommés sour le terme d'habitat inclusif.

b) Les autres formes d'habitats alternatifs ou regroupés désormais regroupés sous le terme d'habitat inclusif

Les autres composantes de l'offre restent aujourd'hui difficiles à recenser, tant les initiatives foisonnent et les dénominations différent d'une part, et car elles se sont développées le plus souvent en marge des politiques médicosociales et sociales, d'autre part. Elles relèvent du secteur du logement et de l'habitat notamment social.

Bien que l'une des ambitions initiales de la loi ASV était de favoriser l'habitat alternatif dans son ensemble et de proposer des solutions d'hébergement pour tous les profils de personnes âgées, elle n'a pas intégré dans les textes ces autres formes d'habitats. Ceci résulte sans doute à l'heure actuelle d'un manque de visibilité sur cette offre, de l'absence de représentation unifiée de ces habitats mais peut-être aussi de la volonté de ne pas brider les innovations à l'œuvre.

Nous disposons de peu de données sur le nombre de structures existantes, les tarifs pratiqués, le nombre de personnes vivant dans ces lieux, leur profil, la durée de séjour, etc. Ces habitats se trouvent aussi bien en milieu rural qu'en milieu urbain. Ils s'adressent aux personnes âgées dans leur ensemble ou parfois exclusivement aux femmes âgées, ils peuvent également proposer un accueil intergénérationnel. Ils sont initiés et portés, tantôt par les citoyens eux-mêmes, tantôt par leurs représentants (élus locaux, associations, mutuelles, etc.).

Il n'est pas possible de décrire ici de façon précise la diversité de cette offre. Depuis la loi ELAN du 23 novembre 2018, l'ensemble de ces initiatives sont réunies sous le terme d'habitat inclusif[196]. Celui-ci est défini en son article 129 (art. L.281-1 du CASF) comme un habitat destiné « *aux personnes handicapées et aux personnes âgées qui font le choix, à titre de résidence principale, d'un mode d'habitation regroupé, entre elles ou avec d'autres personnes, le cas échéant dans le respect des conditions d'attribution des logements locatifs sociaux (…) et assorti d'un projet de vie sociale et partagée défini par un cahier des charges national fixé par arrêté* ».

L'habitat inclusif constitue une réponse complémentaire au logement ordinaire et à l'hébergement en institution. Il s'agit généralement de petits ensembles de logements indépendants proposés aux personnes âgées ou aux personnes handicapées, associés à des espaces communs. Ceux-ci permettent de combiner vie autonome et sécurisation de l'environnement et réunissent des personnes souhaitant s'intégrer dans un projet de vie social et partagé, souvent à forte dimension citoyenne.

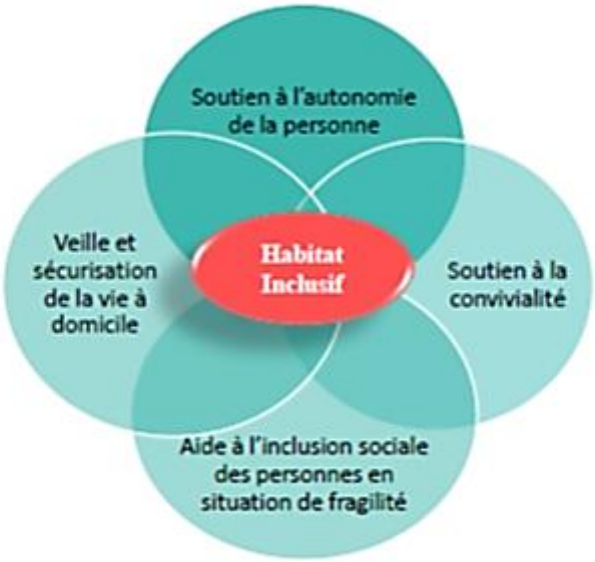
[196] Les représentants de la société civile parlent plutôt « d'habitat alternatif, citoyen et solidaire », dont le périmètre recoupe totalement ou partiellement celui de l'habitat inclusif et de l'habitat intergénérationnel. Pour une description de la typologie du collectif « Habiter autrement », cf. le rapport d'étude sur « L'habitat alternatif, citoyen, solidaire et accompagné, prenant en compte le vieillissement », juillet 2017.

Le guide de l'habitat inclusif pour les personnes handicapées et les personnes âgées de novembre 2017 réalisé par le CNSA, la DGCS et la DHUP précise que « l'habitat inclusif n'est pas :

- un logement individuel (ou dans la famille) en milieu ordinaire, que l'occupant fasse appel à des services à la personne ou non ;
- un établissement social ou médicosocial pour personnes handicapées ou personnes âgées (notamment un EHPAD, une résidence autonomie) ».

Les expériences d'habitat inclusif mettent en œuvre différents supports dans l'accompagnement des habitants : la veille, le soutien à la convivialité, le soutien à l'autonomie et l'aide à l'inclusion sociale (cf. graphique ci-dessous). Ces quatre supports ne sont pas exclusifs et sont présents de manière variable selon les projets. ».

Les aides proposées en habitat inclusif



Source : Guide de l'habitat inclusif, CNSA DGCS, DHUP, novembre 2017

L'intérêt des pouvoirs publics pour ce type d'habitat est croissant comme en témoigne tout d'abord la création de l'Observatoire de l'habitat inclusif en avril 2017 (cf. encadré ci-dessous), chargé notamment de « dresser un bilan des expériences d'habitat inclusif ». Ceci constitue un progrès et permettra d'avoir une meilleure visibilité de l'existant.

Encadré : L'Observatoire de l'habitat inclusif

La création d'un Observatoire de l'habitat inclusif est l'une des mesures du Comité interministériel du handicap de décembre 2016. Son rôle consiste à promouvoir le développement de formules d'habitat inclusif à destination des personnes âgées et handicapées, grâce notamment à la diffusion des pratiques inspirantes ou à la formalisation d'outils pour les porteurs de projets. L'Observatoire est coprésidé par la DGCS, la Direction de l'habitat, de l'urbanisme et des paysages (DHUP) et la CNSA et est composé de l'ensemble des acteurs du secteur.

Depuis 2017, chaque ARS dispose d'une aide spécifique forfaitaire d'un montant de 60 000 euros pour financer un ou plusieurs projets d'habitat inclusif identifié(s) dans sa région. Cette somme est destinée à couvrir les frais d'animation du « vivre ensemble » (coordination, gestion administrative, régulation de la vie collective). Ces crédits financés par la CNSA ont été reconduits pour 2018. Une évaluation de ces différentes expérimentations sera réalisée pour appuyer les projets à venir en termes de bonnes pratiques et de méthodologie.

Le gouvernement s'est engagé en juin 2017, à « favoriser le développement des habitats inclusifs en levant les obstacles administratifs », ce que la ministre des Solidarités et de la Santé, Agnès Buzyn a confirmé en mai 2018 dans sa feuille de route « Grand âge et autonomie » de mai 2018.

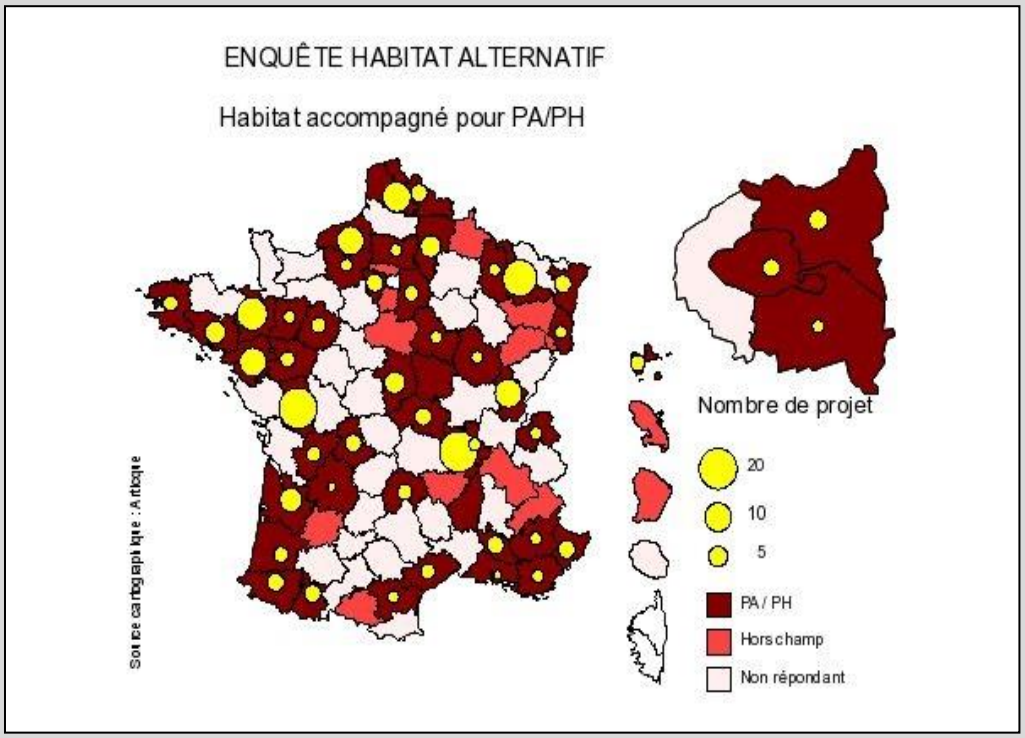
La loi ELAN instaure le « forfait d'habitat inclusif »[197], destiné à financer le projet de vie sociale et collective et attribué à toute personne résidant dans un habitat répondant aux conditions fixées dans un cahier des charges national restant à établir. La loi précise par ailleurs que « *le montant, les modalités et les conditions de versement de ce forfait au profit de la personne morale chargée d'assurer le projet de vie sont fixés par décret* ». La conférence des financeurs compétente en matière d'habitat inclusif est chargée de recenser les initiatives locales et de définir un programme coordonné de financement de cet habitat.

En 2019, 15M€ devraient être consacrés au financement de ce forfait.

Encadré. L'offre d'habitat inclusif en France : une vision encore parcellaire de ce secteur en pleine croissance

Dans le cadre de l'enquête nationale menée par la DGCS en 2016 notamment auprès des Conseils départementaux sur l'offre d'habitat inclusif, 240 projets pour personnes âgées / personnes handicapées ont été identifiés (cf. carte ci-dessous issue des remontées d'informations de 64 départements). Ce nombre, tout en étant significatif au regard du caractère récent de cette offre, demeure faible si on le compare aux deux composantes principales de l'offre que sont les résidences autonomie et les résidences services (cf. développements ci-dessus). La DGCS considère que la quantification est sous-estimée par rapport à la réalité (36 % des départements n'ont pas répondu et ¼ des répondants n'a pas de visibilité ou qu'une vision parcellaire de cette offre).

Selon l'étude réalisée par le cabinet OXALIS en février 2015, le nord et l'ouest de la France mais également l'Alsace et Lorraine et la région Rhône-Alpes concentrent une part importante des projets (histoire sociale, solidarités plus développées, développement industriel et/ou rural générant des situations propices à l'émergence de démarches citoyennes, écoute et partenariats forts localement).



[197] Article L.281-2 du CASF

Les principaux partenaires des projets pour personnes âgées sont les collectivités locales principalement les communes, les bailleurs sociaux et les prestataires de services à la personne. L'habitat inclusif est essentiellement urbain (2/3 dans les villes de plus 20 000 habitants dont 1/3 dans des villes de plus de 200 000 habitants) et se situe à proximité des services et des transports en commun. Dans de nombreuses réalisations, les espaces collectifs proposés s'ouvrent à d'autres que les résidents, dans une logique d'inclusion et de mutualisation des moyens.

Concernant la typologie du public accueilli, il s'agit chez les personnes âgées essentiellement de femmes seules (78%), d'une moyenne d'âge de 81.5 ans, autonomes ou légèrement dépendantes (GIR 4). Dans la plupart de ces projets pensés pour offrir une « réponse intermédiaire » en termes d'habitat, les occupants sont locataires ou sous-locataires. Il existe également des habitats qui visent le maintien à domicile le plus longtemps possible, y compris en cas de dépendance importante ou de démence. Dans le cadre de cette même étude, 77 projets pour des personnes atteintes de maladies neurodégénératives ont ainsi été recensés, avec une forte concentration dans le Morbihan (45 domiciles partagés) et en Gironde (remontées d'informations de 10 départements, les autres n'ayant pas connaissance ou identifié ce type d'offre sur leur territoire).

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 et étude du cabinet OXALIS réalisée en février 2015.

On trouve dans l'habitat inclusif :

- les béguinages, qui se situaient à l'origine principalement dans le Nord de la France. Gérés en général par des bailleurs sociaux, ils s'inspirent des anciens béguinages notamment religieux, et désignent des ensembles immobiliers spécialement conçus pour accueillir des personnes vieillissantes ayant des difficultés de mobilité (petits ensembles pavillonnaires de type maisonnée en rez-de-chaussée, de 10 à 20 logements privés en moyenne, de plain-pied, en location ou en propriété). D'autres modèles se développent sur les mêmes principes dans beaucoup d'agglomérations (domiciles services à Nantes, logements Octaves à Lille, résidences Chers voisins à Lyon) mais également en milieu rural ;

- l'habitat participatif ou autogéré (cf. encadré ci-dessous) : la maison des Babayagas à Montreuil, constitue l'un des exemples emblématiques de ce type d'habitat. Réalisée avec un bailleur social, et inaugurée en 2013, elle s'est constituée autour d'un projet novateur, celui d'une résidence autogérée, solidaire, écologique et citoyenne pour des femmes vieillissantes.

  Ce type d'habitat, qui se définit par sa dimension autogestionnaire et participative, fait l'objet d'un engouement de certains retraités qui veulent garder la maîtrise des conditions de leur vieillissement. Le développement de ces modèles peut néanmoins se heurter à certains obstacles, notamment la gestion des conflits internes. Par ailleurs, « l'organisation de la vie collective limite les possibilités pour ces habitats de faire face à la perte dépendance des personnes résidentes »[198].

[198] Rosenfelder C., « Vieillir dans un habitat autogéré : la question du vivre ensemble », revue Gérontologie et société, n°152, vol.39/2017.

Encadré : L'habitat participatif

La loi du 24 mars 2014 pour l'accès au logement et un urbanisme rénové (ALUR) utilise le terme « d'habitat participatif » (pour désigner ce que les chercheurs préfèrent appeler « l'habitat autogéré » cf. typologie d'Anne Labit) et en propose une définition à l'article L.200-1 du CCH : « *l'habitat participatif est une démarche citoyenne qui permet à des personnes physiques de s'associer, le cas échéant avec des personnes morales, afin de participer à la définition et à la conception de leurs logements et des espaces destinés à un usage commun, de construire ou d'acquérir un ou plusieurs immeubles destinés à leur habitation et, le cas échéant, d'assurer la gestion ultérieure des immeubles construits ou acquis."*

« *En partenariat avec les différents acteurs agissant en faveur de l'amélioration et de la réhabilitation du parc de logements existant public ou privé et dans le respect des politiques menées aux niveaux national et local, l'Habitat Participatif favorise la construction et la mise à disposition de logements, ainsi que la mise en valeur d'espaces collectifs dans une logique de partage et de solidarité entre habitants.* »

Le législateur a créé deux nouvelles formes juridiques qui peuvent répondre aux besoins des groupes pour se structurer et réaliser l'opération de construction et de gestion de leur habitat (la coopérative d'habitants et la société d'attribution et d'autopromotion). La loi entend ainsi favoriser le développement de ce modèle alternatif et innovant.

Encadré : L'exemple des logements intermédiaires du réseau « Générations mutualistes »

Depuis 1987, le réseau « Générations mutualistes » développe une offre de logements dits intermédiaires. Il dispose d'une cinquantaine de réalisations d'en moyenne une vingtaine de logements. Il les définit comme des logements sécurisés, adaptés et loués, dans lesquels il est proposé un service d'accompagnement (dont un espace collectif de rencontres, de convivialité et d'animation) se situant en dehors du cadre médicosocial. Ces logements implantés à proximité des services et commerces, pouvant accueillir des seniors actifs, fragilisés ou légèrement dépendants, sont généralement co-portés par une collectivité (commune le plus souvent), un gestionnaire mutualiste et dans la majorité des cas un bailleur. Dans certains cas également, le gestionnaire mutualiste est propriétaire des logements et a bénéficié de prêts locatifs sociaux. Quelle que soit la configuration, les loyers sont encadrés et les logements accessibles sous conditions de ressources.
Au montant du loyer qui se situe entre 300 et 500 euros pour un T2, s'ajoutent les frais du contrat de service, qui couvrent la prise en charge du salaire de l'animatrice / accompagnatrice à la vie sociale / gouvernante (selon l'appellation choisie) et dont le montant varie selon le temps de présence de celle-ci (entre 140 et 480 euros par mois). Cette offre est donc accessible voire réservée à un public bien moins aisé que celui accueilli en résidences services.

L'équilibre financier du modèle repose sur une bonne commercialisation des logements pour assurer le remplissage de l'habitat (possibilité de négocier la carence de loyer avec le bailleur) et un bon équilibre à trouver entre le niveau de revenus, les attentes et besoins des locataires d'une part, et le niveau de services rendus d'autre part (ex : besoin d'un temps de présence de l'accompagnatrice moins important pour des personnes autonomes). Bien souvent, le gestionnaire gère plusieurs établissements, de divers nature, ce qui lui permet d'assurer la rentabilité sur l'ensemble de son offre.

3) En définitive, que représente aujourd'hui l'offre d'habitat alternatif/regroupé ?

Compte tenu de la vision très parcellaire que nous avons de cette offre et au regard des chiffres – non-exhaustifs et parfois anciens - dont nous disposons, il y aurait aujourd'hui, de façon très approximative, autour de 155 000 résidents en habitat alternatif / regroupé (sans compter certaines formes d'habitats encore minoritaires ne faisant l'objet d'aucune comptabilisation : par exemple les cohabitations seniors ou intergénérationnelles). Ce chiffre sous-évalué de 155 000 résidents est à comparer aux 586 000 résidents en EHPAD selon l'enquête EHPA 2015.

Tableau 34. Estimation approximative du nombre de résidents en habitat alternatif/regroupé

Résidences autonomie (2015) dont MARPA (2017)	Résidences services (2016)	Habitat inclusif[199]	**Total**
106 700 (dont 4 700)	+ 45 000	3 600	**155 300**

Source : calculs SG HCFEA.

Si l'habitat alternatif / regroupé représente une part encore relativement faible de l'habitat des personnes âgées (2,6 % des personnes âgées de plus de 75 ans), il est amené à se développer notamment en ce qui concerne les résidences services (100 000 résidents prévus en 2020 dans l'étude du cabinet Xerfi-Precepta précitée). Les conditions apparaissent en effet réunies pour qu'il prenne une place plus importante dans les prochaines années et à l'horizon 2030. Si le mouvement semble bien engagé, l'habitat alternatif / regroupé reste néanmoins soumis à plusieurs aléas, le manque de recul sur certaines formules appelle à la prudence. Par ailleurs, les enjeux de leur succès et de leur pérennité restent de taille (cf. tome 2 orientations).

[199] Le chiffre de 3 600 habitants en habitat inclusif est obtenu de façon très approximative en considérant que les 240 habitats inclusifs recensés dans le cadre de l'enquête précitée menée par la DGCS en 2016 (chiffre sous-évalué, puisque seulement 64 départements ont répondu au sondage) comprennent en moyenne 15 habitants.

C) L'HEBERGEMENT EN ETABLISSEMENT

1) Comment a évolué le taux d'institutionnalisation ?

a) Définitions et évolutions

- Séparation entre l'aide à domicile et les autres lieux de vie pour les allocataires de l'APA. Fin 2015, le taux d'allocataires à domicile était de 59%.

Encadré : Rappel des prévisions sur le taux d'allocataires à domicile

Dans les projections de long terme de la DREES (Etudes et Résultats n°1032), l'hypothèse retenue est celle d'une répartition stable des effectifs entre domicile et établissement pour chaque GIR ; le poids de chaque GIR étant modifié, le taux d'allocataires à domicile varierait entre 58 et 64% à l'horizon 2060.

- Séparation entre les EHPAD et les autres lieux de vie (hors domicile) :
  * le nombre de logements-foyers, qui a fortement diminué dans les années 2000 (transformation d'un nombre important d'entre eux en EHPAD), est relativement stable depuis 2011 ;
  * il y a des modifications significatives dans le schéma des EHPAD : légère progression de la taille, faible place des hébergements tiers (hébergement temporaire et accueil de jour) ; progression du taux de dépendance et des besoins de soins, corrélée au recul de l'âge d'entrée ; légère baisse de la durée de séjour ; forte diminution des résidents en GIR 6 et 5 qui ne représentent plus en 2015 que 8% des résidents en EHPAD (contre 12 % en 2011 et 15 % en 2007).

b) On a dérivé par rapport aux objectifs du rapport de 2006

Le rapport Le Bouler de 2006 ciblait une augmentation du nombre de places jusqu'en 2010 puis une stabilisation ensuite à hauteur de 680 000 places.

Hors logements-foyers, le nombre de résidents en 2015 est nettement supérieur au nombre de résidents ciblé dans le rapport de 2006 (tableau 35).

Tableau 35. Nombre de résidents par GIR en 2015 (logements-foyers exclus)

	GIR 1-2	GIR 3-4	GIR 5-6	Total
Enquête EHPA (observé)	345 364	226 031	54 655	626 050
Rapport Le Bouler (projeté)	284 800	173 600	57 200	515 600

Source : enquête EHPA et 2ème rapport de la mission Le Bouler (2006).

S'agissant de l'accueil temporaire : fin 2015, on compte environ 20 700 résidents[200] en hébergement temporaire ou accueil de jour. Le rapport le Bouler ciblait 58 000 places.

Cet écart intervient dans un contexte où le reste à charge des résidents est élevé et malgré la préférence des personnes âgées et de leur entourage pour le maintien à domicile.

[200] DREES, enquête EHPA 2015, hors centres d'accueil de jour.

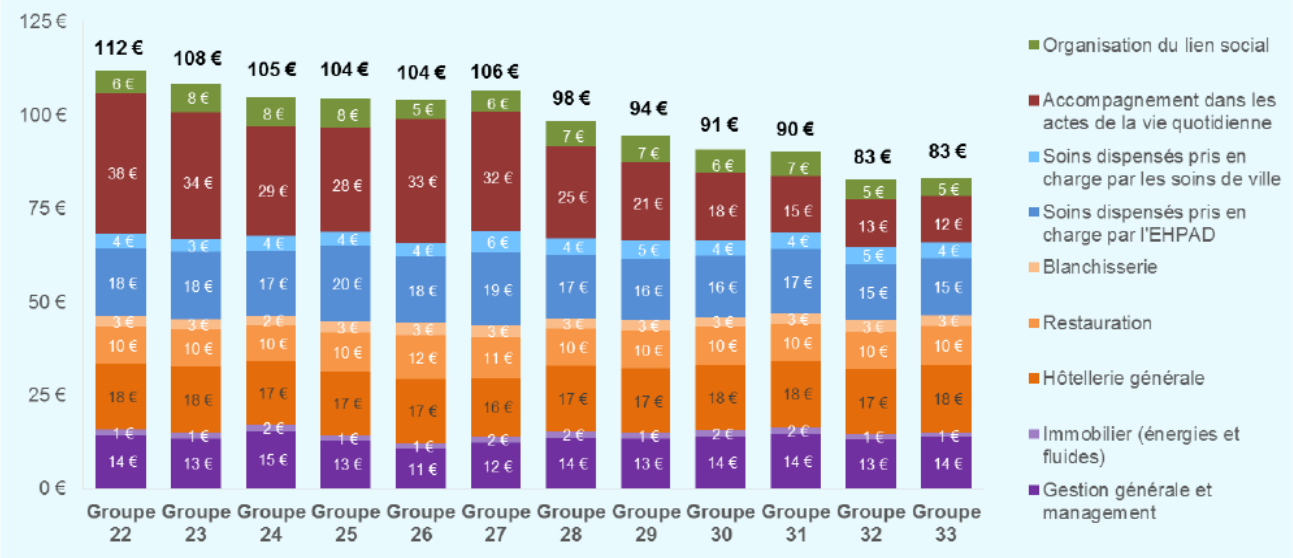
On peut avancer plusieurs hypothèses pour expliquer cette situation :
- la politique de soutien à domicile et d'appui aux aidants n'est pas arrivée à un degré de maturité suffisante pour éviter l'entrée « contrainte » en établissement ;
- les aménagements du logement sont insuffisants ;
- les ruptures de prise en charge sanitaire (notamment des hospitalisations non programmées et/ou dans lesquelles le retour à domicile n'est pas assuré) conduisent à des entrées en EHPAD plus ou moins contraintes[201] et souvent sans retour ;
- le tiers secteur (intermédiaire entre le logement individuel et l'EHPAD classique) ne s'est développé qu'à la marge en termes d'effectifs.

2) La « médicalisation » des EHPAD

Par certains de ses aspects, le concept est curieux. Il s'agit de renforcer la présence médicale dans l'établissement mais sans que ce renfort contraigne trop son fonctionnement. L'appellation est ambigüe dans la mesure où la présence soignante est essentiellement fournie par les infirmières et les aides-soignantes. Les options retenues sont inachevées puisque la présence médicale, bien que prévue par les textes, est difficile à assurer, et qu'elle est prévue pour des missions tronquées (hors prescription…)

Le poids des ressources dédiées au soin reste relativement modeste dans l'ensemble des dépenses, comme en atteste le graphique 34.

Graphique 34. Comparaison des coûts selon les groupes-types de résidents en EHPAD



Source : ATIH

a) Les objectifs

- dans la suite du processus dit d'« humanisation des hospices », il s'agissait de prendre en compte les nouvelles caractéristiques de la population accueillie en maison de retraite ;
- il s'agissait de le faire à la faveur d'un effort d'intégration, incarné notamment par la figure du « médecin coordinateur » ;

[201] Une bonne partie des 40% d'entrées en EHPAD faites de façon précipitée en 2007

- l'effort d'intégration interne devait s'accompagner d'un effort de rationalisation par rapport à la consommation de soins de ville.

Ce processus a connu une amplification considérable après la canicule de 2003. Il a en outre focalisé les efforts d'aménagement des financements : appréciation de la charge en soin, révision des dotations…

b) Eléments de bilan

À n'en pas douter, le paysage des « maisons de retraite » a été transformé en une vingtaine d'années à coup de création nouvelles, de restructurations ou d'intégration.

Le rapport du sénateur Bonne décrit le processus de médicalisation croissante des EHPAD comme relevant à la fois de besoins sanitaires en progression mais également comme une logique gestionnaire et bureaucratique. Les EHPAD et les formes intermédiaires de prise en charge ne jouent pas ici à armes égales.

Le bilan pour les médecins coordinateurs est décevant. Les rapports récents ont fait une large place à la discussion de leurs missions. Les difficultés de recrutement et l'importance des vacances de poste posent question. Il n'est pas certain que l'ajout de possibilités de prescrire suffise à restaurer l'attractivité de la fonction.

On ne dispose pas d'analyse poussée sur la question du bilan médico-économique de la médicalisation. Et la balance entre coûts additionnels (au sein des structures) et économies réalisées (sur les soins de ville) a curieusement été occultée au fil du temps, alors qu'elle était très prégnante dans les justifications à l'origine de la médicalisation.

Une meilleure articulation entre l'EHPAD et l'environnement soignant extérieur s'amorce mais on est loin des ambitions d'intégration souvent évoquées. ?

Encadré : La question de la médicalisation dans trois rapports récents[202]

Accroître la présence médicale en EHPAD *(Iborra-Fiat, Bonne et Ricordeau)*

Selon les députées Monique Iborra et Caroline Fiat, 60 % des passages aux urgences pourraient être évités si les maladies chroniques étaient correctement prises en charge en EHPAD. Elles font état de la grande difficulté à faire venir les médecins libéraux au sein de l'EHPAD.

Pour le médiateur Pierre Ricordeau, « *l'effet combiné de l'augmentation du niveau de besoin de soins des résidents en EHPAD d'un côté et les problèmes de démographie médicale de l'autre, conduit à des situations d'organisation des soins très insatisfaisantes* ».

Les propositions des deux rapports parlementaires sont les suivantes :

(i) Renforcer le rôle du médecin coordinateur en EHPAD

Le rapporteur Bernard Bonne propose une refonte des missions du médecin coordinateur. En l'état actuel, les missions qui lui sont confiées ne lui permettent pas de se substituer au médecin traitant dans son action prescriptive. Il considère que cela peut être source d'importantes dérives tarifaires

[202] Bernard Bonne (2018), « EHPAD: quels remèdes ? », rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales, n°341, enregistré à la Présidence du Sénat le 7 mars 2018 ;
Monique Iborra et Caroline Fiat (2018), « Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) », rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales, enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 14 mars 2018, n°769.
Pierre Ricordeau (2018), « Relevé des échanges et propositions de la mission de médiation sur la mise en place de la réforme de la tarification dans les Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendante (EHPAD) », IGAS, n°2018-023R, avril 2018.

(prescriptions d'actes potentiellement identiques ou redondants), en particulier dans le cas du forfait soin global qui couvre également la rémunération ou l'honoraire du médecin traitant. Bernard Bonne note également qu'en l'état actuel du droit, les établissements ne peuvent pas contractualiser avec des médecins libéraux, comme cela est fait avec d'autres professionnels libéraux, pour définir des conditions particulières d'exercice (mode de rémunération par exemple). Il y voit le signe du refus des pouvoirs publics de reconnaitre à l'EHPAD « *un statut de lieu de soins, qu'il est pourtant difficile de lui dénier au regard des faits* ». Les limites de ses attributions, son incapacité à prescrire en particulier, sont par ailleurs selon lui la principale raison de la faible attractivité aux fonctions de médecin coordinateur. Le rapport rappelle que 30 % des EHPAD contreviennent à l'obligation légale de disposer d'un médecin coordinateur. La principale cause serait le manque d'attractivité de la fonction.

Face à ces constats, il propose d'accroitre les attributions du médecin coordinateur en le dotant d'une capacité de prescription individuelle, de faire prévaloir sa décision en cas d'opposition d'avis avec le médecin traitant et d'inclure les médecins libéraux extérieurs dans le champs des contrats de coordination avec l' EHPAD. Les rapports Iborra-Fiat et Ricordeau proposent également de donner un véritable droit de prescription au médecin coordinateur.

(ii) Généraliser la mutualisation des infirmiers de nuit

Les expérimentations montrent des effets importants de la présence d'infirmiers de nuit sur la réduction des hospitalisations d'urgence. Les deux rapports du Sénat et de l'Assemblée nationale proposent de pérenniser le financement des expérimentations de mutualisation des infirmiers de nuit sur plusieurs établissements, par l'intermédiaire d'une intégration de leur coût dans le forfait global soins et en privilégiant les partenariats avec les structures sanitaires (établissements de santé ou Ssiad).

(iii) Favoriser la télémédecine en EHPAD

Le sénateur Bernard Bonne propose d'accroitre l'implication du médecin coordinateur dans les actes de télémédecine (téléexpertise, téléconsultation), évolution susceptible de générer des économies significatives. Le rapport Iborra et Fiat fait état des bénéfices importants de la télémédecine sur les soins apportés aux résidents, la diffusion de bonnes pratiques et l'attractivité des EHPAD auprès des personnels soignants.

Compte tenu de l'insuffisance des politiques courantes de « médicalisation », un certain nombre d'expérimentations ont pu être conduites dans différentes régions pour pallier les défaillances constatées. Les objectifs sont bien résumés à partir de l'expérience d'Ile-de-France[203]

Objectifs stratégiques :

- Fluidifier les prises en charge, dans une logique de parcours, en renforçant l'offre médico-sociale pour éviter des hospitalisations et compenser des dispositifs ou professionnels manquants ;
- démontrer une plus grande efficience de notre système de santé en agissant sur des modalités de prises en charge ou de tarifications différentes ;
- ambition de rendre l'offre plus souple, mieux adaptée aux souhaits et besoins des personnes.

Objectifs des expérimentations :

- Réduire les hospitalisations et les ré-hospitalisations évitables
- Permettre des retours d'hospitalisation anticipés

[203] Présentation de Marc Bourquin, directeur de l'autonomie de l'ARS Ile-de-France, séance du HCAAM du 22 février 2018

- Retarder l'entrée en établissement
- Améliorer la continuité des soins
- Améliorer la qualité de vie des usagers en perte d'autonomie.

Encadré : Les expérimentations conduites en Ile-de-France

Présence IDE de nuit mutualisée en EHPAD
Expérimentation régionale lancée dès 2013 auprès de 7 des 8 départements franciliens (Paris intégrant une variante du dispositif mi 2015). Exploitation des données réalisée sur 24 EHPAD : 3 EHPAD par département.
Objectifs : améliorer l'orientation des résidents la nuit, la prise en charge des retours d'hospitalisation, la continuité des soins et entre autres les soins palliatifs en EHPAD, en sécurisant les équipes, et démontrer une baisse des hospitalisations évitables.
Modèle testé : mutualisation d'un IDE sur 3-4 EHPAD de proximité, passant chaque nuit dans chacun d'entre eux, mobilisable à tout moment.
Evaluation médico-économique menée par Gérond'If sur tranche 2014-2015 et prévue sur 2016-2017 :

- Réduction significative de la durée des hospitalisations : 4.07 jours d'hospitalisation en moins / résident / an
- Réduction des hospitalisations après un passage aux urgences
- Augmentation des retours à l'EHPAD après un passage aux urgences
- Tendance à plus de décès dans les EHPAD (fin de vie)

Médecins prescripteurs en EHPAD
Objectif : sécuriser le suivi médical dans les EHPAD ne disposant pas de médecins salariés (soit 75 % des EHPAD).
Méthode suivie : appel à candidatures ouvert aux EHPAD en tarif partiel qui rencontrent des difficultés à faire intervenir les médecins traitants dans l'établissement. Financement d'une intervention forfaitaire auprès des résidents pour prévenir les risques épidémiques et iatrogènes et assurer un suivi minimal de tous les résidents.
Critères prioritaires retenus :

- Identification à ce jour des résidents sans médecin traitant, ou sans médecin en possibilité de se déplacer
- Identification d'un médecin potentiellement disponible pour intervenir sur un temps salarié

Mobilisation sur crédits ARS de 700 K€ en 2018 pour financer un temps complémentaire du médecin coordonnateur, ou de salarier un temps de médecin pour déployer cette intervention auprès des résidents.
29 EHPAD retenus, permettant de financer 5,8 ETP de médecins au global et représentant 0,1 à 0,3 par EHPAD

Hébergement Temporaire en EHPAD en sortie d'hospitalisation
Déjà testé à Paris 9-10-19ème dans le cadre de l'expérimentation nationale « PAERPA »
Objectif : fluidifier le parcours de soins et de vie de personnes âgées qui, à l'issue d'un séjour hospitalier, ont des difficultés à retourner chez elles malgré un état de santé stabilisé.
Enjeux : réduire les durées d'hospitalisation, lever le frein du reste à charge, assurer un suivi en médico-social tourné vers retour à domicile,
Proposer un HT dont le tarif hébergement est identique au coût du forfait hospitalier (20€), pendant 1 mois
Financements prévus :

- Sur le tarif hébergement : 60€/jour/résident pendant 1 mois, soit près de 900 000€ sur 1 an pour 40 places
- Sur le tarif soins : revalorisation à 15 000€/place/an, conformément aux travaux régionaux de 2014 sur l'hébergement temporaire, soit potentiellement 100 000€

AAC lancé fin 2017 pour autoriser 40 places d'HT en EHPAD en Seine-et-Marne. 2 opérateurs retenus proposant chacun 20 places d'HT, en lien étroit avec des établissements de santé en vue de faciliter les sorties de médecine-chirurgie et de SSR.

EHPAD « hors les murs », une idée d'avenir dont le modèle économique reste à trouver
Appel à projets conjoint ARS-Conseil départemental 92 en 2016, dans le Nord 92
Un opérateur gestionnaire d'ESMS retenu : création de 30 places de SSIAD, 50% de places à l'aide sociale à l'hébergement pour PA à domicile (sans récupération des frais)
Budget global de 700 000 € (Assurance maladie + CD)
Objectif : offrir une palette de services à domicile équivalente à celle proposée en établissement, éviter l'entrée en EHPAD et l'hôpital
Services rendus :

- Un référent unique pour l'usager, avec facture unique
- Un opérateur qui articule l'ensemble des prises en charge au domicile et réévalue régulièrement les besoins
- Sécurisation et adaptation du domicile
- Aides et soins gradués à domicile (repas, loisirs, soins, aides aux actes de la vie quotidienne, nouvelles technologies pour l'organisation des soins

3) L'organisation en établissement

a) Une logique assez stable

Bien que la réflexion progresse sur la vocation des EHPAD, la logique actuelle des établissements n'a guère évolué : les établissements sont « fermés » sans être intégrés dans leur environnement (notamment dans l'offre de soins).

b) Des taux d'encadrement jugés insuffisants dans les EHPAD

Le taux d'encadrement actuel est de 0,63ETP/résident en augmentation de 10% sur dix ans.

On estime communément que le taux actuel n'est pas suffisant et qu'il convient d'une part, d'effectuer un rebasage et d'autre part, de suivre l'évolution du degré de dépendance qui s'alourdit régulièrement.

Les références dont on dispose sont très disparates et souvent peu documentées[204] :

- le rapport du Commissariat au Plan (2006) retenait une cible pour 2015 en ETP/résident de 0,71 et 0,78 en hypothèse haute (maisons de retraite et ULSD, hors foyers-logements)

- le plan de solidarité/grand âge (juin 2006) prévoyait de passer en cinq ans à 0,65 et 1 pour les établissements qui accueillent les résidents les plus dépendants (GMP supérieur à 800) ; soit un objectif global de 0,685ETP/résident (sur la base des effectifs actuels)

- les rapports de Mme Iborra et du CESE retiennent, sur la base des travaux de la Fédération hospitalière de France et le syndicat national de gérontologie clinique de 2009 une norme d'encadrement en personnel « au chevet des résidents (aides-soignantes et infirmiers) » de 0,6ETP ce qui conduirait le taux total à 0,928ETP/résident.

[204] Le rapport Ricordeau constate « dans beaucoup d'endroits une tension continue entre les besoins et moyens notamment autout du cœur de l'accompagnement en soins des médecins, infirmières et aides soignantes »

c) Evolution

L'évolution des besoins entre 2011 et 2015 est mesurée à partir des indicateurs (GMP et GMPS pondérés). L'augmentation du Gir moyen pondéré (qui sert de base à la détermination de la dotation de la section dépendance) est de 3,04%. Celle du GMPS (qui sert à la détermination de la dotation soins) est de 7,7%. L'augmentation pondérée pour les deux sections est de l'ordre de 6,5%. Face à cette augmentation, celle du taux d'encadrement constaté sur la période (ensemble des sections) est un peu plus faible, de l'ordre de 5,5%.

La seule poursuite de la tendance des besoins à l'horizon de cinq ans à partir de l'évolution des GMP et GMPS pondéré conduirait à une augmentation du taux d'encadrement de 4 ETP par EHPAD (6,3% de l'effectif actuel).

d) Des problèmes sur les salaires et conditions de travail et de formation/recrutement

Les difficultés de recrutement[205] s'expliquent largement par les conditions de travail et le niveau des salaires.

Il conviendrait d'approfondir l'analyse de la CNSA sur la forte disparité de rémunération du personnel salarié.

e) Les réformes récentes

- La mise en place des équations tarifaires pour définir les dotations est une bonne option même si certains gestionnaires ont une analyse parfois critique de l'échelle Pathos. Encore faut-il que la fréquence des coupes soit soutenue et que la valeur du point évolue de façon cohérente avec l'évolution des coûts qui devrait, en tendance, être nettement supérieure à l'évolution des prix et même sensiblement supérieure à celle du SMPT si on veut améliorer les salaires et les conditions de travail des personnels.

- Les processus de convergence :

  * les crédits annoncés (dont la feuille de route récente prévoit l'accélération de mise en œuvre) pour la convergence des sections de soins sont insuffisants pour se rapprocher des indicateurs analysés ci-dessus, *a fortiori* si la progression du GMPS pondéré se poursuit (sur la base de la tendance observée à l'horizon 2022, il faudrait, à ce seul titre, augmenter l'effectif moyen de 6,5%, soit 4 ETP par résidence)

  * le processus de convergence départementale de la dotation dépendance va harmoniser les dotations à cette échelle territoriale ; mais il n'implique aucune convergence vers un niveau normé de la valeur du point. Or la variation de la valeur du point entre départements est élevée (on va de 5,68 dans les Alpes-Maritimes à 9,47 en Corse du Sud pour une moyenne nationale de 7,05). Elle est vraisemblablement supérieure à d'éventuels écarts du coût des facteurs.

[205] Cf. éléments repris dans le tome 2 de la note Mahel Bazin et Marianne Muller (DREES), 2018, « Le personnel et les difficultés de recrutement dans les EHPAD», Études et Résultats, n°1067, DREES, juin.

4) Des restes à charge contraignants pour certains ménages en établissement

Les restes à charge et taux d'effort doivent laisser aux plus modestes des résidents et à leurs familles des marges raisonnables de revenu et ne doivent pas détourner les prétendants d'une entrée en EHPAD si elle est indiquée ou souhaitée.

Cette question est analysée en détail dans le rapport du Conseil de l'âge de décembre 2017 (tomes 2 et 4). On en reprend ici les principales conclusions.

RAC et taux d'effort sont déjà élevés (voir le rapport du Conseil de l'âge de décembre 2017 tome 4).

a) Le reste à charge

Quatre constats se dégagent des données souvent anciennes.

a1) Avant prise en compte de l'ASH

- Le niveau moyen du RAC « facial » (dépenses moins ressources) en 2011 est de 1 758€/mois[206]. Si on soustrait les dépenses de gîte et de couvert que le résident aurait supportées s'il vivait à son domicile, fixées par convention à 720€/mois, les dépenses à la charge des résidents (le « RAC réel ») sont en moyenne égales à 1 038€/mois.

- Ce RAC n'est guère sensible au GIR puisque les tarifs d'hébergement ne varient quasiment pas en moyenne avec le niveau de perte d'autonomie et que la participation financière des résidents au tarif dépendance est très peu sensible au GIR.

- Il croît faiblement avec le revenu : entre les bénéficiaires de l'ASPA et ceux ayant un revenu de 3 500€ par mois, le RAC (avant ASH) varie de 500 euros.

- Les dépenses à la charge des résidents (RAC et dépenses de gîte et de couvert) sont en moyenne supérieures aux ressources des résidents jusqu'à environ 1 800 euros de ressources mensuelles[207], soit pour près de trois résidents sur quatre.

Le RAC dépend de façon sensible – mais pas massive – du tarif d'hébergement.

a2) Après prise en compte de l'ASH

Le RAC est ramené à 867€/mois en moyenne. Ajouté aux dépenses de gîte et de couvert, les dépenses à la charge des résidents s'élèvent en moyenne à 1 587€/mois.

Mais une partie des dépenses d'ASH seront à la charge des obligés alimentaires ou des héritiers. Compter l'ASH brute dans les aides est donc discutable.

Etant donné le faible taux de recours à l'ASH, il reste un résident sur deux dont le reste à charge est supérieur aux ressources courantes[208].

[206] Fizzala, 2016.
[207] Fizzala (2016)
[208] Fizzala (2016)

b) Le reste à vivre

Le reste à vivre est défini ici comme la différence entre les ressources courantes du résident d'un côté, et la somme de son RAC et de ses dépenses de gîte et de couvert de l'autre :

Reste à vivre = Ressources courantes – (RAC + dépenses de gîte et de couvert)

Il est en moyenne négatif : -318 €/mois avant prise en compte de l'ASH ; -146 €/mois après prise en compte de l'ASH[209].

75% des résidents (soit 420 000 personnes) sont dans l'incapacité de payer leurs frais de séjour avec leurs ressources, avant l'intervention de l'ASH. Il en reste 304 000 après l'ASH, soit 55%.

Avant ASH, le reste à vivre est négatif jusqu'à 1 800€ de ressources mensuelles au sens de l'APA[210].

c) Taux d'effort après aides

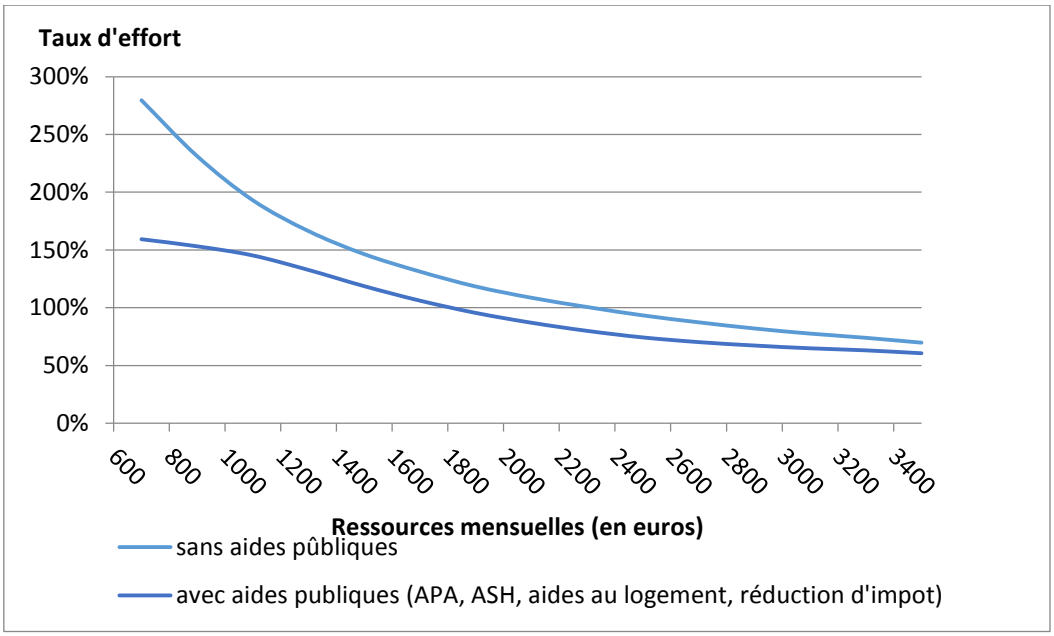
Le taux d'effort est défini ici comme le ratio entre la somme du RAC et des dépenses de gîte et de couvert d'un côté, et les ressources courantes des résidents de l'autre

Taux d'effort = (RAC + dépenses de gîte et de couvert) / ressources courantes

Il est très élevé : 110 % en moyenne[211].

Les aides publiques réduisent naturellement le taux d'effort mais il reste cependant supérieur à 100 % pour la majorité des résidents.

Graphique 35. Taux d'effort moyen en fonction du revenu, avant et après aide publique



Champ : France métropolitaine – résidents des établissements relevant de l'APA en établissement au 31 décembre 2011. *Source : modèle Autonomix – DREES.*

[209] Fizzala (2016)
[210] Mais ce calcul surestime le seuil réel puisque l'assiette APA en 2011 est plus faible que le revenu courant parce qu'elle n'intègre pas les majorations de retraites pour les familles nombreuses.
[211] Fizzala (2016)

d) Evolution

Le reste à charge est appelé à augmenter parce que les coûts en établissement augmenteront avec l'amélioration de leur qualité (accroissement du taux d'encadrement et des coûts de main d'œuvre probablement plus rapide que l'évolution des retraites) et la stagnation probable – à législation constante – des aides publiques (dégradation des aides au logement, indexation du plafond de la réduction d'impôt sur les prix).

D) LA PRISE EN CHARGE DE LA PERSONNE AGEE PAR LE SYSTEME DE SOINS

Les rapports n'ont pas manqué sur le sujet[212].

Parmi ceux-ci, le HCAAM, en 2010 et 2011, avait conduit des travaux sur le vieillissement[213] et la dépendance[214]. Ils avaient permis d'établir, au vu des données disponibles, un diagnostic des besoins en santé des personnes âgées, en particulier des personnes âgées en perte d'autonomie, et des modalités de leur prise en charge.

Sur la base de ce diagnostic, le HCAAM avait formulé un certain nombre de propositions parmi lesquelles la mise en place de parcours coordonnés de soins et d'accompagnement (cf. infra) afin d'éviter des ruptures de prise en charge, le recours aux hospitalisations en urgence et la redondance des examens. Ces parcours coordonnés devaient associer les différents professionnels intervenant auprès des personnes concernées, qu'il s'agisse de professionnels relevant du secteur de la santé (médecins, infirmiers, aides-soignants, etc.) ou du secteur social (assistantes sociales, auxiliaires de vie, etc.). Il faut en effet souligner la porosité des frontières entre les soins à domicile destinés aux personnes âgées et les aides dont elles bénéficient au titre de la compensation de la perte d'autonomie :

- la frontière entre perte d'autonomie et difficultés de santé est souvent ténue ;

- certaines dépenses de soins sont liées au niveau de dépendance ;

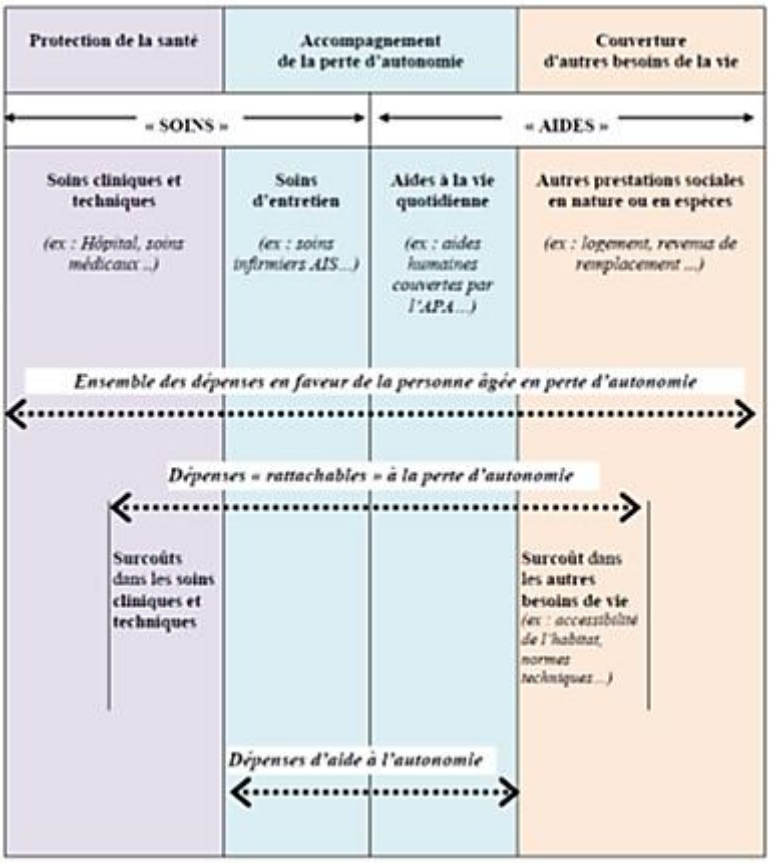
- à domicile, la prise en charge des personnes âgées peut être assurée dans certains cas à la fois par des intervenants du secteur social ou du secteur médical.

[212] Parmi les travaux récents, on citera notamment l'Avis de mai 2018 du Comité consultatif national d'éthique : « Enjeux éthiques du vieillissement. Quel sens à la concentration des personnes âgées entre elles, dans des établissements dits d'hébergement ? Quels leviers pour une société inclusive pour les personnes âgées? » (Avis n° 128).

[213] Rapport HCAAM, *Vieillissement, longévité et assurance maladie, novembre 2010*

[214] Rapport HCAAM, *Assurance maladie et perte d'autonomie, Contribution du HCAAM au débat sur la dépendance des personnes âgées*

Dans son rapport de 2011, le HCAAM donnait une représentation de cet ensemble de prestations et de dépenses :



De fait, un certain nombre de problèmes d'action publique ne sont pas spécifiques à la problématique « personnes âgées », ils sont simplement souvent exacerbés dans ce cas.

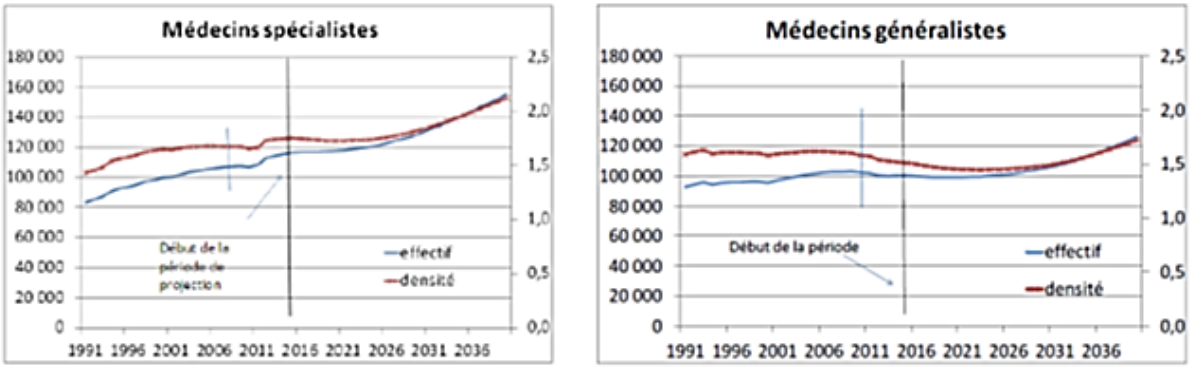
La nécessité de raisonner sur des parcours longs (des « parcours de vie ») est d'autant plus difficile qu'on est dans un champ d'acteurs atomisés, avec des problèmes de disponibilité des personnels pour des métiers courants ou de « nouveaux métiers ». On bute souvent sur des problèmes de qualité des systèmes d'information, d'ingénierie locale et de signalement de la qualité (ou de la non-qualité). Les inégalités géographiques de l'offre sont importantes. Des solutions technologiques, structurantes ou palliatives, multiples sont souvent sous-employées. Le système actuel souffre d'une gouvernance publique dispersée. Enfin le poids des restes à charge peut freiner le recours aux soins.

1) Le vieillissement et la présence territoriale des soignants

On a en France, comme dans bien des pays, un problème global de démographie et de répartition spatiale des soignants, avec une situation dégradée sur certains territoires. S'agissant des personnes âgées, les problématiques d'isolement et de mobilité (ou de défaut de mobilité) exacerbent en effet la prégnance des difficultés.

Les projections disponibles de la DREES[215] ne confirment pas la perception d'un risque global majeur de pénurie de médecins à moyen terme ni *a fortiori* d'une insuffisance globale future de ressources en professionnels de santé.

Graphiques 36. Effectifs et densité de médecins généralistes et spécialistes à l'horizon 2040

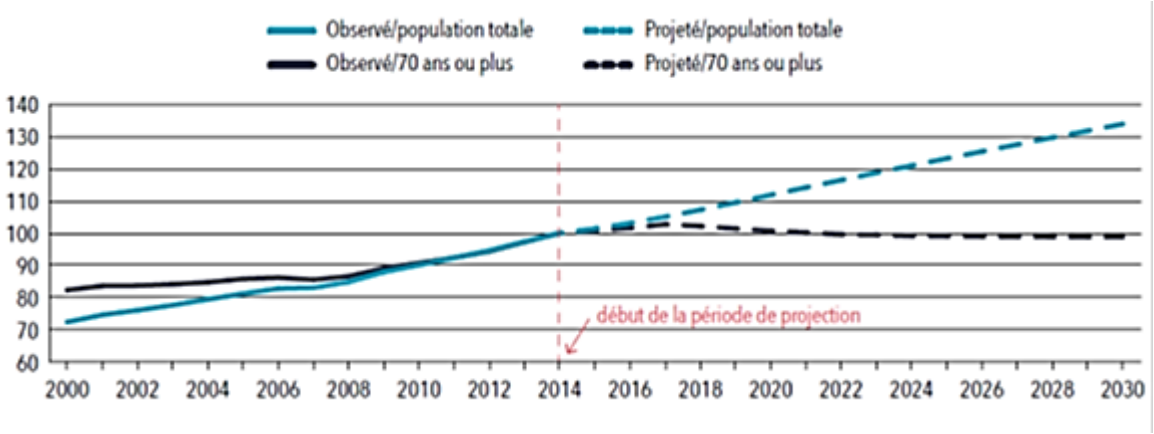


Note: Projections sous les hypothèses du scenario tendanciel.
Champ: France entière, médecins actifs de moins de 70 ans.
Sources : ADELI, RPPS, Projections DREES 2015.

La consommation de soins de masso-kinésithérapie par les populations âgées rend bien entendu la question de la démographie de cette profession particulièrement sensible. Les effectifs d'ailleurs projetés en valeur et par rapport à la population âgée (de plus de 70 ans), laissant augurer dans le premier cas une forte progression et dans le second une stagnation au niveau de la situation actuelle[216].

[215] http://securite-sociale.fr/IMG/pdf/hcaam_-_dossier_statistique_drees_medecins_specialistes.pdf
[216] http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/portrait-des-professionnels-de-sante-edition-2016

Graphique 37. Projections de la densité de masseurs-kinésithérapeutes par rapport à la population totale et aux personnes âgées de 70 ans ou plus, base 100 en 2014

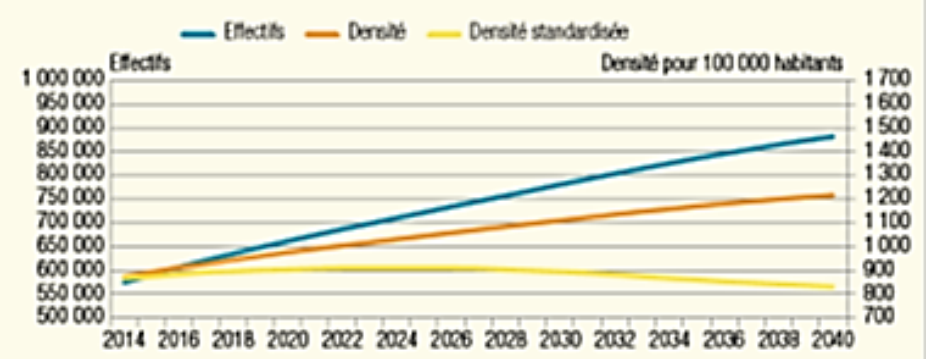


Note : La projection retenue ici correspond au scénario tendanciel.

Champ : France entière.
Sources : ADELI pour l'observé ; calculs DREES ; projections de population INSEE.

Un *Etudes et Résultats* de la DREES publié en mai 2018[217] se livre au même exercice pour la profession infirmière, avec un résultat comparable : une forte augmentation des effectifs et une quasi-stagnation au niveau actuel pour ce qui est de la densité standardisée.

Graphique 38. Effectifs et densités d'infirmiers en activité selon le scénario tendanciel



Note: La densité standardisée est le rapport entre le nombre de professionnels de santé et le besoin de soins estimé par une population dite standardisée. Cette dernière se calcule ainsi : le nombre de personnes de chaque tranche d'âge quinquennale est multiplié par un poids proportionnel à sa consommation de soins infirmiers. Ainsi, cette méthode corrige la densité des différences de niveaux de recours selon l'âge, et permet d'intégrer la hausse du besoin de soins que génère le vieillissement.

Lecture : Selon le scénario tendanciel, les effectifs d'infirmiers augmenteraient continûment pour atteindre 881 000 en 2040. La densité passerait de 872 en 2014 à 1217 en 2040.

Champ : Ensemble des infirmiers actifs âgés de 18 à 67 ans, France entière (hors Mayotte).
Sources : Recensement de la population : projections DREES et projections de population INSEE (scénario central) 2013-2070.

Le propos sur la démographie professionnelle ne saurait se limiter aux constats sur les effectifs globaux. Il faut aussi bien entendu – et peut être même surtout – considérer la répartition spatiale de ces ressources professionnelles.

[217] Christelle Millien (DREES), 2018, « 53 % d'infirmiers en plus entre entre 2014 et 2040, une forte hausse qui répond à la demande de soins », Études et Résultats, n°1062, DREES, mai.

La répartition inégale des médecins, notamment des généralistes, est ainsi particulièrement marquée pour les plus jeunes d'entre eux[218]. De façon logique, la tendance à la polarisation du territoire concerne en effet aussi les médecins, réticents à s'installer dans des zones rurales et semi-urbaines et dans les zones urbaines dites « difficiles ». Les établissements hospitaliers situés dans certaines villes moyennes peinent également à attirer des praticiens spécialisés[219].

Sans idéaliser un âge d'or de la couverture sanitaire du territoire, on avait dans un passé récent une situation sinon satisfaisante, du moins ne suscitant pas trop d'inquiétudes. Le maillage primaire était en effet constitué de toute une gamme d'éléments : autour du triptyque généraliste-pharmacien-infirmier libéral mais aussi d'un tissu dense d'hôpitaux de proximité polyvalents, de logements foyers et de maisons de retraite, de paramédicaux investissant des territoires de plus en plus fins, sans parler de la médecine salariée (centres de santé, scolaire, protection maternelle et infantile...) en meilleure situation qu'aujourd'hui. Ce maillage primaire dense a concerné dans les années 1980-90 des territoires qui n'avaient pas connu jusque-là une telle abondance.

Et puis les choses se sont dégradées sur certains territoires : fermeture des hôpitaux de proximité ou de certains services au sein de ceux-ci, médicalisation et repliement sur lui-même du médico-social, difficultés de la médecine salariée, laissant bien souvent seul au front le triptyque généraliste-pharmacien-infirmier libéral. Sur certains territoires, denses et non délaissés, ce trio fonctionne bien, du moins dans sa capacité à mailler le territoire, d'autant que les effectifs de paramédicaux libéraux (infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes) sont en croissance continue. Sur d'autres territoires, il suffit que la maille généraliste lâche pour que l'ensemble du tissu se délite.

[218] Voir le document DREES-IRDES comparant l'accessibilité potentielle localisée des médecins généralistes et des seuls médecins de moins de 40 ans sur le territoire in Muriel Barlet, Magali Coldefy, Clémentine Colin, Véronique Lucas-Gabrielli, « L'accessibilité potentielle localisée (APL) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux généralistes libéraux *», Questions d'économie de la santé,* n°174, mars 2012.

[219] Parmi les spécialités dédiées, on évoquera la médecine gériatrique telle que définie par l'Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) : « La médecine gériatrique est une spécialité médicale concernée par les affections physiques, mentales, fonctionnelles et sociales en soins aigus, chroniques, de réhabilitation, de prévention et en fin de vie des malades âgés.
Ce groupe de patients est considéré comme présentant une fragilité importante et de multiples pathologies évolutives requérant une approche globale. Les affections peuvent se présenter différemment avec l'âge avancé, et leur diagnostic est souvent difficile, la réponse au traitement retardée et le besoin de soutien médico-social nécessaire.
La médecine gériatrique, dépasse ainsi la médecine d'organe et offre des soins supplémentaires au sein d'équipes pluridisciplinaires, dans l'objectif essentiel d'optimiser l'état fonctionnel des malades âgés et d'améliorer la qualité de vie et l'autonomie.
La médecine gériatrique n'est pas définie spécifiquement par l'âge [des patients pris en charge] mais doit faire face à la morbidité spécifique des personnes âgées. La plupart des patients ont plus de 65 ans, mais les principaux défis de la spécialité de médecine gériatrique concernent plus particulièrement le groupe des 80 ans et plus.

Encadré : La question du domicile, au cœur des problématiques de présence professionnelle et de coordination des soins

Une partie de la problématique du soin aux personnes âgées tourne autour de la question du domicile, dans ses multiples dimensions :

- Le domicile en tant que lieu de soin fixe : le domicile comme alternative à l'hôpital, le domicile comme lieu de vie, le domicile comme situé dans un territoire ;
- Le domicile dans une trajectoire de soin : préparation à domicile avant une hospitalisation, préparation de la sortie de l'institution hospitalière, hospitalisation en urgence ;
- Les infrastructures d'une première ligne de prise en charge de qualité : la question numérique, la dispensation des médicaments, la question des déplacements ;
- La prospective :
    - domicile et aménités géographiques : une géographie de la santé selon l'âge ?
    - domicile et aménités de proximité : un type d'espace selon l'âge (en particulier en ce qui concerne la proximité des services sanitaires),
    - le domicile demain, du point de vue des ressources sanitaires : le domicile connecté et la santé connectée à domicile, le domicile transplanté (résidences séniors…) et la question des ressources sanitaires (nouvelles organisations),
    - le développement des capacités de projection et de coordination à domicile : EHPAD à domicile, quel bilan pour les Equipes spécialisées Alzheimer?
    - l'adaptation de l'habitat plutôt que du logement ;
- La gradation des services offerts et le financement en conséquence.

On évoquera infra la question des moyens de l'aide à domicile. D'autres carences sont bien connues :

- diversité des interventions et défaut de coordination ;
- carences dans la mesure de la qualité des interventions ;
- nécessité d'adapter le domicile, parfois dans l'urgence ;
- soutenabilité en termes de bien-être et en termes financiers.

Les tendances à l'œuvre concourent à accentuer les difficultés de la population âgée :

- Dé-densification de la présence médicale sur le territoire, pour les généralistes comme pour les spécialistes et recul de la visite à domicile ;
- Difficultés à pérenniser le tissu hospitalier de proximité ;
- Evolution du réseau officinal.

A contrario, croissance des effectifs de paramédicaux, avec une implantation territoriale de proximité relativement plus favorable : quid de l'évolution des tâches pour utiliser au mieux ce potentiel ?

Les priorités de l'action publique en matière de démographie professionnelle et de formation sont claires ; elles sont particulièrement sensibles face aux enjeux de la prise en charge sanitaire des personnes âgées :

- il y a tout d'abord la nécessité d'**organiser des ressources professionnelles diversifiées mais coordonnées auprès des usagers** : développement des pathologies chroniques, vieillissement, besoin de démultiplier les interventions en prévention et promotion de la santé auprès de la population, y compris auprès de la population âgée, d'un côté, division du travail toujours plus poussée, chez les professionnels de santé, médecins et non médecins, et les travailleurs sociaux ;
- il y a ensuite la nécessité de **pallier des déséquilibres territoriaux de proximité** : on connaît l'histoire heurtée du numerus clausus des médecins ; on a moins spontanément

conscience du déséquilibre croissant médecins généralistes / spécialistes (cf. les graphiques supra) ; à cela s'ajoute la diversification de l'offre médicale, qui s'est spécialisée, voire « hyperspécialisée » ; les déséquilibres territoriaux sont donc potentiellement plus nombreux, au niveau national comme à un niveau infra-territorial ; l'offre médicale plus spécialement dédiée aux soins primaires et à la prise en charge du vieillissement n'est donc pas en expansion ; à cela s'ajoute l'évolution des formes de l'exercice médical et en particulier la rétraction de la visite à domicile, dimension essentielle de la prise en charge des personnes âgées.

L'évolution de l'offre paramédicale présente on l'a dit des caractéristiques intéressantes eu égard à l'évolution potentielle des besoins de la population âgée. Encore faut-il que la répartition de ces ressources sur le territoire et l'évolution de cette répartition soient appropriées. La DREES a ainsi mesuré les choses pour la profession infirmière.

Figures 3. Densité régionale des infirmiers en 2014 et en 2040, selon le scénario tendanciel

Champ : Ensemble des infirmiers actifs âgés de 18 à 67 ans, France entière (hors Mayotte).
Sources : Recensement de la population : projections DREES et projections de population INSEE (scénario central) 2013-2070.

La diversité de l'offre professionnelle fournit en outre un potentiel de substitution des ressources entre elles qu'il convient d'évaluer ; **les besoins à ce niveau sont fondamentalement des besoins de régulation, en vue de fabriquer de nouveaux équilibres professionnels sur le territoire**. De ce point de vue, la mise en œuvre des pratiques avancées (dans le champ des soins infirmiers) constitue un progrès mais révèle aussi la lenteur des ajustements en la matière. La filière visuelle – particulièrement sensible en termes de couverture des besoins de la population âgée – est un autre exemple, où l'on considérera, selon le point de vue, les progrès intervenus… ou la lenteur de ceux-ci ;

- **sensibilité de l'organisation de l'offre de formation** : l'importance attachée aux stages des étudiants en médecine en dehors des CHU, pour diversifier l'approche des conditions d'exercice, ainsi que l'intérêt exprimé pour les formes plus collectives d'exercice ont fait prendre conscience du rôle majeur des différentes structures de soin dans la construction des parcours de formation et de carrière des médecins.

  Il en va de même pour les professionnels paramédicaux : la dissémination des instituts de formation sur le territoire (pour ce qui est des infirmiers-ères et des aides-soignants en particulier) est considérée comme un gage essentiel de la présence professionnelle sur le terrain et les tutelles (ministère de la Santé et régions) y sont particulièrement attachées. Les services de soins aux personnes âgées (à l'hôpital ou en maison de retraite) bénéficient d'ailleurs grandement de l'apport des professionnels en formation ;

- autre enjeu, qui n'est pas sanitaire celui-là : **l'attractivité du territoire**. L'infrastructure sanitaire fait partie des aménités d'un territoire, voire même de la couverture des besoins essentiels, quand elle vient à manquer, au même titre que l'accès à l'éducation, à la culture, la garantie de sécurité ou les possibilités liées à la mobilité. Cette attractivité est aussi croisée : les professionnels de santé seront sensibles à la présence des autres caractéristiques de l'attractivité des territoires, ce qui peut aboutir à des phénomènes d'homogénéisation sociale, de « gentrification » pas forcément désirables en eux-mêmes ou du point de vue sanitaire. Le vieillissement de certains territoires, au sens de la progression de la population âgée, peut créer un effet de ciseau délétère : augmentation des besoins d'un côté, perte d'attractivité pour les jeunes professionnels d'un autre côté.

Face à ces difficultés, les solutions palliatives ou les innovations ne manquent pas…

De quoi a-t-on besoin pour refaire ou consolider le tissu sur les différents territoires ?

- Là où la couverture est dense, on a besoin de mettre en réseau les acteurs, de les faire dialoguer, en limitant les coûts de transaction (d'où l'importance du système d'information). La maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) est une solution intégrée (sur le modèle de la firme en tant que celle-ci limite les coûts de transaction) mais il y en a bien d'autres, virtuelles, numériques...
- Là où la couverture est faible, il peut être pertinent de préserver le maillon faible (le dernier médecin ou le pharmacien) ; on peut aussi essayer de reconstituer un tissu complet (à partir de la MSP) ; on peut encore mettre en place des solutions palliatives virtuelles : téléconsultation, délivrance des médicaments à distance... Dans certains cas, ces solutions virtuelles seront plus efficaces et rationnelles que les solutions « en dur » (MSP ou autre).
- Là où la couverture est devenue inexistante, il faut examiner les raisons (déshérence démographique notamment) avant de mettre en place le « traitement ».

Les MSP sont aujourd'hui assez largement plébiscitées parce qu'elles sont censées régler trois problèmes en un : la raréfaction des professionnels sur certains territoires, le besoin de coordination et l'évolution des aspirations des médecins. A l'évidence, elles rendent également compte, dans certains cas, de la concurrence entre territoires et collectivités.

De fait, la problématique du vieillissement permet de pointer un certain nombre de questions, voire de contradictions quant aux évolutions de notre système de santé :

- En matière d'organisation des soins primaires : dans quelle mesure les nouvelles organisations de la production de soin (type MSP) rendent-elles compte, véritablement, des besoins des personnes âgées (en particulier si on considère la problématique de l'isolement et le défaut de mobilité) ?
- Les professions de santé et le vieillissement : spécialisation croissante, voire hyperspécialisation, difficultés des spécialités dédiées, montée en charge des paramédicaux mais en même temps lenteur des ajustements de compétences… Il ne semble qu'on ait pas toujours pris la mesure de la problématique du vieillissement dans l'évolution des métiers et des effectifs ;
- Développement de la e-santé : à l'évidence, il y a des solutions de e-santé à promouvoir pour gérer mieux certaines problématiques d'isolement, de faible densité professionnelle ou pour éviter aux personnes âgées de subir des déplacements évitables ou de payer un trop lourd tribut aux défaillances de la coordination des

acteurs. En même temps, comment veiller à ne pas aggraver la fracture numérique au détriment de la population âgée ?

D'où une conclusion en forme de paradoxe : la problématique « personne âgée » résume assez bien les maux du système mais les solutions apportées sont-elles vraiment appropriées et à la hauteur des enjeux ?

Objectifs	Ressources
Eviter le recours inapproprié aux urgences pour les personnes âgées	*Génériques* Organiser une permanence des soins performante Mettre en place un dispositif sas en amont de l'hôpital *Spécifiques* Organiser une réponse au sein des établissements de type EHPAD Améliorer l'accueil des personnes âgées au sein des services
Faciliter les sorties d'hospitalisation	« Equiper » le domicile et renforcer la présence soignante Mieux organiser les parcours entre les services MCO, les SSR, l'EHPAD en accueil temporaire
Fournir des réponses professionnelles appropriées	Faire face à telle ou telle pénurie en élaborant des solutions innovantes (délégation de tâches…) Développement les solutions à distance (téléconsultation…)
	Organiser la mixité : partage des professionnels (médicaux et paramédicaux) entre plusieurs types d'établissement ou d'exercice
	Organiser les solutions à temps partagé face aux pénuries de spécialité dans les solutions à faible densité professionnelle

2) La question de la coordination et des parcours

Dans son rapport de 2011, le HCAAM évoquait déjà la nécessité de bien identifier la palette d'outils à disposition pour assurer un accompagnement global de la personne et l'optimisation des moyens, ainsi que l'intérêt qui s'attache à un raisonnement en termes de parcours.

Au-delà des solutions ponctuelles, notamment destinées à faire face à telle ou telle difficulté spécifique d'accès aux ressources professionnelles, la question du vieillissement amène à considérer plus globalement les caractéristiques de la prise en charge et l'organisation même du système.

Encadré : Extrait du rapport de 2011 du HCAAM, *Assurance maladie et perte d'autonomie*

La perte d'autonomie est un risque « au milieu » des autres, qui oblige en conséquence à raisonner en termes de cohérence de « parcours » pour les personnes très âgées.

La nécessaire distinction entre l'accompagnement de l'autonomie et la protection de la santé n'exonère pas de la nécessité d'une vision cohérente de la personne et de son accompagnement global. […]

La question posée sera donc *in fine* celle d'organiser une vision de la protection sociale autour de la personne, en partant du fait générateur premier de son état de vie – et non pas en réalité de son âge. Une telle vision permet notamment de comprendre que la spécificité de la perte d'autonomie, c'est d'être un risque « au milieu », et non pas un risque « en plus ». C'est un « à côté » des frais d'hébergement, de la santé, de l'accessibilité générale de l'espace public et des services d'intérêt général. Mais un « à côté » à organiser, pour rendre la vie « plus fluide », à la fois pour la personne elle-même et pour ses proches aidants familiaux (ou « naturels »), qui sont fortement acteurs de l'accompagnement de l'autonomie.

Dès lors, deux objectifs qualitatifs se dégagent :

- le premier objectif est de savoir très bien identifier pour les mobiliser une palette de réponses possibles, en « piochant » dans un référentiel, pour beaucoup déjà existant, de biens, de services, et de prestations financières appropriées. Avant de raisonner en coût supplémentaire, il convient de poser les jalons d'une optimisation de l'existant ;
- et le second objectif qui s'impose tout autant est de penser en termes de parcours de soins et d'accompagnement, en veillant non seulement à l'exigence de qualité de chacune des interventions professionnelles mais tout autant à la nécessaire coordination entre ces interventions. En bref, si chacun doit veiller à bien faire ce qu'il doit faire, chacun doit tout autant se soucier de ce qui se fait avant et après lui.

La Haute Autorité de Santé, de son côté, est à de nombreuses reprises revenue sur les spécificités de la prise en charge des personnes âgées.

[La polypathologie] « complique la pratique des professionnels de santé et retentit sur l'organisation des soins en raison :

- d'une incertitude diagnostique. Les diagnostics des pathologies chroniques sont parfois insuffisamment étayés, exposant au risque d'un traitement des seuls symptômes ;
- d'une polymédication (en moyenne 8 à 10 médicaments) qui accroît les risques d'interactions médicamenteuses, de mauvaise observance, d'événements indésirables et d'hospitalisations en partie évitables ;
- des risques liés aux prescripteurs multiples :
    - fragmentation des soins, et messages contradictoires ;
    - stress et ruptures lors des transitions sanitaires programmées ou non ;
    - addition des recommandations dédiées à chaque maladie ;
- d'une augmentation du recours aux soins et des coûts liés à la consommation médicamenteuse et aux hospitalisations.[220] » ;

[220] HAS, Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires, Fiche points clés organisation des parcours mars 2015

« D'où l'importance de faire évoluer l'organisation des soins primaires :

- rendre accessibles les moyens d'échange et de partage de l'information entre professionnels : messageries sécurisées de santé, dossier médical partagé (DMP) ;
- systématiser le repérage des patients cibles dans les logiciels métier de médecins généralistes ;
- améliorer la coopération entre équipes de soins primaires et spécialistes de recours au niveau des territoires de santé :
  - établir localement des protocoles pluriprofessionnels sur la prise en charge des patients âgés polypathologiques ;
  - aider à la reconnaissance des différents acteurs entre eux et à la définition de leurs responsabilités respectives ;
  - développer les échanges avant une consultation de spécialité pour clarifier les besoins. [221]».

HAS, Comment prendre en charge les personnes âgées fragiles en ambulatoire ?, Fiche points clés organisation des parcours, décembre 2013	**HAS, Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires, Fiche points clés organisation des parcours mars 2015**
L'évaluation et le suivi pluriprofessionnels des personnes âgées fragiles peuvent réduire leurs risques de dépendance, d'hospitalisation et d'admission en EHPAD lorsqu'ils sont réalisés dans certaines conditions (*cf.* note méthodologique et de synthèse documentaire page 9). • Le bénéfice sur la prévention de la dépendance a surtout été montré chez les personnes ayant une fragilité débutante ou ayant fait une chute récente ou 2 chutes depuis 1 an. L'effet est moindre chez les personnes ayant déjà une dépendance partielle pour les activités de la vie quotidienne. Cela incite à repérer la fragilité le plus tôt possible. • Il est essentiel d'expliquer à la personne les raisons et bénéfices attendus de la prise en charge. • L'efficacité tient au caractère complet de l'évaluation, à la priorisation des interventions, à la régularité du suivi et à la coordination des acteurs. • Parmi les autres facteurs de faisabilité et de succès, l'intervention d'infirmières expérimentées en gériatrie et la mobilisation des prestations proposées par les acteurs sociaux et les services d'aide à la personne sont à considérer prioritairement. • Il revient au médecin traitant d'initier et de conduire cette démarche, avec l'appui des autres professionnels de santé primaire et en	• La prévalence des maladies chroniques augmente régulièrement en raison de l'allongement de l'espérance de vie. À partir de 75 ans, la présence simultanée d'au moins 2 maladies chroniques est très fréquente. Aux risques liés à la polypathologie, s'ajoutent ceux liés à la polymédication et à la multiplicité de prescripteurs. • La prise en charge des patients atteints de plusieurs maladies chroniques est un processus continu : identification des patients, information, dialogue et évaluation, planification des soins, suivi et réajustement avec le patient et son entourage. • Les approches les plus efficaces associent la prise en charge des pathologies chroniques à celle des difficultés fonctionnelles, sociales et psychologiques. Elles doivent être hiérarchisées en fonction de la gravité des maladies et des priorités des patients. • La prise en charge est pluriprofessionnelle : elle fait appel à la concertation entre professionnels et à la délivrance au patient de messages clés harmonisés. • Elle met en exergue la responsabilité du médecin traitant pour coordonner le parcours, organiser les interventions des différents acteurs et gérer les médications multiples. • Elle nécessite d'impliquer le patient en l'informant, en lui proposant si besoin une

[221] Idem

lien avec une expertise gériatrique.
• L'évaluation de la fragilité est une démarche multidimensionnelle et pluriprofessionnelle. 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.
	éducation thérapeutique, et en l'associant au suivi des décisions thérapeutiques.
	• Le suivi des patients doit être renforcé dans les périodes à risque de rupture du parcours, en particulier après une hospitalisation, afin de prévenir le risque de réadmission non programmée.
	• Lorsque la situation du patient nécessite un travail formalisé à plusieurs professionnels, un plan personnalisé de santé (PPS) doit être envisagé.

La thématique du parcours a fait florès depuis un certain nombre d'années, dans le champ des soins de santé comme dans celui de l'accompagnement de la perte d'autonomie.

Dans son avis récent de contribution à la *Stratégie de transformation du système de santé*[222], le HCAAM précise les choses en ce qui concerne l'inclusion et la participation des usagers et des patients :

- « l*e premier axe consiste à garantir l'accès de la population aux informations générales sur la santé et les services accessibles en donnant au Service Public d'information en santé (SPIS) prévu en 2016 des moyens et une visibilité à la hauteur des ambitions affichées.[…] Des propositions adaptées devraient être conçues pour, et avec, les populations ayant des besoins d'informations spécifiques (personnes en situation de handicap, vulnérables, étrangères, de grand âge, etc.) ;*
- *le deuxième axe consiste à mettre en place des outils d'information des patients sur leur processus de prise en charge. La réforme de la procédure d'ALD*[223] *a laissé ouverte la question des modalités d'information des patients atteints d'ALD et, plus généralement, de l'ensemble des patients chroniques. Investir dans cette question doit être une priorité des pouvoirs public […] ;*
- *le troisième axe consiste à mettre en place des outils d'implication des citoyens, des patients et de leur entourage dans les démarches diagnostiques et thérapeutiques qui les concernent. Pour cela des modèles existent de « décision partagée en soins de santé » qui seraient à prévoir dans la ligne éditoriale du SPIS. Quant à la formation des professionnels, la généralisation d'enseignements sur la décision partagée et la communication auprès des patients est indispensable ;*

[222] http://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/avis_hcaam_-_24_mai_2018.pdf

[223] De façon heureuse, le dispositif des ALD a été simplifié et le protocole délivré antérieurement à l'assuré supprimé, mettant fin à une certaine confusion qui existait entre l'identification des actes et produits ayant vocation à être pris en charge à 100% et la séquence des soins ou examens qui devaient être réalisés.

- *le quatrième axe concerne l'orientation des usagers dans le système. Le HCAAM souhaite que les usagers aient un accès simple et documenté à une information sur l'ensemble des offres adaptées à leur situation dans le territoire où ils vivent […].».*

La question de l'information sur les prestations, les droits, les établissements et les services disponibles est un leitmotiv des rapports sur le système de santé comme sur la perte d'autonomie. Nombre de ces derniers ont appelé de leurs vœux un renforcement de l'information sur les dispositifs et leur qualité, mais aussi sur les prix et les reste-à-charge et une rationalisation des dispositifs d'accès à l'information.

La Fondation Médéric Alzheimer a recensé ceux-ci, fournissant un panorama édifiant du foisonnement des structures d'information et de coordination, de la dispersion des organisations dédiées, des disparités territoriales en la matière.

Encadré : Les lieux d'information ou de coordination gérontologique[224]

En 2015, 1 123 lieux d'information ou de coordination gérontologique ont été dénombrés sur l'ensemble du territoire national. Ces dispositifs ont pour mission d'apporter des informations aux personnes âgées. Ils participent à la coordination des actions d'accompagnement et de prise en charge gérontologique.

La couverture nationale est en moyenne de 19 lieux d'information ou de coordination gérontologique hors MAIA pour 100 000 personnes de 75 ans ou plus. Cependant, il existe de fortes variations géographiques entre les départements, certains semblant mieux dotés que d'autres. Ces variations sont représentatives des politiques que mène chaque conseil départemental en faveur des personnes âgées. En effet, la loi du 13 août 2004 met fin au co-pilotage État/département du dispositif CLIC, le président du conseil départemental devenant le pilote unique de la coordination gérontologique. L'application de cette loi, prenant effet le 1er janvier 2005, a induit une restructuration des services dans les départements. Certains conseils départementaux ont opté pour une centralisation des lieux d'information à destination des personnes âgées en mettant en place un numéro d'appel unique, accessible en tout point du département ; d'autres ont conservé les CLIC existants en continuant à les financer sans changer leur statut associatif. Enfin, d'autres les ont intégrés à leur découpage des territoires d'action sociale, leur donnant ainsi divers noms, selon qu'il s'agit de structures spécialisées dans les actions destinées aux personnes âgées (« espaces seniors ») ou aux personnes âgées ou handicapées (« maisons départementales de l'autonomie », « unités des personnes âgées / personnes handicapées »…), ou bien de structures polyvalentes dont le champ d'action est élargi aux autres compétences des départements comme l'accompagnement des familles, la protection de l'enfance et la lutte contre la précarité (« maison des solidarités », « maison du département »…). Dans ce dernier cas de figure, les lieux d'information peuvent être très nombreux (plus d'une vingtaine dans certains départements). Par conséquent, le nombre de lieux d'information implantés sur un territoire départemental n'est plus représentatif du niveau de couverture de la population.

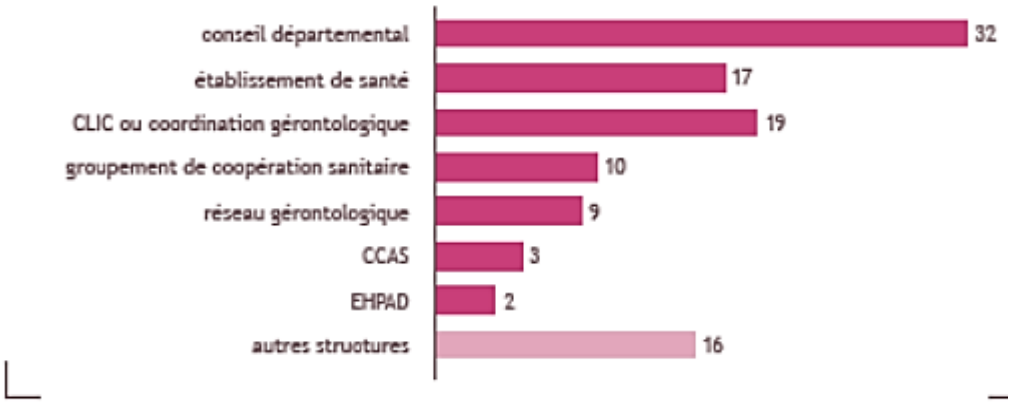
Ces lieux d'information ou de coordination gérontologique correspondent à différents types de structures, sachant qu'une même entité peut remplir deux fonctions (CLIC et réseau). En 2015, l'enquête a permis de recenser 651 CLIC (centres locaux d'information et de coordination) ou leurs antennes, ou autres coordinations gérontologiques, 136 réseaux, 179 « maisons de l'autonomie » (vocable générique utilisé pour désigner les lieux d'information à destination des personnes âgées et/ou handicapées dépendant des conseils départementaux) et 182 « maisons de la solidarité » (désignant les structures polyvalentes des conseils départementaux). 19 % de ces lieux d'information sont porteurs d'un dispositif MAIA.

[224] *La Lettre de l'Observatoire des dispositifs de prise en charge et d'accompagnement de la maladie d'Alzheimer*, septembre 2016 numéro double 43-44

Le dispositif MAIA a représenté de ce point de vue un effort d'intégration[225] intéressant. Créé par le 3ème *Plan Alzheimer* 2008-2012 en vue d'améliorer l'accueil et l'orientation des personnes âgées en perte d'autonomie, de façon à leur apporter une prise en charge suffisamment coordonnée, le dispositif a été confirmé par les pouvoirs publics, d'abord à travers sa généralisation en 2011 (après une période expérimentale), ensuite à travers sa reprise dans le *Plan maladies neuro-dégénératives* 2014-2019, enfin à travers la consécration législative par la *Loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement* (article 77), qui a transformé la signification de l'acronyme « MAIA » de « *maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer* » en « *méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie* ».

Le dispositif a été déployé sur la base d'un cahier des charges, grâce à l'impulsion continue des pouvoirs publics et de la CNSA au fil des ans et en faisant fi de la diversité institutionnelle des structures porteuses.

Graphique 39 : Répartition des dispositifs MAIA selon le type de structure porteuse (% des dispositifs MAIA ayant répondu à la question)



Source : Enquête Fondation Médéric Alzheimer 2015

Selon que l'on observe les dispositifs courants d'information ou les MAIA, on a donc deux images de l'action publique en la matière.

Il en va de même lorsqu'on s'intéresse à la coordination des acteurs auprès des personnes âgées fragiles ou en perte d'autonomie, de la plus grande dispersion d'acteurs atomisés à l'intégration des parcours, à travers le dispositif PAERPA par exemple.

[225] Comme l'écrit Joël Ankri, « Les liens avec les politiques vieillesse concernent en premier lieu la coordination gérontologique. Depuis 1962 et le rapport Laroque, ce point est revenu régulièrement dans les actions publiques. La plupart des auteurs dans ce champ ont conclu à la fragmentation du système et appelé de leurs vœux une coordination digne de ce nom. C'est ainsi que de nombreuses expériences ont eu lieu au cours des trois dernières décennies, mais n'ont pas emporté la conviction de tous les acteurs. Au cours du troisième plan Alzheimer, c'est la notion d'intégration qui a supplanté celle de coordination, avec la mise en place des MAIA (à l'origine, acronyme de maison pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer et qui est devenu méthode d'action pour l'intégration des services d'aides et de soins dans le champ de l'autonomie…). 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. » Joël Ankri, « Alzheimer : vieillissement ou maladie ? Politique sociale ou spécifique ?», *Vie sociale* 2016/3 (n° 15), p. 149-158.

L'IRDES[226] a mené une évaluation des résultats économiques et médicaux des projets pilotes, à partir d'indicateurs de recours hospitalier, notamment la durée cumulée de séjours et la ré-hospitalisation, et de soins primaires. L'analyse de l'écart entre les résultats des 9 territoires PAERPA et 12 régions non concernées par PAERPA ne permet pas de conclure à un impact de PAERPA. L'absence d'effet moyen significatif propre à Paerpa sur les données de 2015 et de 2016 correspondant à la montée en charge des expérimentations conduit l'IRDES à des conclusions prudentes en l'attente d'une période d'observation plus longue.

Encadré : Extrait de l'Evaluation qualitative PAERPA[227]

La coordination territoriale d'appui (CTA) apparaît comme un organe de décloisonnement entre le médecin traitant, les autres professionnels de santé libéraux, dans une certaine mesure le monde hospitalier, les EHPAD et des structures sociales. L'apport de la CTA repose beaucoup sur la réactivité et la capacité à offrir des services répondant aux besoins des médecins généralistes libéraux. L'ébauche ainsi engagée nous semble devoir être préservée et renforcée. La capacité de la CTA à s'adapter à la variété des demandes est un élément important de son insertion positive sur le territoire couvert.

La mobilisation des professionnels libéraux dans le cadre des expérimentations Paerpa gagne à ne pas être exclusivement ciblée sur les Unions régionales de professionnels de santé (URPS) et leurs représentants, ou inversement sur des "leaders proactifs locaux" et leurs réseaux. En termes de gestion de projet, un certain pragmatisme doit prévaloir, chaque type de mobilisation présentant des avantages et des inconvénients. Un point très important est de viser une mobilisation raisonnable d'acteurs très pris par ailleurs et surtout de les mobiliser lorsque le projet est mâture pour leur être utile, soit en phase de conception sur des actions spécifiques, soit en phase de déploiement lorsque les outils et les services sont prêts à être employés.

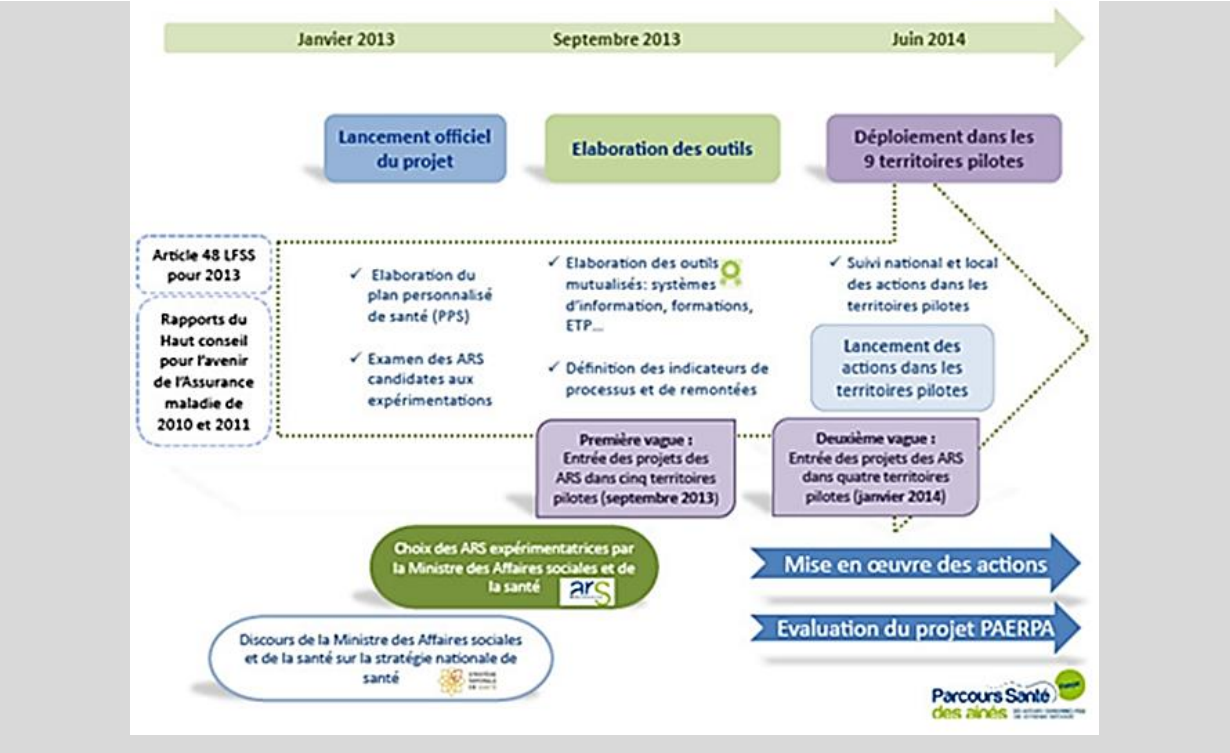
Le champ hospitalier semble résister à une mobilisation dans le programme Paerpa au-delà de la gériatrie et des urgences. Les équipes mobiles de gériatrie intra- et extra-hospitalières confirment leur intérêt mais ne suffisent pas à décloisonner des services qui restent autonomes par ailleurs. Une réflexion sur l'insertion de Paerpa dans des programmes stratégiques de transformation hospitalière est à instruire, tout comme une éventuelle adaptation de la durée moyenne de séjour pour la population âgée fragile, en échange d'un décloisonnement entre la gériatrie et les services concernés.

Plusieurs dispositifs interstitiels autour de la sortie d'hospitalisation sont en cours d'expérimentation. Que ce soit vers les EHPAD en hébergement temporaire ou vers le domicile par un renforcement des services de SAAD ou de SSIAD, ces services semblent bien répondre à des besoins mais demandent des efforts d'ingénierie initiaux et de suivi pour travailler les critères d'inclusion et les procédures d'articulation entre des acteurs aux temporalités et aux cultures différentes qui sont alors amenés à se coordonner.

Les systèmes d'information collaboratifs représentent un pan budgétaire important et mobilisent beaucoup les acteurs projets. Ils sont apparus indispensables mais les délais très longs, et les résultats parfois encore insatisfaisants, ont pesé sur la montée en puissance de plusieurs actions, de la CTA et de la mobilisation des professionnels de santé libéraux.

[226] *Source : Question d'économie de la santé n°235, 2018, IRDES.*

[227] Sébastien Gand, Elvira Periac, Marie-Aline Bloch, Léonie Henaut, Evaluation qualitative PAERPA, Rapport final, DREES, Document de *travail*, Série Etudes et recherche n°135, mai 2017



Les thématiques de la coordination et de l'intégration sont un autre leitmotiv de tous les rapports sur la perte d'autonomie comme d'ailleurs sur la prise en charge des maladies chroniques. On a résumé quelques-uns des objectifs et des ressources dans le tableau ci-dessous.

A cette thématique courante de la coordination des acteurs s'ajoute dans le cas des personnes âgées fragiles le risque spécifique lié à l'hospitalisation.

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 suivante[228] :

- réduire le taux d'hospitalisations « évitables » ;
- optimiser le parcours intra-hospitalier (efficience médico-économique) ;
- prévenir et réduire le risque de la dépendance « iatrogène » ;
- améliorer la gestion de la sortie et du RMVA (domicile/EHPAD) ;
- réduire le taux de ré-hospitalisations précoces (15 %).

La prévention du risque iatrogène lié à l'hospitalisation figure de fait comme un enjeu de la politique de santé.

[228] Extrait de la présentation de Claude Jeandel (CNP), Gaétan Gavazzi (CNEG) et Olivier Guérin (SFGG) devant l'ONDPS, 21 février 2018

Encadré : HAS Prévenir la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation chez les personnes âgées. Fiche points clés organisation des parcours, septembre 2017

En France, près de 3 millions de personnes âgées de 70 ans et plus sont hospitalisées une ou plusieurs fois en services de soins aigus chaque année. Ces personnes âgées représentent près de 5,4 millions de séjours hospitaliers par an.

Lors de ces hospitalisations, ces personnes peuvent perdre leur autonomie dans les activités de base de la vie quotidienne, on parle alors de dépendance liée à l'hospitalisation. Cette perte d'autonomie peut être due à plusieurs facteurs intriqués : certains sont liés au patient (sa pathologie et son état de santé avant l'hospitalisation) ; d'autres sont liés aux modalités de soins et à l'environnement hospitaliers. Dans ce dernier cas, on parle de dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation, un phénomène en grande partie évitable qui concerne près de 10 % des personnes hospitalisées.

Ce travail décrit les modalités de soins, les environnements et les organisations nécessaires pour répondre aux besoins spécifiques des patients âgés hospitalisés et lutter efficacement contre cette dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation.

Il a été réalisé en coproduction par la Haute Autorité de Santé et le Collège national professionnel de gériatrie (CNPG).

Points clés :

- Mettre en place dans l'ensemble des services hospitaliers recevant des personnes âgées de 70 ans et plus : le dépistage, la prévention, le suivi et le traitement des 6 causes principales de dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation : le syndrome d'immobilisation, la confusion aiguë, la dénutrition, les chutes, l'incontinence urinaire de novo et les effets indésirables des médicaments.
- Organiser dans l'établissement le recours à une expertise gériatrique pour les services hospitaliers recevant des personnes âgées, en particulier par le développement des équipes mobiles gériatriques hospitalières.
- Adapter l'environnement et les équipements du service aux besoins spécifiques des personnes âgées.
- Améliorer l'interface ville/ hôpital, à l'admission et en sortie d'hospitalisation.
- Adapter l'organisation du service pour répondre à ces enjeux.

Ces mesures doivent s'inscrire dans le projet d'établissement et supposent une organisation ad hoc du fonctionnement des services, une démarche d'amélioration continue de la qualité, et la formation et l'accompagnement des personnels à tous les niveaux de l'organisation hospitalière (administrative, médicale et paramédicale), afin de mettre en place et de soutenir le changement des pratiques sur le long terme.

La dispersion des intervenants et des règles d'intervention, des financements, des formes de tarification, des tutelles, des périmètres d'action géographiques, mais aussi la concurrence, ont fabriqué des espaces cloisonnés de toutes parts : hôpital *versus* domicile, hôpital *vs* EHPAD, EHPAD *vs* domicile, cure *vs* care, exercice libéral *vs* exercice organisé…

L'histoire de la coordination et de l'intégration gérontologiques est la chronique des tentatives pour pallier cette infinie dispersion :

- en permettant des interventions conjointes ou coordonnées : SSIAD – SAD, HAD – SSIAD ;
- en diversifiant les lieux d'intervention, au sein des EHPAD par exemple pour la HAD ;
- en diversifiant les prestations des opérateurs : pouvoir intervenir à domicile quand on est un EHPAD par exemple ;

- en considérant le rôle organisateur sur le territoire de telle ou telle structure : hôpital local, EHPAD (successivement on a parlé d'« EHPAD plateforme de services » ou d'« EHPAD hors les murs ») ;
- en déployant des conventions entre les opérateurs établissements / services ou en organisant des interventions coordonnées.

Au fil des ans et des rapports, on a pu envisager différentes formes d'intégration, en unifiant les autorisations et/ou le financement, en confiant en 2004 la responsabilité de la coordination gérontologique au département, en tant que chef de file de l'action médico-sociale et sociale, etc.

Objectifs	Ressources
Organiser l'information des usagers sur les solutions de prise en charge	Supports d'information Accompagnement des parcours
Elaborer des parcours coordonnés pour les personnes malades ou fragiles	Protocoles Réunion physique entre les acteurs Systèmes d'information et de messagerie performants entre les acteurs du soin quels que soient leur statut ou leur établissement/service
Faciliter les interventions à domicile et le retour à domicile	Capacités de « projection » à domicile (HAD notamment) Tarification adaptée Dispositifs de liaison
Eviter le passage par les urgences en cas de problème aigu	Convention / accord entre les structures d'hébergement et d'aigu Médicalisation adaptée des structures d'hébergement
Déployer des ressources d'intervention en population	Responsabilité territoriale en prévention et promotion de la santé avec financements appropriés (dépistage organisé ou opportuniste, vaccination)
Déployer des solutions de prise en charge adaptées	Hébergement / domicile / solutions intermédiaires

3) L'accessibilité financière

Les données qui suivent portent sur la population âgée et non sur les seules personnes en perte d'autonomie.

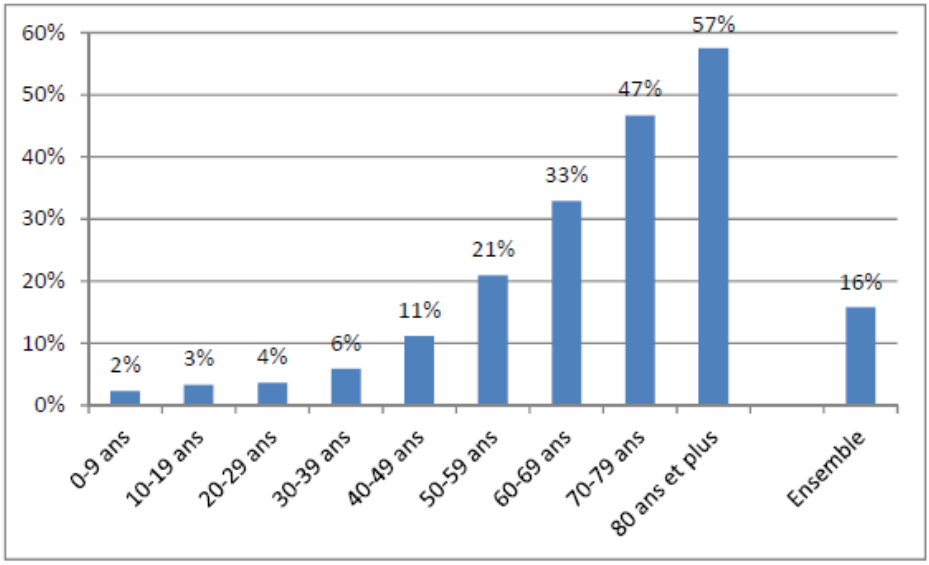
a) La couverture par l'assurance maladie obligatoire (AMO)

La dépense de soins prise en charge par le régime de base est élevée parce que les dépenses brutes sont fortes et que le taux de prise en charge est important.

En raison de leur consommation particulière, davantage tournée vers les soins les mieux remboursés, et du fait qu'une part plus importante d'individus bénéficient du dispositif d'exonération au titre d'une affection de longue durée, le taux de prise en charge de

l'assurance maladie obligatoire est plus élevé chez les plus âgés : alors qu'il est en moyenne de 76% pour l'ensemble de la population, il monte à 79% chez les 60-69 ans, à 82% chez les 70-79 ans et à 85% chez les 80 ans et plus.

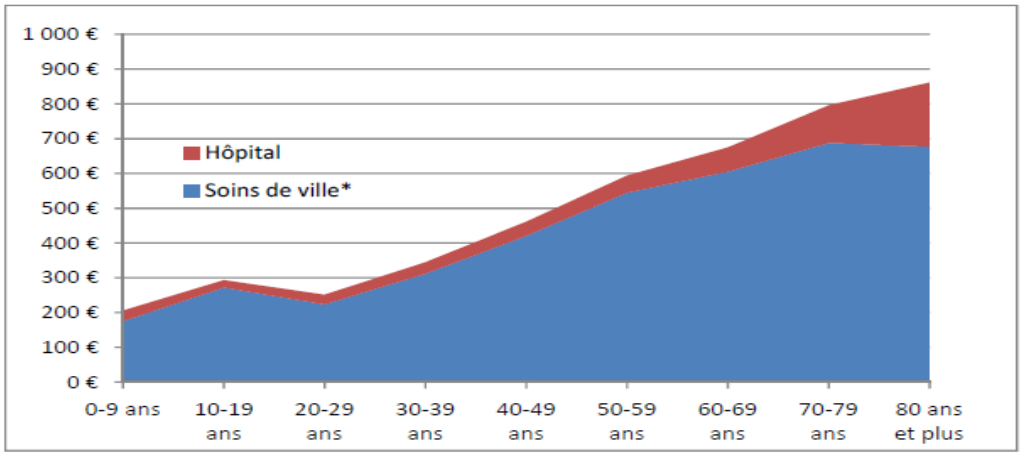
Graphique 40. Part d'assurés du régime général bénéficiaires du motif d'exonération pour affection de longue durée, par tranche d'âge 2013 (extrait de Jess et alii, 2015)



Source :EGB, édition 2013, Calculs DREES
Champ : Assurés du régime général hors SLM, AME et migrants (532 963 bénéficiaires).
Note de lecture : en 2013, 57,5 % des assurés du régime général âgés de 80 ans et plus étaient en ALD contre 6 % des assurés du régime général de 30 à 39 ans).

Finalement, même si le reste à charge après intervention de l'assurance maladie obligatoire reste lié à l'âge, il n'augmente pas de façon radicale : il est en moyenne de 450 euros (tous âges confondus), 675 euros chez les 60-69 ans, 800 euros chez les 70-79 ans et 860 euros chez les 80 ans et plus (graphique 41).

Graphique 41. Reste à charge après intervention de l'assurance maladie obligatoire moyen par tranche d'âge en 2013 – répartition soins de ville et hôpital (extrait de Jess et alii, 2015)



** Y compris les actes et consultations externes*
Sources : EGB, PMSI MCO, RIM-P, PMSI SSR, éditions 2013. Calculs DREES
Champ : assurés du régime général hors SLM, AME et migrants (532 963 bénéficiaires). Séjours en MCO uniquement pour les hôpitaux publics, séjours en MCO, en psychiatrie et en SSR pour les cliniques privées.
Note de lecture : En 2013, le reste à charge moyen, après remboursement de l'assurance maladie obligatoire, des assurés du régime général âgés de 80 ans et plus est estimé à 862 euros, dont 677 euros pour les soins de ville et 185 euros pour les séjours à l'hôpital.

Encadré : Deux étapes d'extension du tiers payant au 1er juillet et au 31 décembre 2016

Depuis le 1er juillet 2016, en application de la loi de modernisation de notre système de santé, les professionnels de santé peuvent proposer la dispense d'avance de frais aux personnes atteintes d'une affection de longue durée (et aux femmes enceintes) pour les soins pris en charge à 100%, soit près de 11 millions de nouvelles personnes concernées au total. Cette dispense d'avance de frais devient un droit pour ces patients au 1 janvier 2017.

b) La prise en charge par les couvertures complémentaires pour les ménages hors CMUC et ACS

b1) Le taux de couverture[229]

Il est élevé : 95%, soit un taux voisin du taux de l'ensemble des ménages. Les ménages non couverts sont très modestes.

b2) Les dépenses prises en charge par les complémentaires

Elles se situent à un niveau relativement élevé en prenant en charge un pourcentage élevé du reste à charge (RAC après AMO). Le coût du risque pour les 14,2 millions de mutualistes[230] est en 2015 de 602€ pour les personnes de 60 à 69 ans et de 852€ au-delà de 69 ans.

Les frais d'optique et de soins dentaires représentent environ le quart des dépenses des complémentaires. Le bloc « hospitalisation et chambres particulières » augmente avec l'âge (125€ avant 69 ans ; 308€ après).

[229] Pourcentage de ménages détenteurs d'un contrat de complémentaire santé sur le total des ménages hors CMU-C.
[230] Source : FNMF.

b3) Les contrats

Il s'agit de contrats individuels dont la cotisation incombe entièrement aux personnes âgées alors que les contrats des actifs sont largement aidés par des mécanismes d'exonérations sociales et fiscales d'une part, et une participation importante de l'employeur (au minimum de 50% dans les contrats collectifs couverts par l'accord national interprofessionnel –ANI-) d'autre part.

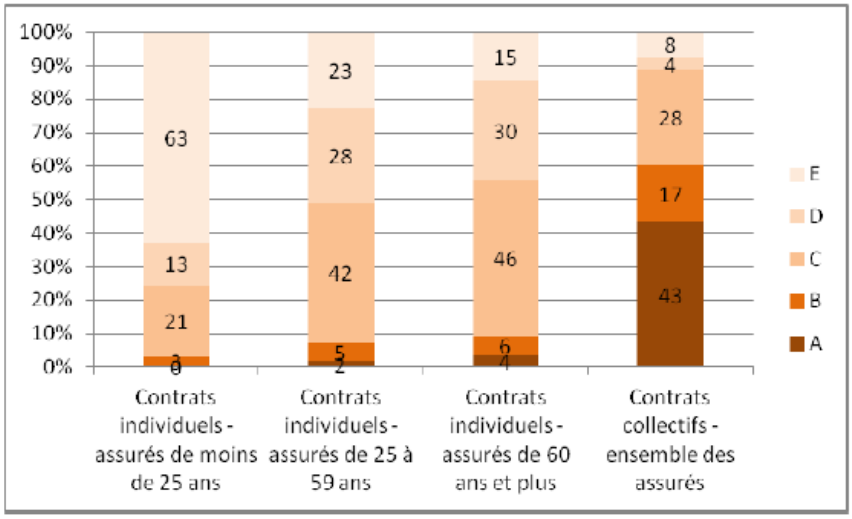
Le niveau des cotisations des personnes âgées dépend pour l'essentiel[231] :

- du RAC après AMO dont on a dit plus haut qu'il augmentait avec l'âge ;

- du niveau des garanties. La DREES classe les contrats en cinq classes en fonction des taux de prise en charge des soins et prestations. Le niveau des garanties varie sensiblement avec le revenu. La fréquence des contrats de classes D et E est élevée chez les personnes âgées.

Graphique 42 : Répartition par niveau de garantie et par âge des bénéficiaires de contrats individuels

*En pourcentage des **assurés** (ouvrants droits)*



Source : DREES, enquête statistique auprès des organismes complémentaires santé 2013
Lecture : 63 % des assurés d'un contrat individuel âgés de moins de 25 ans sont couverts par un contrat de classe E.

Pour un niveau donné de garantie, la cotisation ne dépend pas du revenu pour la grande majorité des contrats.

b4) Le reste à charge final

Les dépenses des personnes âgées qui sont à leur charge comprennent donc le reste à charge (dépenses de soins non remboursées) d'une part, la cotisation de complémentaire d'autre part. Selon la DREES, ce « RAC total » s'élevait en 2012 à 1 860€ pour un ménage de retraités (dont 75% de cotisations).

[231] La Loi Evin qui diminue la cotisation des salariés partant en retraite n'a qu'une portée limitée.

b5) Le taux d'effort des personnes âgées[232]

Il est plus important que pour les actifs et augmente avec l'âge.

Il est de 4,5% pour les personnes âgées de 55 à 65 ans et de 6,6% pour les 76 ans et plus. Le taux varie de façon quasi directe avec le revenu, s'établissant à 13,3% pour les 20% de ménages les plus modestes (non couverts par la CMU-C et l'ACS) à 3% pour les ménages les plus aisés.

b6) Dans ce contexte, les débats portaient jusqu'à ces derniers mois sur

- l'importance du renoncement aux soins qu'entraîne l'absence de couverture complémentaire ou la médiocrité des garanties (ce semble être le cas des prothèses auditives, ce qui expliquerait la faiblesse du taux d'équipement des personnes âgées) ;

- les moyens de contenir ce renoncement en pesant sur le coût des complémentaires ;

- la revendication d'une aide générale aux contrats de complémentaire des personnes âgées pour diminuer leur taux d'effort. On évoque parfois un rééquilibrage entre les contrats collectifs (qui concernent les actifs) et les contrats individuels (qui concernent notamment les personnes âgées) avec le projet de redéployer pour partie les aides financières jugées « trop généreuses » dont les premiers bénéficient vers les seconds qui ne sont aidés que de façon marginale ;

- la mise en place d'une aide pour les ménages les plus modestes. On l'étudie *infra* au 3) ;

- l'encadrement des contrats de couverture complémentaire des personnes âgées. Le projet en cours de discussion subordonne l'octroi d'un crédit d'impôt au respect par les gestionnaires de couvertures complémentaires de règles sur le niveau de garanties minimales et le cantonnement des dépassements d'honoraires.

Deux réformes imporantes sont récemment intervenues :

* la mise en place du système réro restes à charge

* la réforme de l'ACS

b7) Perspectives offertes par le « RAC zéro »

La réforme du « reste à charge zéro » doit permettre d'ici à 2021, le remboursement intégral de certaines lunettes, prothèses dentaires et auditives, pour améliorer le recours à ces soins onéreux.

Il convient de souligner l'importance du progrès réalisé dans ce domaine dont on a dit plus haut que l'importance du reste à charge contribuait au sous-équipement prononcé des personnes âgées, notamment en ce qui concerne les audio prothèses.

L'incidence de la réforme sur les cotisations fait l'objet d'appréciations divergentes sur la probabilité et le niveau de leur augmentation.

[232] Reste à charge total rapporté au revenu.

c) L'aide à la couverture complémentaire des ménages modestes : CMU-C et ACS ; liens avec l'ASH

c1) CMUC et ACS

Les deux dispositifs mis en place sont réservés aux ménages modestes.

Tableau 36. Points de sortie de la CMUC, de l'ACS et montants de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA)

	Plafond mensuel de ressources pour l'attribution de la CMU-C	Plafond mensuel de ressources pour l'attribution de l'ACS	Plafond mensuel de ressources pour l'attribution de l'ASPA (pour les personnes de 65 ans ou plus)
Célibataire sans enfant	727€ (810 dans les DOM)	991€ (1 110 dans les DOM)	833€
Couple sans enfant	1 090€ (1214 dans les DOM)	1 460€ (17840 et 19856	1 294€

Les effets de seuil (montant monétaire de l'avantage rapporté au plafond d'exclusion) sont significatifs : de 5% pour un célibataire au plafond de l'ACS par exemple.

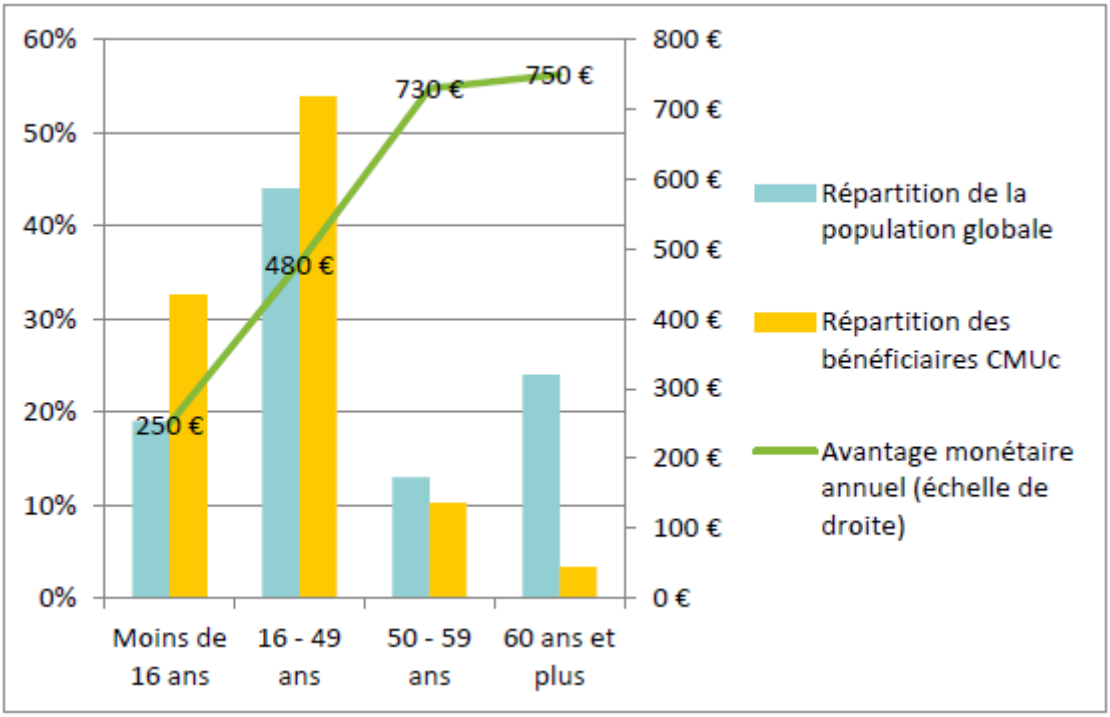
La CMU-C

La couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) offre une couverture complémentaire santé gratuite aux personnes ayant les revenus les plus faibles. Elle emporte interdiction des dépassements.

3% seulement des personnes âgées bénéficient de la CMU-C. Le plafond d'exclusion est en effet inférieur au montant du minimum vieillesse.

L'avantage monétaire tiré de la CMU-C pour les bénéficiaires de plus de 60 ans, peu différent de celui des 50-59, se situe autour de 750€.

Graphique 43. Répartition des bénéficiaires CMU-C par âge et montants estimés des avantages monétaires correspondants



Note: Les répartitions par âge sont issues du modèle de microsimulation INES et peuvent différer de celles fournies par le Fonds CMU.
Note de lecture : 33 % des bénéficiaires CMU-C (c'est-à-dire des personnnes supposées recourir à la CMU-C d'après le modèle INES) ont moins de 16 ans, pour un avantage monétaire estimé en moyenne à 250€ par an.
Champ: France métropolitaine, individus vivant en ménages ordinaires.
Sources :ERFS 2012, modèle INES 2014 (INSEE-DREES) ; Sireyjol (2016).

L'aide à la couverture santé : l'ACS

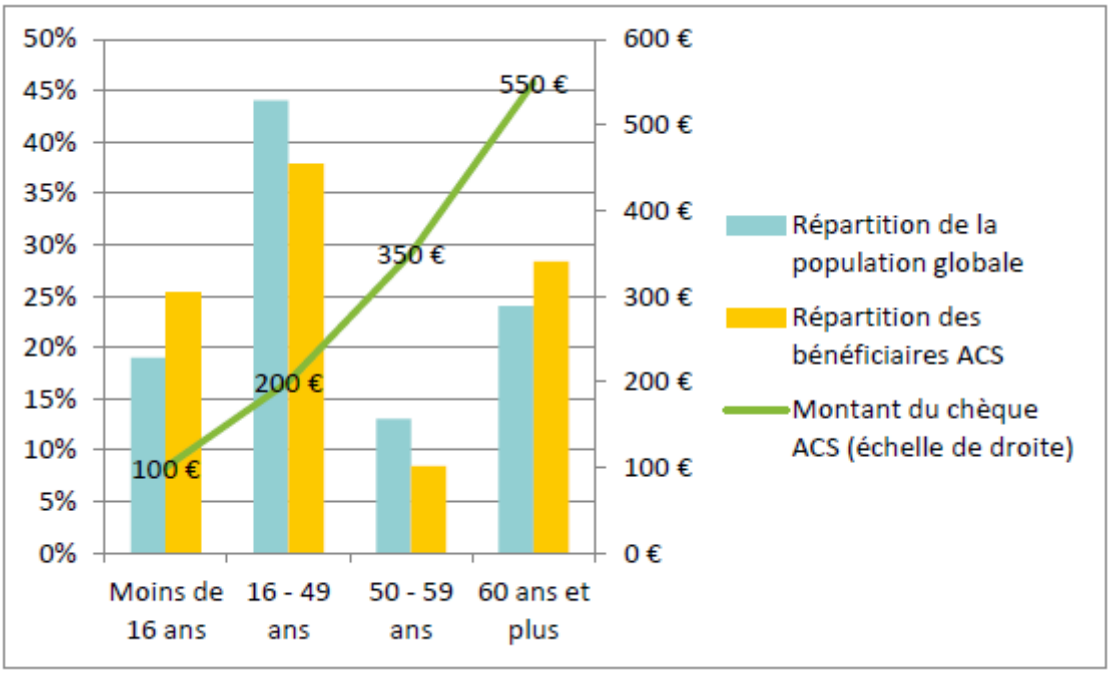
- la situation actuelle

L'ACS est un dispositif de portée générale. On attribue aux personnes dont les revenus[233] se situent entre une fois et 1,35 fois le plafond de la CMU-C, un « chèque santé » permettant de diminuer la cotisation de couverture complémentaire. Les contrats pour lesquels les bénéficiaires utilisent ce chèque ont fait l'objet d'un encadrement (c'est à cette condition que ces contrats bénéficient d'un statut fiscal préférentiel). Ils comportent des avantages connexes (pas de dépassement d'honoraires si l'assuré est « dans le parcours de soins » ; exonération de la participation d'1€ et des franchises médicales)[234].

Le montant du chèque augmente avec l'âge, solution logique compte tenu de la croissance du reste à charge après AMO. Pour les personnes âgées, il couvre environ 50% de la cotisation moyenne.

[233] Majorés pour la plupart des ménages d'un forfait logement
[234] Le bénéfice de l'ACS emporte des réductions sur les factures de gaz et d'électricité.

Graphique 44. Répartition des bénéficiaires ACS et des montants de chèques perçus par âge



Note : les répartitions par âge sont issues du modèle de microsimulation et peuvent différer de celles fournies par le Fonds CMU.
Note de lecture : 25 % des bénéficiaires d'un chèque ACS ont moins de 16 ans. Le montant de leur chèque est de 100€.
Champ: France métropolitaine, individus vivant en ménages ordinaires.
Sources : ERFS 2012, modèle INES 2014 (INSEE-DREES) ; Sireyjol (2016).

Malgré les efforts entrepris ces dernières années qui expliquent l'augmentation des effectifs, le taux de non recours reste élevé. Le non-recours s'explique plus par la méconnaissance ou l'incompréhension du dispositif que par le refus d'utiliser le chèque accordé parce que la cotisation résiduelle serait jugée trop élevée (le taux d'utilisation du chèque dépasse 80%).

Quel que soit le type de complémentaire (aucune, CMU-C, ACS, autres), le taux d'effort final augmente avec l'âge et baisse avec le niveau de vie. Il dépasse notamment 10% pour les personnes faisant partie des 20% de retraités[235] les moins aisés mais ne bénéficiant ni de la CMU-C ni de l'ACS.

- la réforme de l'ACS

* Le champ des bénéficiaires reste inchangé. Sont éligibles les ménages dont le revenu d'assiette est compris entre le plafond de la CMUC et 135% de ce plafond.

On ne connaît pas avec précision la population âgée de plus de 60 ans éligible.

* on abandonne le système du « chèque santé ». Désormais les allocataires auront accès au panier de biens de la CMUC moyennant le paiement d'une cotisation minime (croissante avec l'âge et dans la limite de 30€/mois pour une personne seule) à un organisme de protection complémentaire ou à la caisse primaire d'assurance maladie. On attend de cette modification une augmentation du taux de recours.

[235] de plus de 55 ans.

* Pour les bénéficiaires âgés couverts par le nouveau régime, le bénéfice est double :

- ils ont l'assurance d'accéder sans frais à un panier de biens de bonne qualité.
- éventuellement une réduction de leur cotisation. Actuellement, cette cotisation varie avec la qualité de leur contrat ; le chèque santé de 600€ vient en déduction de la cotisation. A l'avenir leur cotisation sera de 30€/mois.

S'agissant des allocataires de l'APA, l'effectif éligible à la CMUC contributive serait élevé compte tenu de la modestie de leurs ressources.

c2) La prise en charge de la cotisation de complémentaire dans l'ASH

72% des départements prennent à leur charge la cotisation de complémentaire des résidents en EHPAD qui ont recours à l'ASH. On suppose qu'ils vérifient leurs droits à l'ACS et qu'ils la comptent dans les ressources qu'ils récupèrent.

E) MOBILITE GEOGRAPHIQUE ET DISPARITES TERRITORIALES

1) Mobilité résidentielle et répartition géographique des personnes âgées

a) La mobilité résidentielle des personnes âgées et ses facteurs

En comparaison des groupes d'âge actif, la mobilité résidentielle des seniors est faible, de l'ordre d'un peu plus de 2% par an[236]. Mais elle pourrait être amenée à augmenter, les générations des Baby-Boomers désormais aux âges de la retraite ayant été habituées à davantage de mobilité[237]

La mobilité décroît avec l'âge. Elle est plus importante aux âges du passage à la retraite mais reste non négligeable au-delà de 80 ans[238].

On distingue trois logiques principales de mobilité résidentielle des seniors, non exclusives l'une de l'autre : une logique « d'épanouissement » (préférence pour des lieux qui permettent de maintenir leur réseau social et certaines de leurs activités), une logique de rapprochement de leur famille ou de retour sur un territoire antérieur de socialisation, et une logique de « sécurisation de soi » (mobilité vers un habitat plus adapté au vieillissement…)[239].

Les raisons liées à la vie de famille sont les motifs de déménagement évoqués les plus fréquemment par les personnes de 55 ans ou plus[240]. Il peut s'agir d'un souhait d'un

[236] Laferrère A., Angelini V., 2009, « La mobilité résidentielle des seniors en Europe », Retraite et Société, n° 58. Driant J.C., 2010, « La mobilité résidentielle des ménages âgés », in Changer de résidence ? Changer de pays ? Les comportements résidentiels des retraités, Actes de Colloque, Plan urbanisme contruction architecture (PUCA).

[237] C. Bonvalet, J. Ogg, 2009, Les Baby-boomers : une génération mobile. Paris, Co-Editions de l'Aube et de l'INED, 253 pages.

[238] On observerait même un petit rebond de la mobilité à ces âges élevés, en particulier en lien avec l'entrée en maison de retraite (Laferrère A., Angelini V., 2009, op. cité), ainsi qu'avec le décès du conjoint ou l'hébergement par la famille (Christel V., 2006, « Trajectoires résidentielles des personnes âgées », Données Sociales – La Société française, Insee).

[239] Novik L., Thalineau A. (2010), « La mobilité résidentielle au milieu de la retraite : un cadre spatial structurant lié à des configurations sociales », *Espace, Populations et Société*, 2010, n°1, pp. 41-51.

[240] Sabrina Aouici, Célia Broussard, Rémi Gallou et Jim Ogg, Le logement des retraités : mobilité et adaptation au vieillissement, note CNAV n°2015-057/DSPR pour le COR, octobre 2015

rapprochement familial ou d'une modification de la taille de la famille, via le départ d'un enfant notamment ou suite à un divorce/séparation ou un veuvage. Bonnet et alii (2010)[241] attribuent notamment la mobilité résidentielle après un veuvage à la nécessité pour le survivant d'ajuster son logement à ses nouvelles ressources, à ses nouveaux besoins ou à l'anticipation d'un besoin de soins en l'absence de conjoint. Les veuves cherchent en particulier à se rapprocher des villes et de leurs enfants.

Parmi les raisons à la mobilité résidentielle invoquées figure aussi l'état de santé.

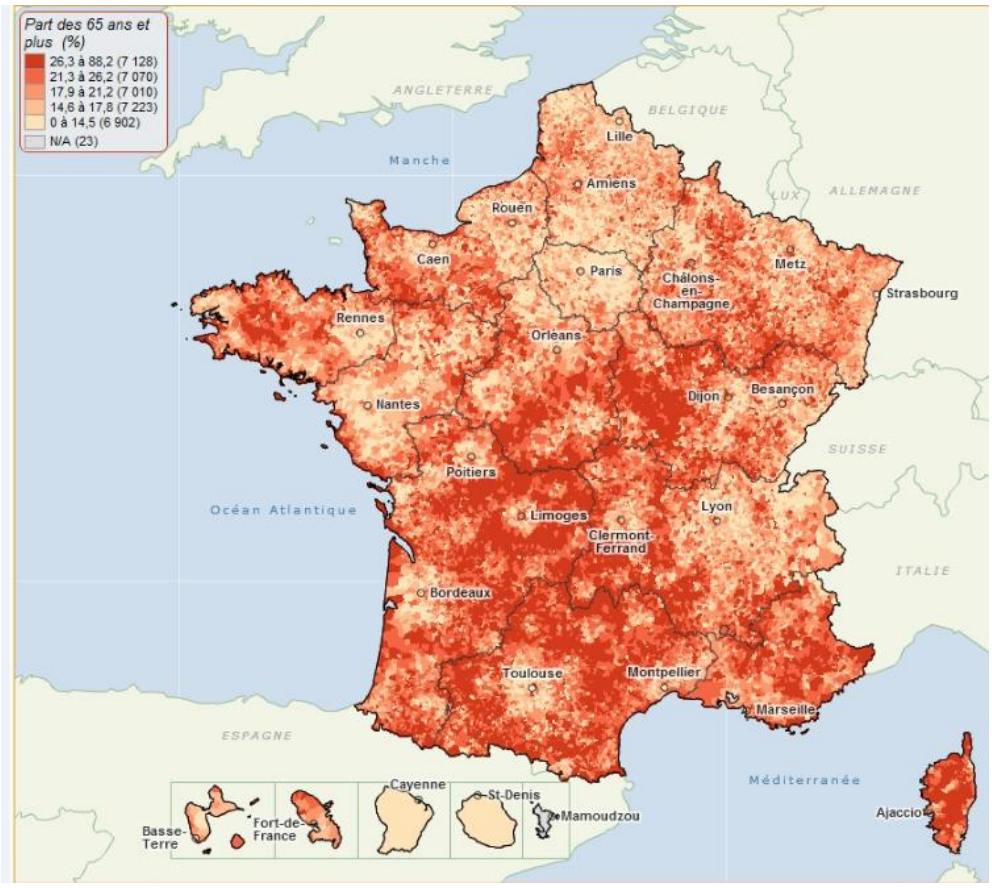
Cette mobilité des personnes âgées va avoir un effet sur le vieillissement des territoires. En effet, si un peu moins de 2% des retraités ont changé de commune de résidence entre 2001 et 2006, près de la moitié ont changé de département[242]. Certaines régions apparaissent plus attractives (le Sud, l'Ouest), par exemple en raison d'un climat plus favorable mais aussi par la fourniture de services[243]. L'entrée en institution peut aussi donner lieu à une migration résidentielle. Fin 2007, 15% des résidents en EHPA sont hébergés en dehors de leur département d'origine[244], la moitié d'entre eux dans un département voisin[245].

b) Répartition géographique des personnes âgées

La part des personnes de 65 ans et plus est très variable sur le territoire. Elle est particulièrement importante dans les espaces ruraux (26% en 2013) et sur les littoraux (figure 4)[246].

[241] Bonnet C., Gobillon L., Laferrère A. (2010), « The effect of Widowhood on Housing and Location Choices », *Journal of Housing Economics*, 19, p. 106-120.
[242] Davezies L., Talandier M., 2014, « Les migrations résidentielles de retraités », in L'émergence de systèmes productivo-résidentiels : territoires productifs, territoires résidentiels, quelles interactions ? », Travaux n°19, CGET.
[243] Schaffar A., Dimou M., Mouhoud E.M., 2018, "The determinants of elderly migration in France", Papers in Regional Science, first online, Mai.
[244] Le département d'origine correspond au lieu de vie précédent de la personne, que ce lieu ait été le domicile ou un établissement médico-social ou sanitaire.
[245] Ramos-Gorand M., 2013a, « Migrations des personnes âgées entrées en institution », Dossier Solidarité Santé, n°36. Il faut noter cependant que cette mobilité reflète en grande partie le comportement des parisiens et des franciliens (p. 39)
[246] CGET, 2018, Le vieillissement de la population et ses enjeux, Fiche d'analyse de l'Observatoire des territoires.

Figure 4. Part des 65 ans et plus sur le territoire



Source : INSEE, RP, carte issue du site du CGET, l'Observatoire des Territoires.

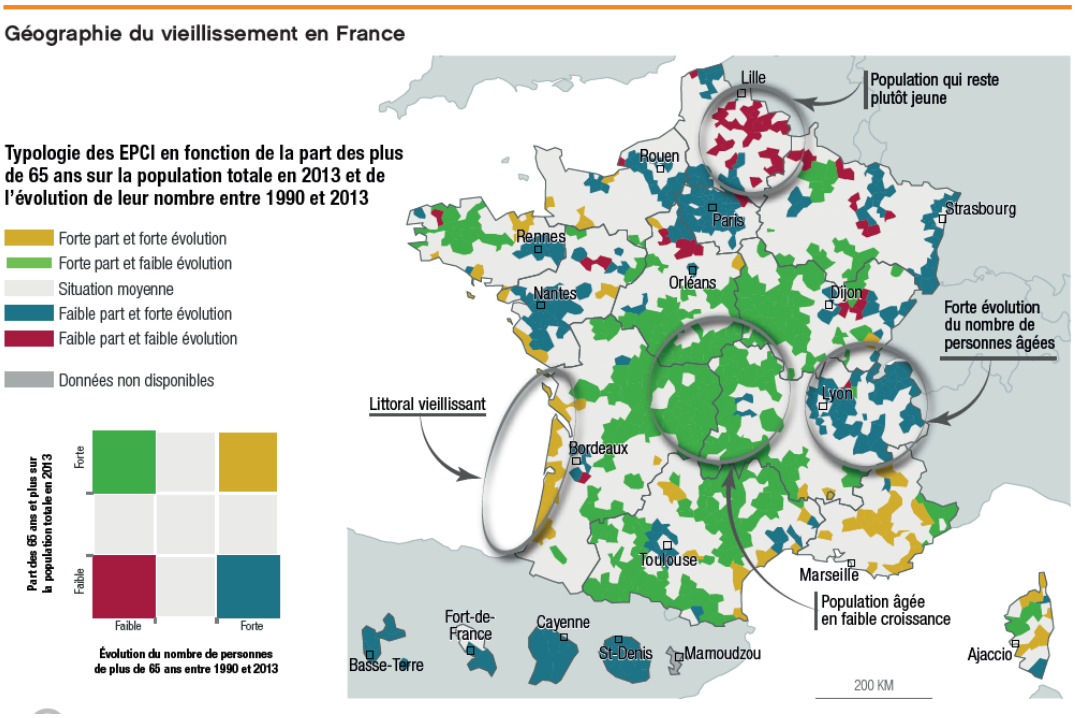
L'évolution démographique des départements résulte des comportements de fécondité, de la mortalité et des migrations. Une part importante d'habitants de 65 ans et plus peut ainsi résulter de plusieurs phénomènes, selon les départements. Certains départements voient leur population vieillir sur place, phénomène auquel se combinent le départ des jeunes actifs (Limousin par exemple[247]) et une moindre fécondité. D'autres départements « vieillissent » sous l'effet de l'arrivée d'une population nouvelle aux âges de la retraite.

Le CGET met ainsi en évidence un vieillissement différencié des territoires, qui nécessitera des réponses différentes, et les territoires qui ont connu sur la période récente une hausse importante de la population âgée de 65 ans et plus (figure 5). « Si la part de personnes âgées est importante en milieu rural, c'est dans les pôles urbains de taille petite et moyenne que la part de personnes âgées a le plus augmenté au cours des dernières années (de 16,5 % en 1990 à 23,7 % en 2013 dans les pôles moyens). Il en est de même pour les communes littorales : la part de personnes âgées y a nettement crû entre 1990 et 2013, notamment en PACA, dans le Languedoc, et sur l'ensemble du littoral atlantique (25 % de 65 ans et plus dans les communes du littoral breton) »[248].

[247] Desplanques G., 2012, « Vieillissement démographique et territoires : les personnes âgées à travers la France, aujourd'hui et à 2040 », Territoires 2040, n°5, CGET (ex-DATAR), 2012
[248] CGET, 2018, op. cité

A la part des 65 ans et plus dans la population, indicateur de vieillissement usuel, le CGET ajoute l'évolution des effectifs des 65 ans et plus, indispensable pour l'évaluation des besoins de cette population sur le territoire (par exemple en places en institution).

Figure 5. Part des 65 ans et plus dans la population en 2013 et évolution des effectifs depuis 1990



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

Il distingue alors quatre grands espaces sur le territoire (figure 5)[249] :

- dans les territoires ruraux, la part des 65 ans et plus est élevée mais les effectifs sont en faible évolution. Les classes nombreuses des 60-64 ans vont vieillir mais les classes d'âge qui les suivent ne sont plus aussi nombreuses. Les migrations de retour au moment de la retraite ne compensent pas ces évolutions ;

- au Nord, la part des 65 ans est plus faible et on observe une faible évolution des effectifs. La fécondité reste élevée et le solde migratoire des personnes âgées est légèrement négatif. Peu de personnes âgées migrent vers ces territoires à la retraite et peu de personnes les quittent à ces âges ;

- sur le littoral méditerranéen et atlantique, la part des 65 ans et plus est élevée et on enregistre une accélération du vieillissement, sous l'effet de migrations de personnes aux âges de la retraite vers ces territoires attractifs ;

- dans les grandes métropoles et le périurbain de province, la part des 65 ans et plus est faible mais les effectifs augmentent de manière importante. Les jeunes ménages qui se sont installés lors des périodes de forte croissance périurbaine vieillissent et alimentent les effectifs de

[249] CGET, 2018, op. cité

personnes de 65 ans et plus. Si beaucoup déménagent, cela ne suffit pas à compenser la croissance des effectifs.

Dans les DOM, les trajectoires de vieillissement sont différenciées. Le vieillissement est important en Martinique et Guadeloupe, sous les effets combinés de l'allongement de la durée de vie, de la diminution des naissances et de l'émigration des jeunes actifs, la part des personnes âgées y est désormais proche de celle de la Métropole. Des phénomènes similaires s'observent à la Réunion mais la hausse de la part de personnes âgées a été moins marquée. Enfin, la Guyane fait exception, avec une part de personnes âgées qui reste faible, sous le double effet d'une fécondité qui demeure forte et d'une immigration importante[250].

L'amélioration de ces données sur l'environnement et le type d'habitat dans lesquels les personnes âgées vont vieillir est très importante pour réfléchir à l'évolution de leur prise en charge, notamment en termes d'accessibilité, de mobilité et d'adaptation du logement (avec le vieillissement important à venir dans le périurbain).

2) Des inégalités territoriales dans l'offre consolidée domicile/ établissement ?

Pour apprécier d'éventuelles disparités dans la couverture territoriale des besoins, il faut au préalable : recenser les besoins ; recenser l'offre dans l'ensemble de ses dimensions ; mettre en regard les deux afin d'identifier d'éventuelles inégalités territoriales[251].

Par ailleurs, apprécier les inégalités territoriales suppose en amont de définir l'unité territoriale considérée. On retient ici principalement le département mais des éléments permettant une analyse en infra départemental sont parfois donnés.

a) Couverture territoriale actuelle des besoins

On présente ici la répartition de l'offre de prise en charge pour les personnes âgées en perte d'autonomie sur le territoire, composante par composante (établissement, services d'aide à domicile, infirmiers libéraux). Il est en effet indispensable de décrire l'offre de prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie dans son ensemble pour appréhender l'intervention publique.

a1) Définition des besoins

Définir la population potentiellement en perte d'autonomie, et donc pouvant avoir des besoins, peut se faire de plusieurs manières. La plus simple consiste à l'approcher par la population des 75 ans et plus. C'est ce qui est couramment fait quand on calcule par exemple des taux d'équipement en EHPAD, en rapportant le nombre de places disponibles à la population des 75 ans et plus[252]. C'est un indicateur simple à calculer et à actualiser.

[250] Breton D., Condon S., Marie C-V., Temporal F., 2009, Les départements d'Outre-Mer face aux défis du vieillissement démographique et des migrations, Population et Sociétés, n° 460.

[251] On rappelle que l'article L116-2 code de l'Action Sociale et des Familles indique que « l'action sociale et médico-sociale est conduite dans le respect de l'égale dignité de tous les êtres humains avec l'objectif de répondre de façon adaptée aux besoins de chacun d'entre eux et en leur garantissant un accès équitable sur l'ensemble du territoire ».

[252] Le choix de la borne des 75 ans est arbitraire. On pourrait choisir un âge plus élevé mais les différences départementales sont relativement peu sensibles à ce choix. Il faut cependant noter qu'en termes de niveau, le

Cependant, on peut souhaiter affiner la géographie des besoins, en tenant compte par exemple de l'âge de manière plus détaillée, du sexe ou du fait de vivre seul. La perte d'autonomie augmente en effet avec l'âge et est également plus forte (à domicile[253]) chez les femmes que chez les hommes à âge égal[254].
Ces critères démographiques ont l'avantage d'être aisés à identifier mais ils peuvent apparaître limités pour cerner la population potentiellement en perte d'autonomie, afin d'évaluer les besoins. On sait en effet que les disparités territoriales de santé sont importantes.

On peut les approcher de plusieurs manières. Le taux de mortalité en est une et est réputé être un indicateur robuste et synthétique de l'état de santé de la population[255]. Le Nord, la Bretagne et l'Est de la France affichent des niveaux de mortalité plus élevés qu'ailleurs (figure 6).

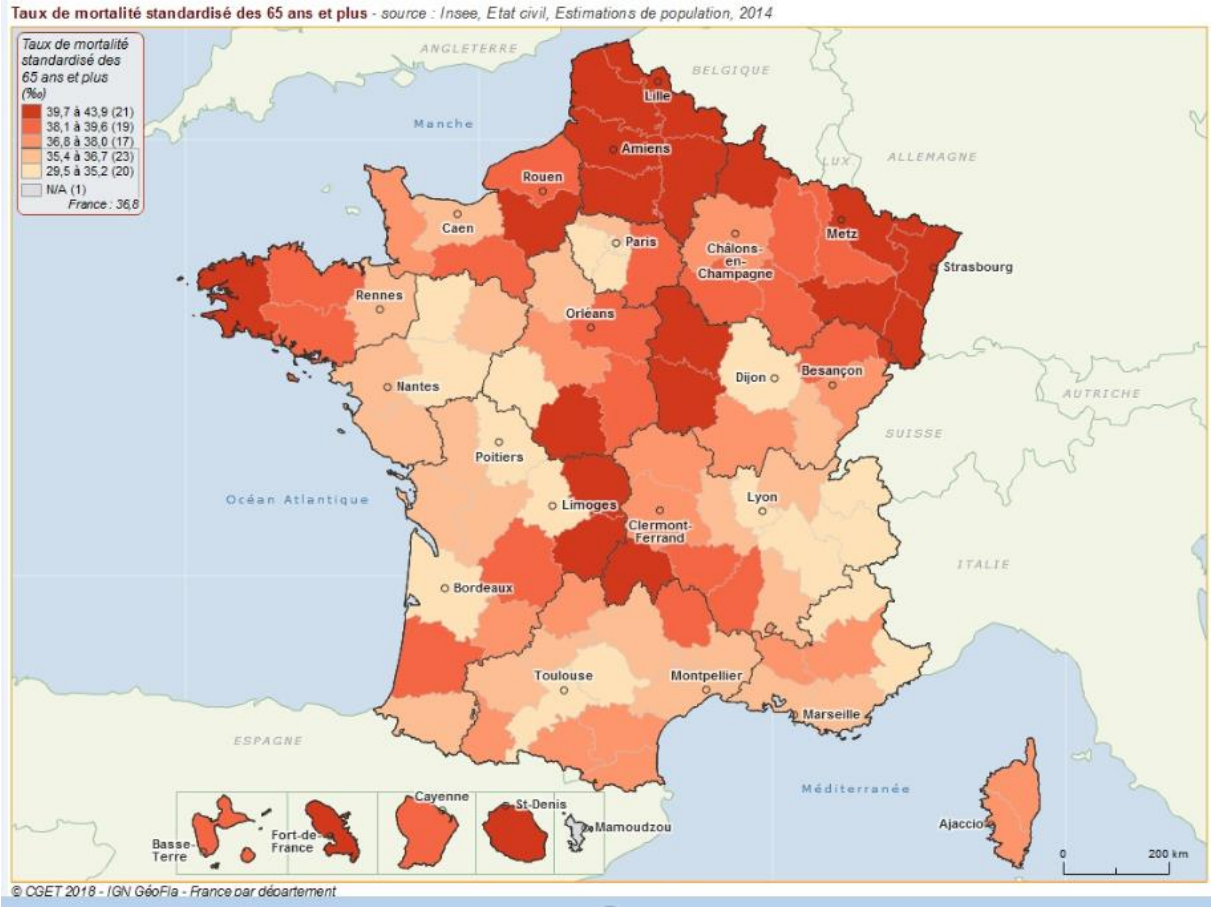
choix de la borne des 75 ans va avoir des implications plus importantes dans les années à venir en raison de l'arrivée des générations nombreuses du Baby-Boom à ces âges (la génération 1946 aura 75 ans en 2021). Ce phénomène va conduire à une hausse importante du dénominateur et ainsi, à une baisse du taux d'équipement sans que cela reflète réellement une baisse de l'offre disponible.

[253] Brunel M., Carrère A., 2017, « Incapacités et perte d'autonomie des personnes âgées en France : une évolution favorable entre 2007 et 2014 - Premiers résultats de l'enquête Vie quotidienne et santé 2014 », Les Dossiers de la DREES n° 13, Mars.

[254] Concernant le sexe et l'âge, l'INSEE indique en fait que les différences entre départements sont assez peu marquées, même si effectivement, « certaines régions ont une structure par sexe et âge différente de la moyenne métropolitaine, ce qui peut contribuer à expliquer une partie des écarts de niveau d'autonomie » (Michel (2018), « La part de seniors à domicile en situation de perte d'autonomie varie d'une région à l'autre », INSEE Focus, n°115).

[255] Source : S. Rican, É. Jougla, Z. Vaillant, G. Salem, 2013, Les inégalités territoriales de santé, in Vers l'égalité des territoires Dynamiques, mesures, politiques, rapport.

Figure 6. Taux de mortalité standardisé des 65 ans et plus, 2014



Source : INSEE, Indicateurs régionaux et départementaux de développement durable ; carte issue du site du CGET, l'Observatoire des Territoires.

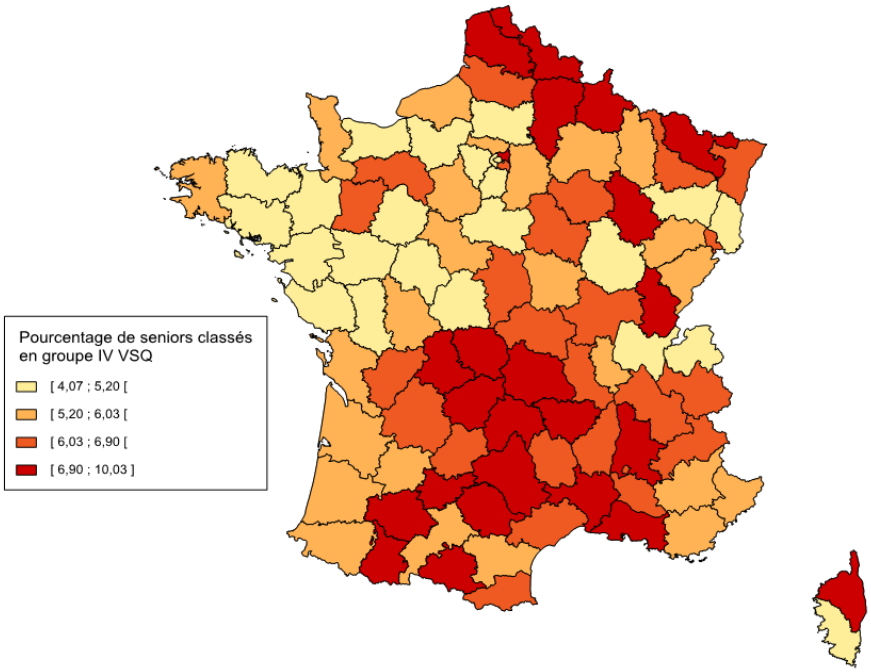
Une autre manière d'apprécier les besoins au niveau départemental consiste à appréhender la prévalence de la dépendance. C'est ce que fait la DREES, en s'appuyant sur la dernière enquête Vie Quotidienne et Santé (2014), qui porte sur les individus à domicile. Plusieurs indicateurs peuvent être utilisés pour mesurer la dépendance. La DREES en retient trois[256] : le score VQS[257], le GALI[258] et la déclaration d'au moins une limitation physique, sensorielle, cognitive. Le classement des départements diffère selon l'indicateur retenu, mais certains sont systématiquement aux extrêmes de la distribution. Quel que soit l'indicateur retenu, le Nord /Nord-Est, le Massif Central et sa frange Sud, les DOM comportent une part de « seniors » en perte d'autonomie plus importante qu'ailleurs (cf. figure 7).

[256] « Disparités de dépendance, disparités d'APA à domicile », travaux DREES en cours.

[257] Le score VQS est un indicateur synthétique de la dépendance, calculé grâce à différentes questions du questionnaire VQS. Ce score permet de classer les individus en 4 groupes de dépendance : le groupe VQS. Une personne classée en groupe I est considérée comme totalement autonome (elle déclare n'avoir aucune difficulté) alors qu'une personne classée en groupe IV est dépendante (elle déclare avoir de nombreuses difficultés).

[258] GALI : Global Activity Limitation Indicator ou « indicateur de limitations d'activité générales ». Il est calculé à partir de la Réponse à la question « êtes-vous limité, depuis au moins 6 mois, à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement? »

Figure 7. Prévalence de la dépendance au sens du Groupe IV VQS[1], à domicile

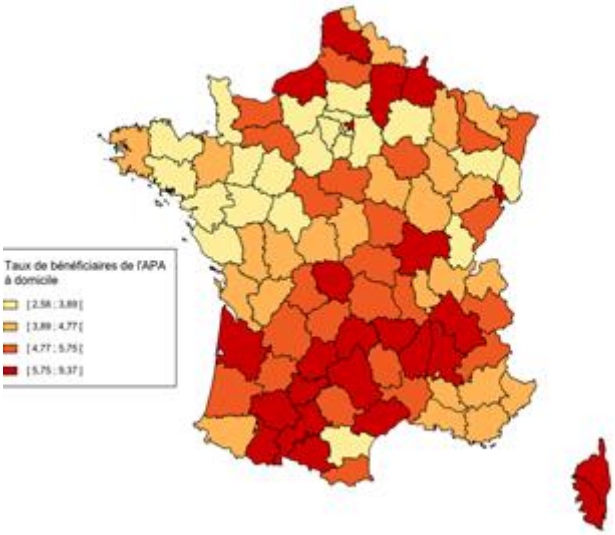


(1) Note : un individu classé en groupe VQS IV est en perte d'autonomie.
Champ : Individus de 60 ans ou plus, résidant à domicile, France métropolitaine.
Sources : DREES, 2018, travaux en cours ; Enquête Vie Quotidienne et Santé (VQS) 2014, DREES.

Une limite de cet indicateur est liée au fait qu'il repose sur les déclarations des individus.

Une dernière manière d'appréhender les besoins au niveau départemental consiste à retenir les bénéficiaires de l'APA (figure 8), dont la répartition entre départements varie fortement.

Figure 8. Taux de bénéficiaires de l'APA parmi les personnes vivant à domicile



Source : DREES, Enquête Aide Sociale 2014.

La mise en regard de la répartition des bénéficiaires de l'APA parmi les individus vivant à domicile (figure 8) avec la répartition selon le score VQS (figure 7) fait apparaître les mêmes zones à fort besoin : le Nord, le Massif Central et sa frange Sud. Cet indicateur présente plusieurs limites : il repose sur des besoins administrativement reconnus, à domicile, donc conditionnellement au taux d'institutionnalisation[259].

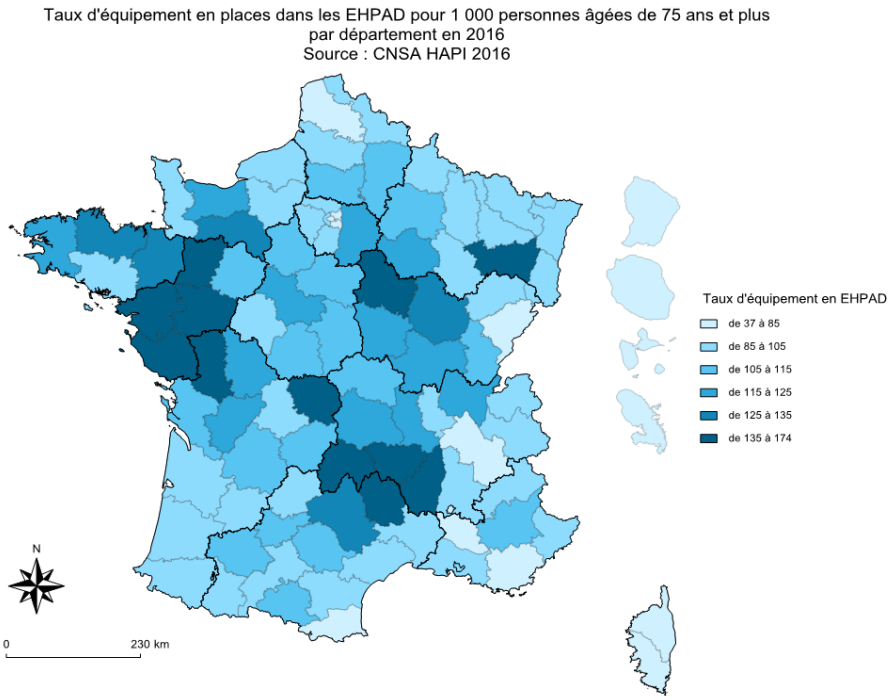
Si le choix d'un indicateur pour définir les besoins parmi la population âgée ne conduit pas à la même hiérarchisation des départements, cela permet néanmoins d'identifier les zones dans lesquelles les besoins semblent plus importants que la moyenne.

a2) L'offre en établissement

Des taux d'équipement en EHPAD différents selon les départements

On calcule le taux d'équipement en EHPAD comme le nombre de places pour 1 000 habitants de 75 ans et plus. Le taux d'équipement est de 99,3 places au 31 décembre 2016 en France (100,4 places en France métropolitaine) [260]. Il varie selon les départements, de 36 (la Guadeloupe) à 177 places (Lozère). Un peu moins de la moitié des départements ont un taux d'équipement compris entre 90 et 110 places. Près des trois quarts entre 80 et 120 places. Aux extrêmes, on trouve l'ensemble des DOM, très peu équipé, autour de 40 places, ce qui peut poser question car le vieillissement y sera rapide et important, mais aussi Paris, la Corse et le littoral méditerranéen (figure 9 et graphique 45). Les taux d'équipement les plus élevés se retrouvent dans les pays de la Loire et le Massif Central.

Figure 9. Taux d'équipement en places dans les EHPAD pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus, par département, en 2016[261].



Source : CNSA (2017a)

[259] Cet indicateur peut aussi être affecté par le non-recours.
[260] Statiss 2017, Panorama statistique. Les régions françaises. 2017 et Insee, estimations de populations au 1er janvier (arrêtés fin 2017). On inclut les places d'hébergement temporaire.
[261] CNSA (2017a), La situation des EHPAD en 2016, p. 13-15.

En incluant les places en soins de longue durée, le taux d'équipement en lits médicalisés atteint 105,5 places pour 1 000 habitants de 75 ans et plus en France métropolitaine et 104,4 si on considère France entière (hors Mayotte). On inclut dans ce calcul les accueils de jour. Si on les exclut, le taux d'équipement est alors respectivement de 103,6 (France métropolitaine) et 102,3 (France entière).

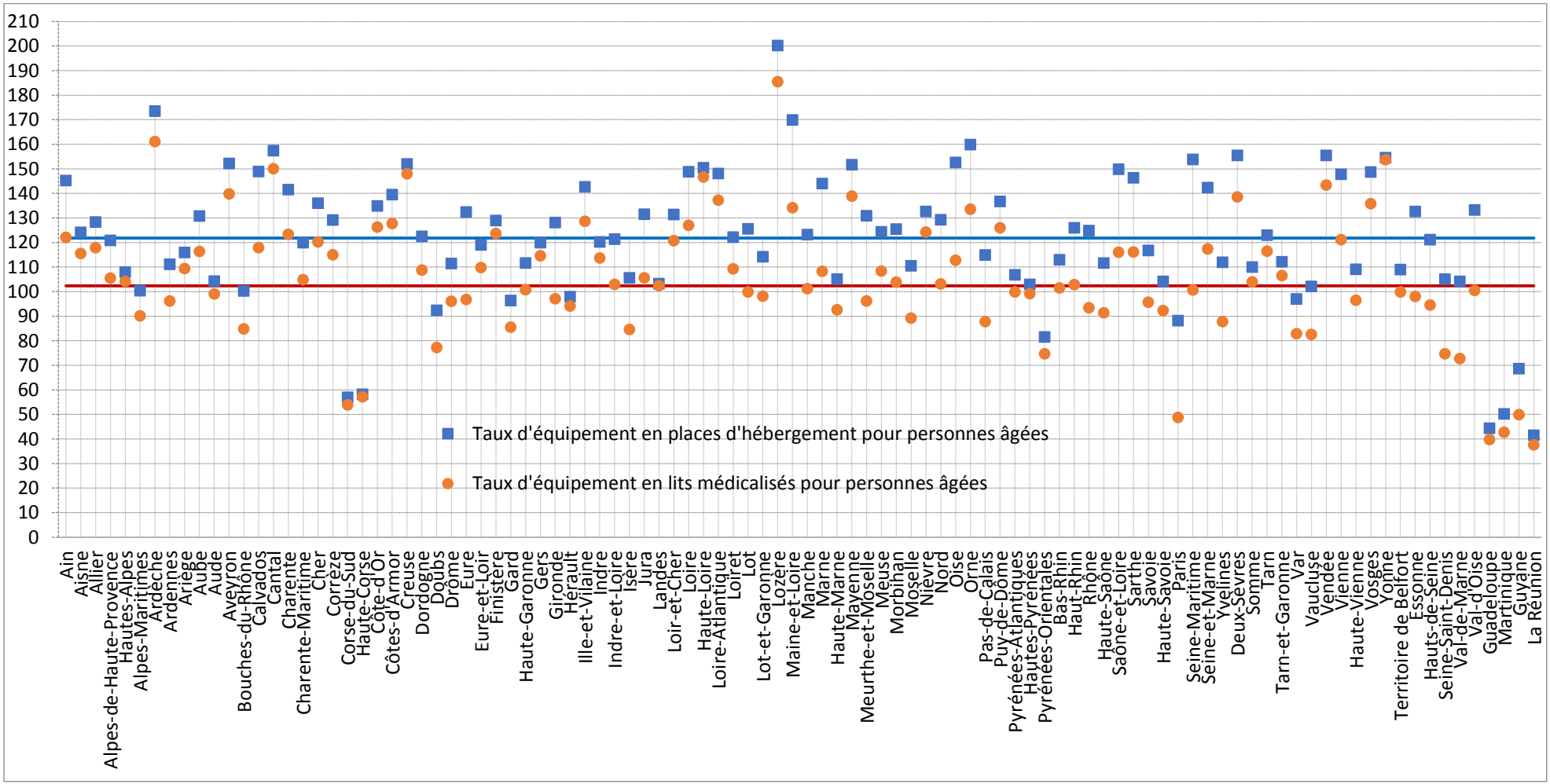
Des taux d'équipement en EHPA différents selon les départements

Le taux d'équipement en France atteint 124 places si on tient aussi compte des autres types d'hébergement pour personnes âgées (places en maison de retraite non EHPAD, minoritaires, et logements en résidence autonomie, y compris accueil de jour[262]). Cela modifie peu la répartition territoriale obtenue sur la base du seul taux d'équipement en EHPAD. On peut cependant noter des différences. Par exemple, la Seine-Maritime affiche un taux d'équipement en lits médicalisés proche de la moyenne nationale mais un taux d'équipement en place d'hébergement bien plus élevé que la moyenne, sous l'effet des places en résidence autonomie (graphique 45). Les disparités, mesurées par le coefficient de variation, sont un peu plus faibles que celles résultant du seul taux d'équipement en EHPAD[263].

[262] De même que précédemment, si on exclut les accueils de jour, le taux d'équipement en places d'hébergement est alors de 123,3 en France métropolitaine et 121,9 en France entière.

[263] Le coefficient de variation est égal au ratio entre l'écart-type et la moyenne, exprimé en pourcentage. Il est calculé sur les départements.

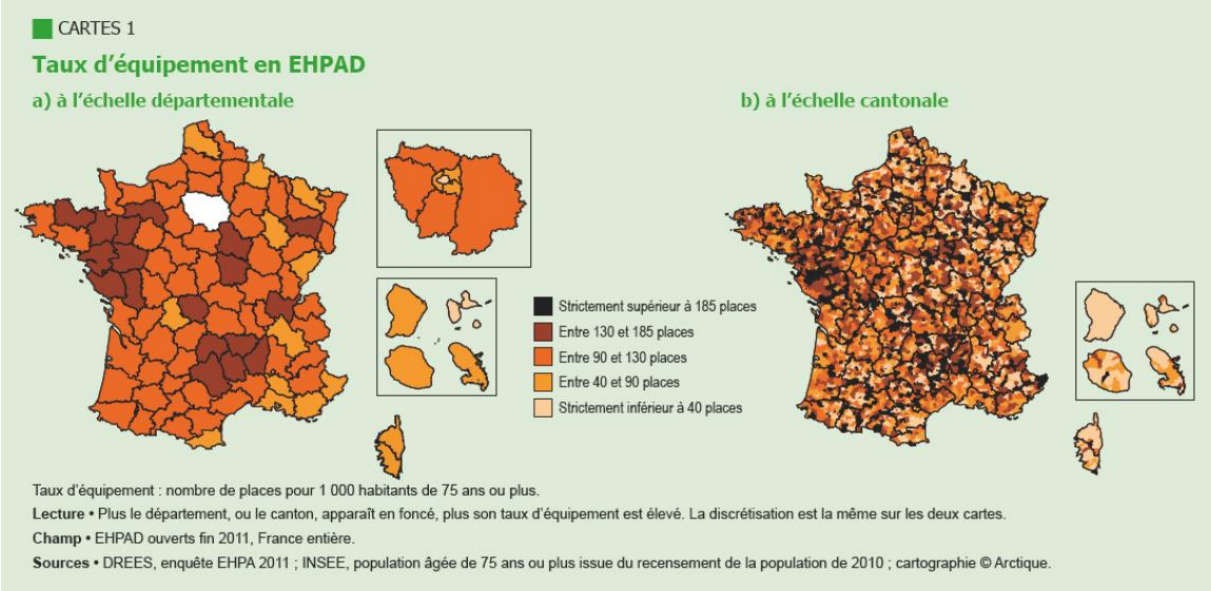
Graphique 45. Taux d'équipement en lits médicalisés et en places d'hébergement pour personnes âgées (pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus) par département en 2016.



Note : Les lits médicalisés correspondent aux places en EHPAD et en ESLD (hors accueil de jour). Les places d'hébergement incluent ces dernières auxquelles on ajoute les places en EHPA non EHPAD, les places en hébergement temporaire et les places en résidences autonomie.
Les lignes continues bleue et rouge indiquent la moyenne pour France entière.
Source : DREES - DRJSCS, Panorama Statistique Jeunesse Sports Cohésion Sociale pour les places d'hébergement et INSEE, estimations de population au 1er janvier.

Il est aussi possible de calculer ces taux d'équipement à une échelle plus fine, tel le canton (figure 9).

Figure 9. Taux d'équipement en places dans les EHPAD pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus, échelle départementale et cantonale



Source : Ramos-Gorand M., Volant S., 2014, « Accessibilité et accès aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes en 2011 », Études et Résultats, n°891.

Une part importante des personnes de 75 ans et plus a un EHPAD à proximité

Fin 2007, 87 % des 3 646 pseudo-cantons[264] français disposent d'au moins un établissement pour personnes âgées, ces pseudos-cantons abritant 97 % de la population âgée de 75 ans et plus. 75 % de la population âgée est située à 5 kms[265] ou moins du premier EHPAD non rattaché à un hôpital et à 15 kms ou moins du premier EHPAD rattaché à un hôpital[266].

Ce raisonnement en termes de proximité géographique se base sur l'hypothèse que les personnes âgées auraient une préférence à demeurer dans leur environnement géographique. D'autres facteurs pourraient aussi jouer un rôle, qu'ils relèvent de l'offre ou de la demande. Du côté de la demande, on peut se demander si la distance géographique à prendre en compte ne serait pas plutôt celle entre l'établissement et les proches. Mais on ne dispose pas d'éléments sur ce point[267]. Du côté de l'offre, l'accessibilité ne se résume pas à la distance

[264] Les pseudo-cantons sont une construction de l'INSEE. A la différence du canton, le « pseudo-canton » est un regroupement d'une ou plusieurs communes entières.
[265] Il s'agit de la distance de commune à commune.
[266] Ramos-Gorand M. 2013b, Accessibilité de l'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées : enjeux territoriaux, Dossiers Solidarité et Santé, DREES, n° 36.
[267] On ne dispose pas d'éléments détaillés sur ce point mais plusieurs éléments laissent à penser que c'est une dimension importante du choix de localisation : selon l'enquête Résidents 2007 (enquête DREES), le choix de l'établissement est effectivement fait souvent de concert avec les proches (ce qui ne signifie pas que l'établissement choisi soit à proximité du domicile d'un proche), l'enquête Résidents indique aussi que 95 % des résidents entretiennent des relations régulières avec des membres de leur famille ou des amis (« La vie en établissement d'hébergement pour personnes âgées du point de vue des résidents et de leurs proches », Dossiers Solidarité et Santé, n°18, 2011). Enfin, le fait que la personne soit sous tutelle et que la tutelle soit assurée par la

géographique, d'autres éléments entrent en jeu. Le premier est d'ordre financier, l'EHPAD le plus proche pouvant pratiquer des tarifs trop élevés pour l'individu. Par ailleurs, que l'EHPAD soit proche ne signifie pas que des places sont disponibles[268]. Enfin, si la qualité des EHPAD s'est globalement améliorée, l'analyse de la proximité géographique n'intègre pas la qualité de l'établissement le plus proche.

30% des résidents en EHPAD résident en 2011 dans un établissement de la commune où ils résidaient précédemment (tableau 37)[269] alors que 76 % d'entre eux vivaient dans une commune équipée. Ils sont 38 % à avoir intégré l'EHPAD de leur commune ou de la commune équipée la plus proche.

Tableau 37. Répartition des résidents selon le choix géographique de l'établissement et le statut juridique

Statut juridique de l'établissement où la personne est accueillie	Part des résidents pour lesquels la commune de leur précédent lieu de vie est équipée	Part des résidents qui ont intégré un établissement de la commune de leur précédent lieu de vie	Part des résidents qui ont intégré un établissement de leur commune ou de la commune équipée la plus proche de leur précédent lieu de vie
Public non hospitalier	72 %	26 %	35 %
Public hospitalier	74 %	43 %	55 %
Privé associatif	77 %	28 %	34 %
Privé commercial	82 %	21 %	25 %
Ensemble des EHPAD	76 %	30 %	38 %

Lecture : 72 % des personnes hébergées dans un EHPAD public non hospitalier à la fin 2011 disposaient d'un EHPAD dans la commune de leur précédent lieu de vie, tous statuts juridiques confondus. 26 % des personnes hébergées dans un EHPAD public non hospitalier à la fin 2011 ont rejoint un établissement de leur commune. 35 % des résidents à la fin 2011 ont rejoint un établissement de la commune équipée la plus proche de leur précédent lieu de vie. Champ :
Résidents en EHPAD à la fin 2011.
Sources : DREES (EHPA 2011), INSEE (Code officiel géographique), distancier INRA (Odomatrix).

famille majore la probabilité de migration lors de l'entrée en EHPAD, confirmant que des situations de rapprochement avec la famille existent.

[268] Ramos-Gorand (2013b, op. cité) intègre ces deux critères (aspect financier et liste d'attente/nombre de places) dans une analyse plus globale de l'accessibilité, en particulier par une distinction du statut de l'EHPAD (public, privé). Pour l'ensemble des établissements, l'accessibilité est peu influencée par la capacité d'accueil. Elle l'est beaucoup plus fortement si on considère uniquement les logements-foyers, les EHPAD rattachés à un hôpital et les USLD. L'accessibilité est aussi influencée par la prise en compte des critères financiers. Les distances minimales pour rejoindre l'EHPAD le plus proche non rattaché à un hôpital (champ retenu pour l'étude, le secteur privé commercial étant peu présent dans les logements-foyers, les EHPAD rattachés aux hôpitaux et les USLD) augmentent quand on exclut de l'analyse les établissements privés commerciaux.

[269] Ramos-Gorand M., 2015, Accompagnement de la dépendance des personnes âgées : enjeux territoriaux en France métropolitaine, Thèse de doctorat.

La moitié des résidents en EHPAD fin 2011 ont parcouru au maximum 7 kms pour rejoindre l'établissement dans lequel ils résident, les trois quarts d'entre eux moins de 19 kms[270].

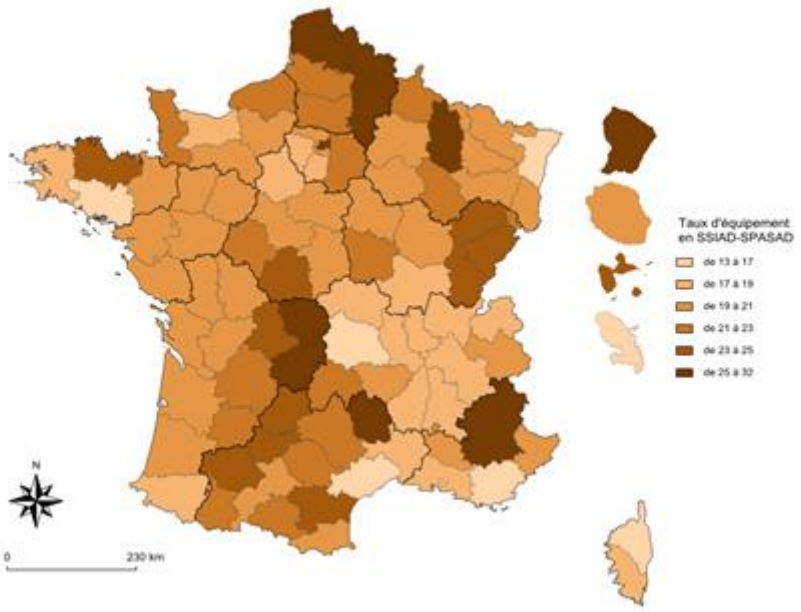
Cette densité d'équipement en EHPAD sur le territoire facilite l'accessibilité. Elle est aussi vue par certains comme un atout dans le cadre des réflexions sur « l'EHPAD à domicile » ou sur « l'EHPAD plate-forme » (EHPAD ressources).

a3) L'offre en services d'aides à domicile et infirmiers libéraux

L'offre médico-sociale permettant la prise en charge des personnes en perte d'autonomie ne se limite pas aux établissements. Il faut aussi considérer les services d'aide à domicile et les infirmiers libéraux (Figures 10 et 11), qui jouent un rôle déterminant dans la prise en charge des personnes en perte d'autonomie à domicile.

Le taux d'équipement en places dans les SSIAD-SPASAD diffère aussi selon le département. Il s'établit à 20,5 pour 1 000 personnes de 75 ans et plus France entière. Il varie selon les départements de 13 (Martinique, Haute-Corse) à 32 à Paris et en Lozère.

Figure 10. Taux d'équipement en places dans les SSIAD-SPASAD[271] pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus par département en 2016



Source : CNSA (2017a)

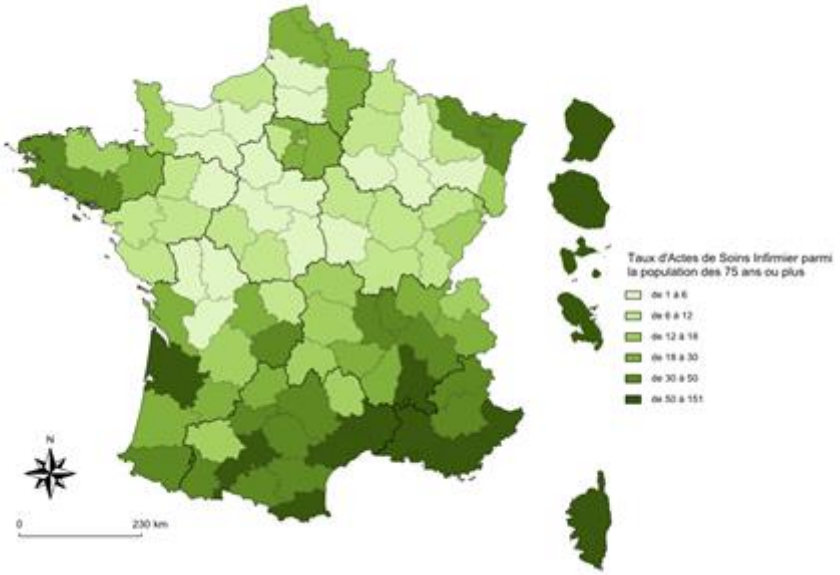
Enfin, une dernière composante de l'offre de prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie à domicile est l'activité des infirmiers libéraux. Le nombre d'Actes Infirmiers de Soins (AIS) (pour 1000 personnes de 75 ans et plus) est très inégalement réparti sur le territoire (et corrélé à la densité d'infirmiers libéraux). Il est particulièrement élevé en Corse, dans les DOM, où il dépasse 100, en région PACA et anciennement Languedoc-Roussillon.

[270] Ramos-Gorand M., 2015, op. cité, tab. 34

[271] SSIAD - Services de Soins Infirmiers à Domicile et SPASAD – Service Polyvalent de Soins et d'Aide à Domicile.

(Figure 11). Il est particulièrement faible en région Centre-Val de Loire, dans laquelle il s'établit de 2 à 8 dans les différents départements.

Figure 11. Nombre d'actes infirmiers de soins pour 1000 personnes de 75 ans et plus, par département, en 2016



Source : CNAMTS – INSEE 2016 ; CNSA (2017a)

a4) Des disparités départementales dans l'attribution de l'APA ?

Au-delà de l'offre de services, la question des disparités territoriales renvoie aussi aux différences dans l'attribution de l'APA, et ce, dans plusieurs dimensions : éligibilité, montant des plans, révisions, tarification. Le rapport de décembre 2017[272] avait documenté plusieurs de ces disparités. La première renvoyait à l'éligibilité à l'APA, la part de bénéficiaires de l'allocation variant de manière importante selon les départements. Il est évident que les différences entre départements, en particulier en termes d'état de santé expliquent une partie de ces différences (voir ci-dessous).

D'autres différences entre départements avaient été mises en évidence. Ainsi, à l'aide d'une typologie de départements - ces derniers étant regroupés selon leur proximité en termes démographiques et socio-économiques - [273], la DREES mentionnait l'octroi plus fréquent des plans d'aide maximaux dans certains départements. Plusieurs raisons pourraient expliquer ces différences : la manière différente de tenir compte de l'aide familiale[274] ; la volonté de

[272] HCFEA, 2017, La prise en charge des aides à l'autonomie et son incidence sur la qualité de vie des personnes âgées et de leurs proches aidants, rapport.

[273] Fizzala A., 2016, Dépendance des personnes âgées : qui paie quoi ?, *Les dossiers de la DREES*. Mars 2016

[274] Billaud S., Bourreau-Dubois C., Gramain A., Lim H., Weber F., Xing J. (2012), « La prise en charge des personnes âgées dépendantes : dimensions territoriales de l'action publique », Rapport final réalisé pour la MIRE/DREES, p. 57.

certains départements de recentrer les plans sur l'aide à la personne en limitant le nombre d'heures pour les tâches ménagères, en particulier pour les GIR4[275].

Enfin, les différences de tarification entre département et des reste-à-charge qui peuvent en résulter pour les usagers relèvent aussi de ces différences départementales.

b) Répondre à la question : existe-t-il des disparités territoriales dans la couverture des besoins ?

C'est une question à laquelle il est difficile de répondre pour deux raisons principales. La première tient au manque d'informations (ou l'absence de remontées statistiques) sur les besoins au niveau local, qui rend difficile une réponse tranchée à la question sur une éventuelle iniquité territoriale de la prise en charge. La deuxième raison tient à la manière dont on peut « consolider » les différentes offres disponibles, exercice qu'il est cependant nécessaire de mener, la considération d'un seul segment de l'offre de prise en charge de la perte d'autonomie étant réducteur et pouvant conduire à un constat d'inégalités plus marqué qu'en réalité. Peu de travaux sont cependant disponibles pour répondre à cette question.

La CNSA[276] indique, en confrontant la couverture territoriale des différentes offres (EHPAD, places en SSIAD, AIS), que « chaque département est correctement équipé pour prendre en charge les personnes âgées ». Si des taux d'équipement en SSIAD-SPASAD ou en EHPAD sont relativement peu élevés pour certains départements (comme le Var), la part des actes d'infirmiers réalisés auprès de personnes de 75 ans et plus viendrait atténuer ce constat.

La DREES dans un exercice en cours[277] de mise en relation des disparités de prévalence de la perte d'autonomie et de bénéfice de l'APA indique que la majeure partie des disparités dans l'APA s'explique par des différences de prévalence de la perte d'autonomie, même si une partie des écarts demeure inexpliquée. Elle précise cependant qu'à ce stade il est difficile d'évaluer la part des écarts restante attribuable à des pratiques différenciées des départements dans la mise en œuvre de l'APA et celle qui proviendrait de caractéristiques des individus (ou des départements) non encore prises en compte[278].

En 2006, le rapport du Commissariat Général au Plan[279] a mis en relation les taux d'équipement observés par département à des taux théoriques, calculés en appliquant à la structure démographique du département (âge et sexe) les taux de prise en charge en institution observés au niveau national, et en tenant compte de la part des bénéficiaires de l'APA et de la proportion de ménages isolés (populations plus souvent accueillies en

[275] CNSA, 2015, Rapport APA. Compréhension de la disparité, Décembre 2014, Version actualisée en mars 2015, p. 67 et Billaud S., Bourreau-Dubois C., Gramain A., Lim H., Weber F., Xing J. (2012), op. cité

[276] CNSA 2017a, op. cité.

[277] « Disparités de dépendance, disparités d'APA à domicile », travaux DREES en cours.
Une étude de la DREES en 2005 concluait que 60 % des écarts dans le nombre de bénéficiaires de l'APA s'expliquaient par la structure sociodémographique des départements (part de la population rurale, part des personnes âgées à faibles ressources (minimum vieillesse), part des ouvriers dans la population active, part des agriculteurs dans la population active, espérance de vie des femmes et des hommes) et que 30% des écarts entre départements restaient inexpliqués. Une limite importante était alors la non prise en compte de l'état de santé (F. Jeger, 2005, « L'allocation personnalisée d'autonomie : une analyse des disparités départementales en 2003 », Études et résultats n° 372).

[278] Un exercice de même type a été mené par l'IAU et l'ORS Île-de-France (Impact du vieillissement sur le recours à l'APA en Ile de France). Les auteurs concluent à une part inexpliquée importante de la variabilité entre départements (environ 30 à 40 % si on considère les bénéficiaires de l'APA en établissement ou à domicile).

[279] Le Bouler S. (2006), Personnes âgées dépendantes : bâtir le scénario du libre choix (Tome I).

établissement). Le rapport étudiait ensuite si l'écart entre les taux théoriques et les taux observés (qualifié de sous ou sur-équipement) pouvait s'expliquer par d'autres facteurs au niveau départemental. Il mettait en évidence que l'écart est influencé par la part de bénéficiaires du minimum vieillesse et de la CMU, corrélé à un sous-équipement. Les départements « pauvres » seraient ainsi sous-équipés. La part de personnes venant d'autres départements est elle corrélée à un suréquipement. La conclusion était qu'une partie importante de la variabilité reste inexpliquée. Cette dernière peut provenir de variables non prises en compte (tel l'état de santé) ou encore de politiques différenciées des départements.

Le seul travail récent à notre connaissance qui essaie, dans une approche globale, d'évaluer les besoins au niveau local et de les rapporter à l'offre est celui de Ramos-Gorand (2015[280]). Elle a mis en regard le nombre d'heures effectuées par l'ensemble des professionnels de la prise en charge de la perte d'autonomie[281] au nombre d'heures nécessaire aux individus en raison de leur niveau de dépendance. Elle identifie les besoins de dépendance par le GIR et attribue à chaque GIR un nombre d'heures de besoin d'aide[282]. C'est un exercice à prendre avec précaution, en raison des nombreuses hypothèses nécessaires à son élaboration, mais qui mériterait d'être reconduit.

L'auteur indique qu'au niveau national, 58 % des besoins administrativement reconnus seraient couverts par l'intervention de professionnels (EHPAD, infirmiers libéraux, aides à domicile)[283] et que la couverture territoriale des besoins est relativement équilibrée. De nombreux départements affichent des taux de couverture des besoins entre 50 et 65% (Figures 12). Cette fourchette peut paraître large mais les hypothèses nécessaires au calcul du taux de couverture[284] ne permettent pas de hiérarchiser finement les départements. Il demeure que certains départements affichent une couverture des besoins faible, tels les Ardennes, l'Aisne et la Seine-Saint-Denis (moins de 40 %). D'autres en revanche, ont des taux de couverture de besoins très élevés : 70 % pour le Finistère, le Morbihan ou les Alpes-Maritimes.

[280] Ramos-Gorand M., 2015, op. cité.

[281] Sont considérés comme acteurs de l'accompagnement de la perte d'autonomie : les aides à domicile et auxiliaires de vie sociale, les SSIAD, l'offre en infirmiers libéraux (en se restreignant aux Actes Infirmiers de Soins), les professionnels en EHPAD.

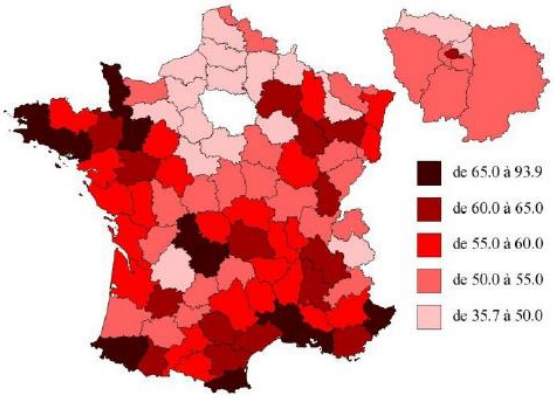
[282] Ramos-Gorand (2013) retient un équivalent-temps plein (ETP) pour un GIR1 et utilise les coefficients de pondération retenus dans le calcul du GIR Moyen Pondéré (GMP) pour déterminer le nombre d'heures nécessaires pour les autres GIR. Un individu affecté au GIR 2 requiert 84 % de la charge en soins d'un individu du GIR 1. Le coefficient est de 66% pour un GIR3, 42% pour un GIR4. Les besoins estimés à 1 ETP pour un GIR1 sont issus du plan Solidarité - Grand Âge qui indique que « pour les maisons de retraite qui accueillent les résidents les plus dépendants (ie GMP supérieur à 800), il faut assurer la présence d'1 professionnel pour 1 résident ».

[283] Une partie des besoins non couverts par l'aide professionnelle l'est très certainement par l'aide informelle.

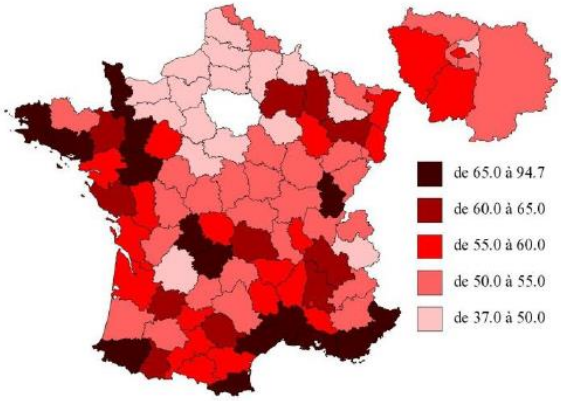
[284] Reconstitution de l'ensemble des heures fournie par les professionnels, évaluation des besoins…

Figures 12. Taux de couverture des besoins de prise en charge de la perte d'autonomie recensés (ratio entre besoins recensés et nombre d'heures d'accompagnement professionnel), 2011

En fonction du département d'accueil



En fonction du département d'origine[285]



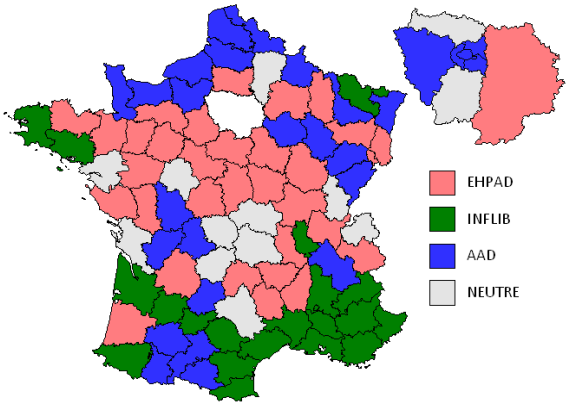
Lecture : Dans le Pas-de-Calais, l'intervention des professionnels couvre moins de 50 % des besoins des personnes âgées, que l'on considère l'activité dans le département ou auprès des personnes âgées dont le département est le domicile de secours. **Champ** : Ensemble des heures à destination de personnes âgées dépendantes en France métropolitaine, en 2011. **Sources** : Insee (recensement de la population, 2010), base de données élaborée au chapitre 5, à partir de : Insee (DADS 2011, SIASP 2011), Drees (Finess 2011, EHPA 2011, SSIAD 2008, SSIAD Tarification 2012, Enquête relative aux bénéficiaires et aux dépenses d'aide sociale, 2011), Ircem, Assurance maladie (SNIIR-AM).**Source cartographique** : Arctique.

Si on considère chaque composante séparément, les inégalités sont plus fortes, en particulier pour les infirmiers libéraux qui représentent le segment de l'offre le plus inégalement réparti sur le territoire. Considérer l'offre dans son ensemble conduit à une évaluation de l'inégalité dans l'offre moindre, avec cependant le constat d'une prise en charge de la perte d'autonomie spatialement différenciée (Figure 13)[286].

[285] La distinction entre le département d'accueil et le département d'origine permet à l'auteur d'analyser non seulement l'offre disponible sur un territoire donné mais aussi l'offre a laquelle a eu recours la personne âgée d'un territoire, que cette dernière soit située dans ou hors de son département d'origine.
[286] Ramos-Gorand M., 2013, op. cité

Figure 13. Systèmes spatialement différenciés d'accompagnement de la dépendance

Habitants du département en 2011



Lecture : Les infirmiers libéraux et SSIAD apparaissent en vert dans les Bouches-du-Rhône, car ils y représentent un acteur qui intervient davantage que dans les autres départements (le « davantage » correspond à une part des heures réalisées par l'acteur considéré auprès de la population du département supérieure à la moyenne, d'au moins la moitié d'un écart-type).
Champ : Nombre d'heures auprès de la population dépendante au cours de l'année 2011 par professionnels d'EHPAD et besoins de la population administrativement reconnue dépendante.
Sources : INSEE (recensement de la population, 2010), DREES (enquête relative aux bénéficiaires de l'aide sociale, 2011), base de données élaborée au chapitre 5, à partir de : INSEE (DADS 2011, SIASP 2011), DREES (Finess 2011, EHPA 2011, SSIAD 2008, SSIAD Tarification 2012, Enquête relative aux bénéficiaires et aux dépenses d'aide sociale, 2011), Ircem, Assurance maladie (SNIIR-AM).

En considérant les différentes composantes de l'offre, il est possible d'identifier des territoires qui sont bien ou mal dotés dans l'ensemble des dimensions (par rapport à la moyenne nationale par exemple au vu de leur population des 75 ans et plus). Quand un territoire est plutôt bien doté dans un type d'offre mais moins bien dans un autre, il devient plus difficile de faire la comparaison. En effet, cela amènerait à faire l'hypothèse d'une substituabilité des différentes structures pour la prise en charge. Or, il faudrait évaluer dans quelle mesure c'est le cas. Au niveau du « payeur » (département, assurance-maladie, reste-à-charge pour les individus) par exemple, le recours accru à l'un ou l'autre des dispositifs a des implications différentes. La Seine-Saint-Denis par exemple est le département dans lequel la densité d'infirmiers libéraux est la plus faible[287], faisant reposer la prise en charge de la perte d'autonomie principalement sur l'APA[288].

c) Evolution de la couverture territoriale et de ses déterminants

c1) Une augmentation du nombre de places

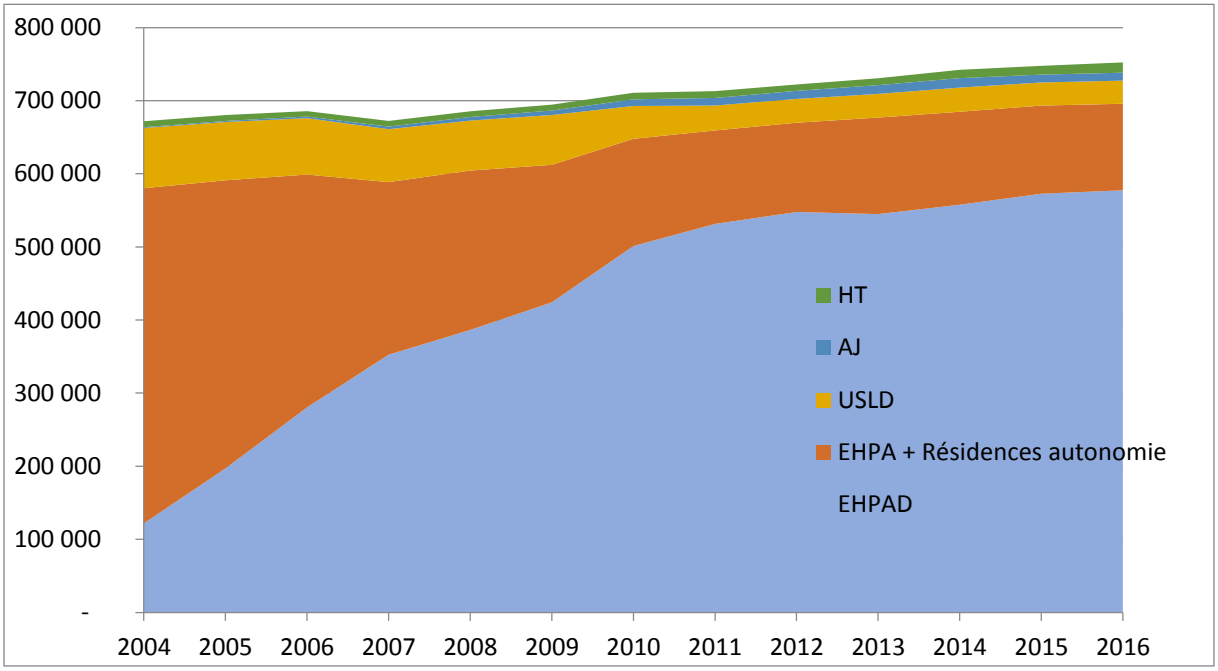
Quatre plans gouvernementaux ont été déployés pour permettre le développement d'une offre adaptée aux besoins des personnes âgées dépendantes sur l'ensemble du territoire français : deux plans généraux : le plan Vieillissement et Solidarités (2004-2007)[289] et le Plan Solidarité

[287] Source : DREES, répertoire Adeli; INSEE, estimations de population au 01/01/2016
[288] Les Actes Infirmiers de Soins (AIS) sont financés par l'assurance-maladie.
[289] Le plan Vieillissement et Solidarités prévoyait notamment la création de 10 000 nouvelles places dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées, 17 000 places supplémentaires de SSIAD et 13 000 nouvelles places d'accueil temporaire. En termes de réalisation, sur 2004 - 2005 - 2006, le plan « Vieillissement et solidarités » a permis la création de 14 260 places de SSIAD, 4 140 places d'accueil de jour, 1 837 places d'hébergement temporaire et 14 399 places en EHPAD (Vasselle A., 2008, Rapport au nom de la mission

Grand Age (PSGA) (2007-2012)[290] et deux plans spécifiques : le Plan Alzheimer (2008-2012) et le Plan Maladies Neurodégénératives (2014-2019). Ces plans prévoient des objectifs importants de création de places nouvelles d'établissements ainsi que de services afin de développer l'offre d'accompagnement à domicile. Le PSGA prévoyait également le renforcement de la médicalisation des EHPAD.

Sur la période 2005-2016, le volume global d'hébergement (ESLD, EHPAD, EHPA non EHPAD et résidence autonomie, accueil de jour et hébergement temporaire) a progressé de 10% (graphique 46).

Graphique 46. Evolution du nombre de places installées (hébergement), établissements publics ou privés et services, 2004-2016



Source : Statiss 2004-2016. De 2004 à 2009, il s'agit des places installées au 1er janvier de l'année (N-1) et non N.

Une partie de l'offre d'hébergement a été médicalisée pour se transformer en EHPAD. Ceci explique la forte hausse du nombre de places pour personnes âgées en établissements et services médico-sociaux (EHPAD, SSIAD, accueil de jour et hébergement temporaire, donc hors résidences autonomie et EHPA non EHPAD) indiqué par la CNSA[291] (+87 % entre 2005 et 2016). Fin 2016, on dénombrait plus de 724 600 places en établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées en France (CNSA, 2017b).

commune d'information sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque, Rapport d'information du Sénat, n°447).

[290] Le Plan Solidarité Grand Age pour la période 2007-2012 prévoyait la création de 90 500 places, dont 41% ce nouvelles places en EHPAD et 59 % de places en faveur du maintien à domicile (places en SSIAD, Accueil de jour et hébergement temporaire).

[291] CNSA, (2017b), Accueil et accompagnement des personnes âgées - Bilan des réalisations au 31/12/2016 et programmation du développement de l'offre entre 2017 et 2021.

Le nombre de places en SSIAD a fortement augmenté sur la période (+ 50 %), de même que le nombre de places d'accueil de jour (multiplication par près de 5).

Cependant, l'objectif initial du PSGA de favoriser la création de places permettant le maintien à domicile, en particulier de places en SSIAD, n'a pas été atteint. Le nombre de places d'hébergement permanent en EHPAD a dépassé l'objectif initial alors que le nombre de places installées en SSIAD n'atteint que les deux tiers de l'objectif initial. A ce jour, les places installées en accueil de jour ou en hébergement temporaire atteignent respectivement 65 % et 73% du nombre de places initialement prévues dans le PSGA.

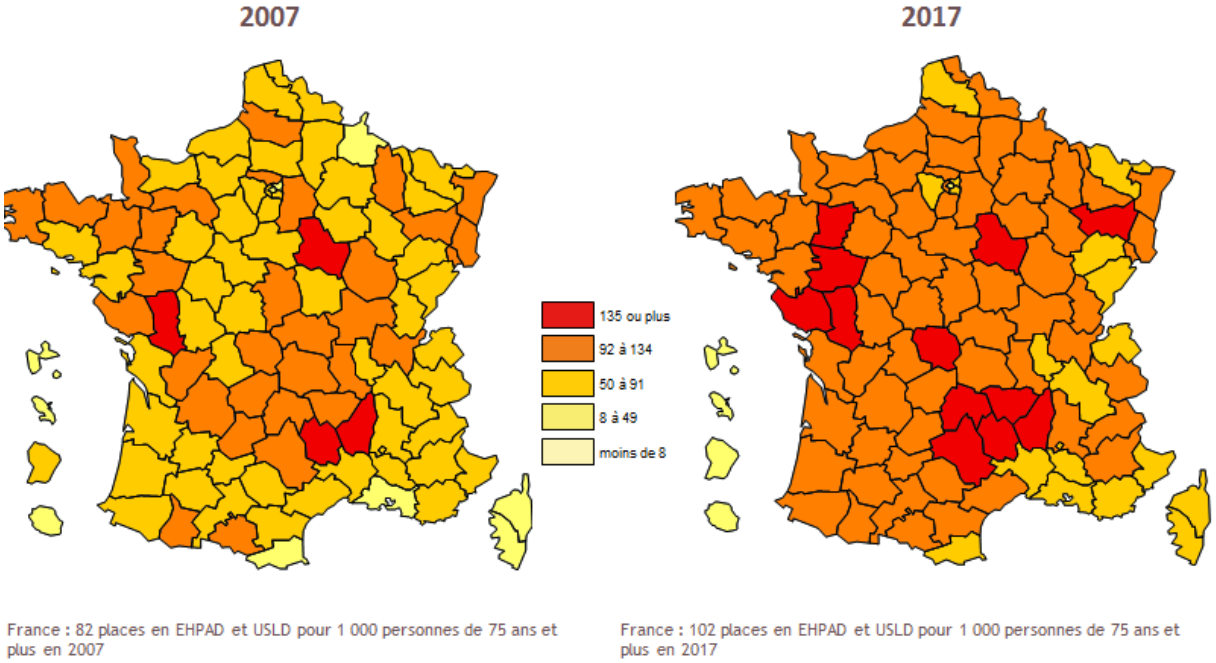
c2) Une diminution des inégalités de taux d'équipement en établissement ?

Sur longue période 1968-2008, la répartition spatiale de l'offre en EHPA est devenue plus homogène. L'indice de Gini, qui mesure la concentration de l'offre, a été divisé par deux entre 1968 et 2008, qu'on considère l'échelle départementale ou cantonale. A l'échelle départementale, il s'établissait à 0.30 en 1968[292] et il a atteint 0.13 en 2007[293]. On ne dispose pas d'une telle mesure au niveau agrégé sur la période récente.

Les départements connaissent des évolutions différentes. Concernant les taux d'équipement en EHPAD et USLD, la FMA[294] note que, sur la période 2003-2011, « les départements du littoral méditerranéen figurant en 2003 parmi les moins équipés, le sont toujours en 2011, et sont rejoints en 2006 et 2011 par la plupart des départements situés au Sud de la Garonne, formant un ensemble de départements « sous-équipés » dans tout le Sud de la France métropolitaine. Parallèlement, un ensemble de départements localisés au centre de la France évolue peu, débutant la période 2003-2011 avec des taux déjà peu élevés (Centre, Auvergne, Limousin). On observe également que des zones géographiques relativement bien équipées en 2003 ont complètement perdu cet avantage en 2011 : c'est le cas en Haute-Normandie, aux confins de la Bretagne, de la Basse-Normandie et des Pays-de-la-Loire. Plus récemment, en 2017, la FMA[295] indique que « la répartition géographique [des EHPAD et ELSD] est proche de celle observée les années précédentes ». La réduction des inégalités territoriales dans l'offre en lits médicalisés (EHPAD et ELSD) sur la période récente semble donc limitée.

[292] On rappelle que l'indice de Gini est égal à 1 si la concentration est maximale (tous les établissements seraient dans la même unité spatiale) et à 0 si la répartition de l'offre est uniforme sur le territoire.
[293] Ramos-Gorand M., 2015, op. cité
[294] Fédération Médéric Azheimer, 2012, Accompagnement et prise en charge de la maladie d'Alzheimer : évolution et adaptation des dispositifs depuis dix ans, Rapport d'étude, n°2
[295] Fédération Médéric Azheimer, 2018, La lettre de l'Observatoire, n° 49-50.

Figure 14. Taux d'équipement en EHPAD et USLD en 2007 et 2017

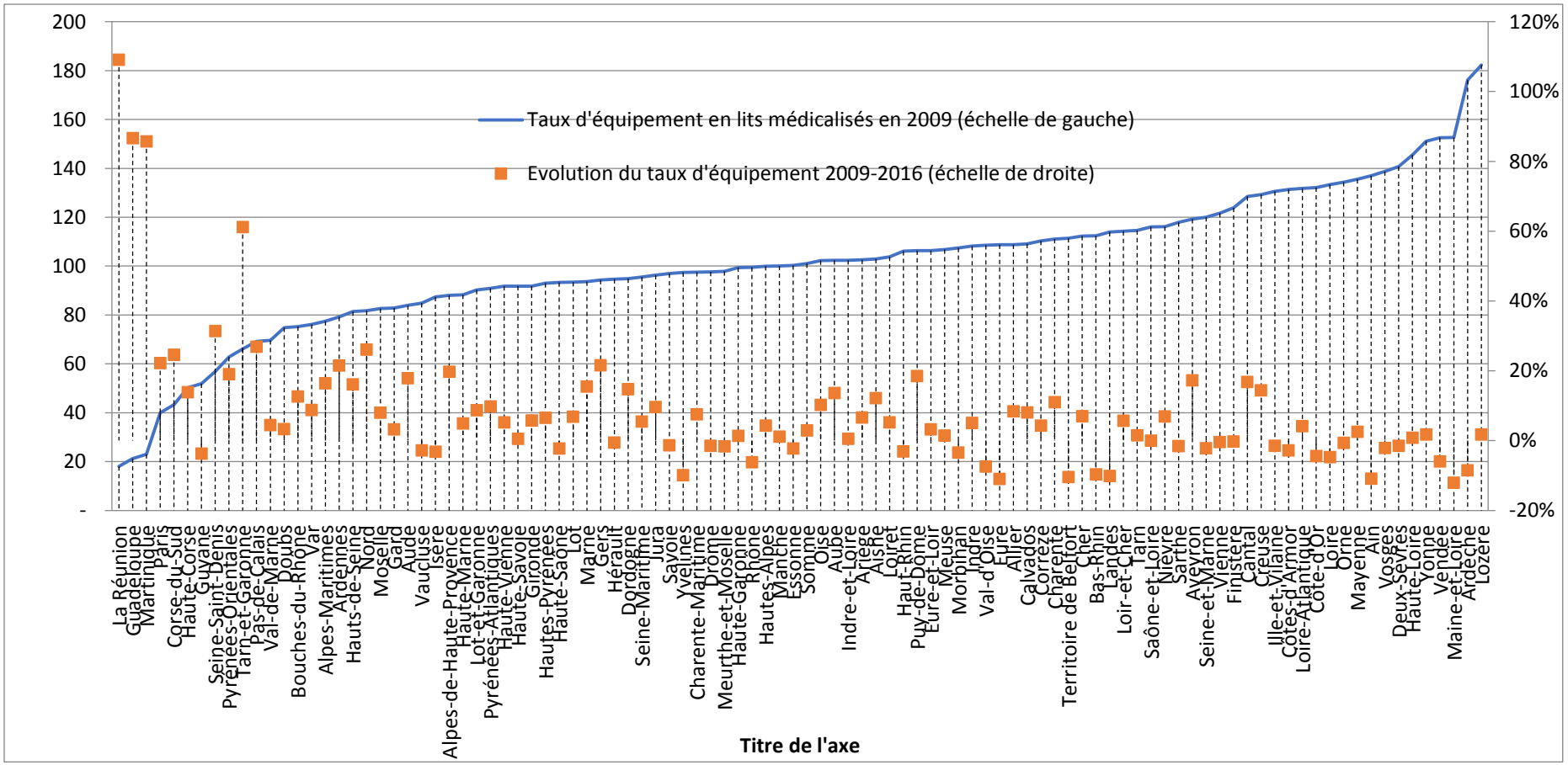


Source : Fédération Médéric Alzheimer.

Si on considère l'évolution sur la période 2009-2016 du taux d'équipements en lits médicalisés (graphique 47), on observe une corrélation négative entre le niveau du taux d'équipement en 2009 et l'évolution sur la période. Les départements qui affichaient des taux d'équipement très bas en 2009 (les DOM, la Corse, …) ont connu une hausse de ce dernier importante[296]. La dispersion de ces taux d'équipement, mesurée par le coefficient de variation, a légèrement baissé sur la période[297] mais d'importants écarts demeurent.

[296] Il faudrait distinguer dans les évolutions du taux d'équipement ce qui relève de l'évolution de la population des 75 ans et plus de l'évolution du nombre de places.
[297] Le coefficient de variation a diminué de 28,7% en 2009 à 24,2 % en 2016.

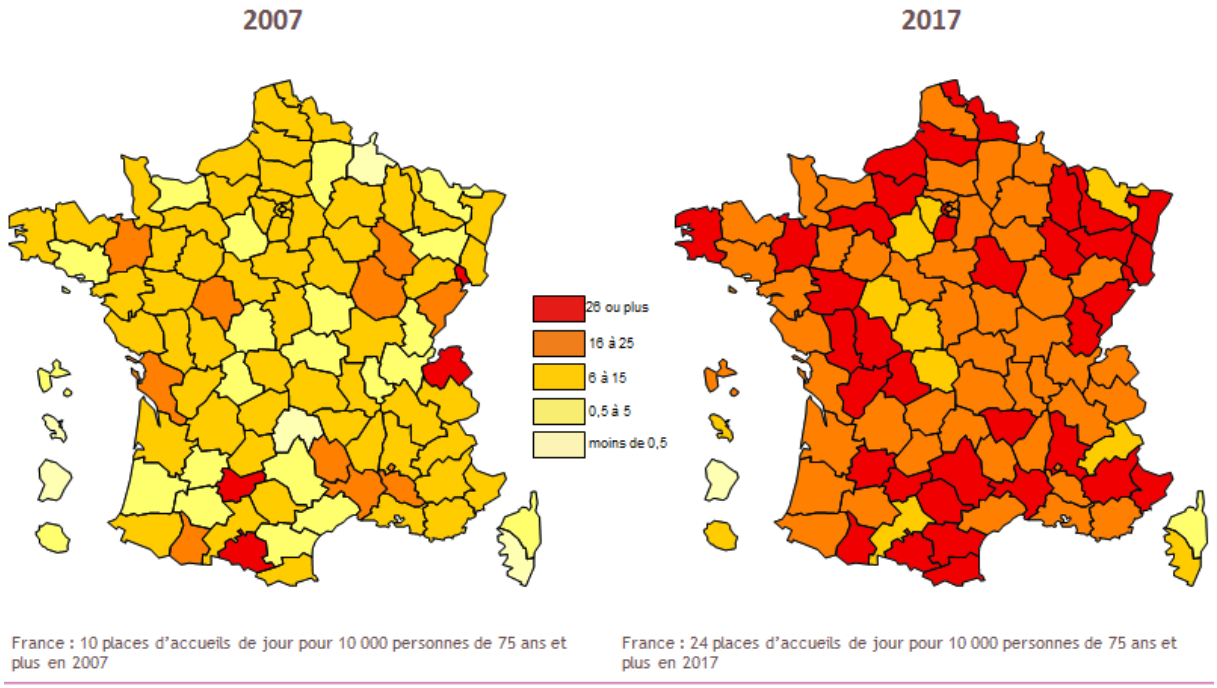
Graphique 47. Taux d'équipements en lits médicalisés en 2009 et évolution entre 2009 et 2016



Note : Les lits médicalisés correspondent aux places en EHPAD et en USLD, (hors accueil de jour).Les places d'hébergement incluent ces dernières auxquelles on ajoute les places en EHPA non EHPAD, les places en hébergement temporaire et les places en résidences autonomie.
Source : DREES - DRJSCS, Panorama Statistique Jeunesse Sports Cohésion Sociale pour les places d'hébergement et INSEE, estimations de population au 1er janvier.

Une diminution des inégalités s'observe cependant pour des dispositifs spécifiques, tels l'accueil de jour (figures 15). La CNSA[298] mentionne ainsi une amélioration de la couverture territoriale dans l'accueil de jour. La quasi-totalité des communes (99,4%) sont au 1er janvier 2017 situées à moins de 35 kms d'un accueil de jour. Elles étaient 95,4% en 2008, avec en outre des départements très peu couverts.

Figures 15. Taux d'équipement en accueils de jour, 2007-2017



Source : Fédération Médéric Alzheimer.

Au-delà des établissements et afin de considérer l'offre départementale de prise en charge des personnes en perte d'autonomie de manière large, on peut aussi considérer les SSIAD. Ainsi, en considérant l'ensemble de l'offre (EHPAD, ESLD, Accueil de jour, Hébergement temporaire, SSIAD), la CNSA[299] note une diminution des disparités entre départements et entre régions sur la période 2006-2016. Ainsi, l'écart départemental[300] s'établissait à 23,2 % en 2006, il est de 17,8 % en 2016 (tableau 38).

[298] CNSA, (2017b), Accueil et accompagnement des personnes âgées - Bilan des réalisations au 31/12/2016 et programmation du développement de l'offre entre 2017 et 2021.
[299] Indicateur n°3-1 : Écarts d'équipements interrégionaux et interdépartementaux en nombre de places, in « Programme de qualité et d'efficience « Invalidité et dispositifs gérés par la CNSA – Handicap, dépendance », PLFSS 2018.
[300] Les disparités sont mesurées à l'aide de coefficients de variation (écart-type rapporté à la moyenne exprimé en pourcentage). Plus le coefficient de variation est élevé, plus les valeurs sont dispersées autour de la moyenne.

Tableau 38. Ecarts d'équipements en capacité d'accueil pour 1000 personnes âgées

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Objectif
Écart interdépar-temental	**23,2 %**	**24,4 %**	**23,2 %**	**22,4 %**	**21,6 %**	**19,9 %**	**19,3 %**	**18,9 %**	**18,6%**	**17,9%**	**17,8%**	**Réduction des écarts**
Écart interrégional	**17,9 %**	**19,6 %**	**17,3 %**	**16,5 %**	**15,9 %**	**14,4 %**	**13,6 %**	**13,6 %**	**13,3%**	**13,6%**	**14,6%***	
Médiane des départements	132,0	129,6	127,8	131,1	132,9	133,1	131,9	132,6	132,5	131,9	**132,8**	
Médiane des régions	131,9	130,5	129,8	130,5	131,5	130,7	129,7	129,5	129,3	128,5	**132,1***	
Moyenne nationale	**125,9**	**124,1**	**125,3**	**126,3**	**127,3**	**128,1**	**127,3**	**128,0**	**128,0**	**128,2**	**128,7**	

* : valeur de l'indicateur tenant compte de la réforme territoriale
Note de lecture : en 2016, on compte en moyenne sur la France métropolitaine 128,2 places en établissements et services pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus ; la moitié des départements dispose d'au moins 132,8 places pour 1 000 personnes âgées. On observe pour les régions une dispersion des taux d'équipement de 14,5 % autour de la moyenne nationale. Si l'on considère les départements, la dispersion est de 17,8 % autour de la moyenne nationale.

Champ: France métropolitaine.
Source: traitement CNSA sur données DREES (FINESS).

c3) Quels effets de politiques de régulation sur les disparités territoriales ?

Comme le soulignent Ratte et Imbaud (2011)[301], « *les inégalités territoriales sont le fruit de l'histoire, des différences socio démographiques, culturelles et économiques sans oublier l'existence ou non d'autres modes de prise en charge (hôpital, médecins généralistes, infirmières libérales...) et de modes d'organisation familiales qui conduisent à des effets de substitution parfois importants* ». La localisation des EHPAD par exemple est très liée à l'existence de longue date d'établissements sur le territoire[302].

La programmation de l'offre médico-sociale pour les personnes âgées se fait dans le cadre du programme régional de santé[303] (PRS) via le schéma d'organisation médico-sociale (SROMS) et le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC). Les objectifs stratégiques sont définis dans le PRS et leur opérationnalisation dans le SROMS. Le PRIAC s'inscrit dans le prolongement de ce dernier en prévoyant les réalisations et les moyens financiers consacrés à la mise en œuvre des SROMS. C'est un outil de programmation financière. Un certain nombre de départements ont par ailleurs un schéma de l'autonomie[304], élaboré en cohérence avec les objectifs et les orientations du PRS et des schémas régionaux de l'organisation médico-sociale.

En pratique, les Agences régionales de Santé lancent des appels à projets, préalable à toute création, transformation ou extension d'établissement ou de service social ou médico-social. La procédure d'appel à projets a été introduite par la loi HPST du 21 juillet 2009.

[301] Ratte E., Imbaud D. 2011, Accueil et accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie, rapport du groupe de travail n°3 sur la prise en charge de la dépendance de 2011.
[302] Ramos-Gorand M., 2015, op. cité
[303] Créé par la loi Hôpital, Santé, Patients Territoire (HSPT) du 21 juillet 2009. Le PRS concerne l'ensemble de la politique de santé. La loi de modernisation du système de santé de 2016 a réformé ce projet régional de santé, avec une généralisation de cette nouvelle formule au 1er janvier 2018.
[304] Il était auparavant souvent distingué un schéma dans le champ du handicap et un dans le champ du vieillissement.

« *La publication d'un calendrier prévisionnel des appels à projets (AAP), annuel, voire pluriannuel, permet d'éclairer l'ensemble des parties prenantes sur les besoins priorisés à satisfaire en concordance avec les schémas régionaux de santé et le PRIAC pour le secteur médico-social. La sélection des projets est réalisée dans le cadre de la procédure d'AAP lancée sur la base d'un cahier des charges réalisé par les autorités compétentes. Les promoteurs déposent leurs projets dans les délais fixés par l'avis d'AAP et sont auditionnés par la commission de sélection, afin de compléter leur projet et de répondre aux questions complémentaires des décideurs. La décision d'autorisation est rendue par la ou les autorité(s) compétente(s) après classement des projets par une commission d'information et de sélection des AAP, placée auprès de chaque autorité*. »[305].

Assurer une offre diversifiée sur l'ensemble du territoire pour répondre à des besoins différents, tendre vers une répartition plus équitable des ressources sur le territoire et une réduction des disparités inter et infra-régionales sont des objectifs affichés par les PRS.

Il est cependant difficile de trouver une information synthétique à la fois sur les objectifs des PRS des différentes régions, sur leur déclinaison opérationnelle ainsi que sur le suivi de leurs réalisations, ce qui permettrait d'étudier la manière dont ils contribuent à la réduction des disparités territoriales[306]. Une étude de comparaison des politiques sociales et médico-sociales et de planification en faveur des personnes âgées à partir des SROMS et des schémas départementaux d'organisation médico-sociale[307] met cependant en évidence les disparités dans les méthodes, les sources et les données utilisées, aussi bien pour établir un état des lieux que pour la planification. L'étude relève, du moins en 2013, la faible fréquence d'évaluation du schéma précédent, en particulier d'un point de vue quantitatif[308], avec une comparaison du prévisionnel et du réalisé.

Il est donc nécessaire de poursuivre les travaux dans ce domaine afin de rendre compte des disparités et des dynamiques territoriales en termes d'offre et de mouvements de population afin de mieux appréhender d'éventuelles inégalités territoriales dans la prise en charge de la perte d'autonomie.

[305] Extrait de CNSA (2018), Bilan 2016 des appels à projets et des appels à candidatures médico-sociaux des ARS.

[306] Des éléments communs apparaissent : la difficulté de bien appréhender les besoins au niveau local, la question de l'infra-territorialité : maillage territorial des dispositifs tels les UHR, les MAIA ou les PASA, zones blanches non desservies par un SSIAD (l'Observatoire Régional de la Santé d'Auvergne indique ainsi que « 16,6% des bénéficiaires de l'APA à domicile de la région se trouvaient dans des communes non desservies par un SSIAD en 2014 », ORS Auvergne (2015), « Analyse de la répartition des SSIAD en Auvergne en vue d'une meilleure adéquation territoriale de ces services »), l'accès financier aux EHPAD (Le SROM Aquitaine 2012-2016 relève, dans la partie sur l'identification des besoins, que « des délais d'admission très longs sont observés pour les places habilités à l'aide sociale, ce qui a parfois pour effet un maintien à domicile dans un état de dépendance avancé ».

[307] Association Nationale des CREAI, 2013, « Les politiques territoriales en faveur des personnes âgées à travers les schémas départementaux et régionaux d'organisation médico-sociale » .

[308] « Seulement la moitié des schémas en cours ont effectué un bilan du schéma précédent (41 sur 81 vérifiables) et il s'agit le plus souvent de bilans qualitatifs sans reprise point par point des orientations et des actions prévues aux schémas », Association Nationale des CREAI, 2013, op. cité.

F) LA GOUVERNANCE DU SYSTEME

Les problèmes sont légion ; ils sont identifiés de longue date. Les rapports parlementaires récents y sont revenus.

Efforçons-nous de résumer les termes du débat :

- il y a un problème de construction budgétaire globale, pointé notamment par le rapport du sénateur Bonne : avec une enveloppe fermée votée au Parlement (l'ONDAM médico-social), des dépenses fiscales (fonction des comportements des usagers), des dépenses contingentées, plus ou moins régulables, telles qu'elles résultent des budgets départementaux, une participation des usagers, qui sert bien souvent de variable d'ajustement ;
- il y a un problème de dilution de la responsabilité en matière de financement et d'autorisation des établissements médicalisés, avec d'un côté les ARS, d'un autre côté les conseils départementaux, ce qui a retenti sur la dynamique de constitution de places nouvelles ou de médicalisation et ce qui est au cœur des difficultés des réformes récentes en matière de tarification ;
- les va-et-vient en matière de planification et de programmation ont alimenté la décennie 2000 ; les choses se sont figées au moment de la création des ARS ; elles ne sont pas stabilisées pour autant ;
- côté aide à domicile, le schéma de régulation n'est pas clarifié avec des départements en charge de l'autorisation mais aussi *de facto* responsables en dernier ressort par leur politique tarifaire ;
- en dehors du médico-social, prospère une offre – à travers les résidences services – dont les caractéristiques ne sont pas forcément très éloignées de celle soumise à autorisation et qui dans une certaine mesure peut viser les mêmes publics ;
- la mobilisation des autres politiques en faveur de *l'adaptation de la société au vieillissement* pour reprendre le libellé de la loi de 2015, progresse cahin-caha, malgré les prescriptions faites en matière d'habitat et d'urbanisme ;
- les politiques en matière de formation et de ressources humaines sont plus ou moins articulées avec les besoins en professionnels liés au vieillissement…

Quelles sont aujourd'hui les principales défaillances ?

- à partir d'intentions louables, les réformes de la tarification – soin et dépendance – viennent de démontrer, si besoin était, la nécessité d'articuler les outils (CPOM et réformes tarifaires) et de conduire des études d'impact robustes ;
- ces difficultés démontrent aussi plus fondamentalement, comme l'ont dit les rapports parlementaires, qu'il nous faut repenser tout à la fois, le modèle de prise en charge en établissement, son financement et la question globale de la prise en charge de la perte d'autonomie : les réformes paramétriques ont montré leurs limites ; il faut reconstruire un cadre d'action cohérent ;
- ce cadre d'action cohérent aujourd'hui n'existe pas : au niveau central, les administrations sont dispersées, la CNSA a un rôle éminent mais on n'a jamais tranché le débat originel caisse / agence (cf. encadré) ; au niveau décentralisé, l'action concrète est dépendante de la mobilisation respective de l'ARS et des départements, de leur action conjointe, et des relais de proximité qu'ils trouvent ; faute de ligne d'action cohérente, faute de responsabilités assumées, cela

entretient la dispersion des acteurs, les opérateurs de coordination plus ou moins utiles et une forme d'invisibilité sur les performances ;

- les règles d'autorisation et de financement, combinées avec la dispersion de la gouvernance et des tutelles, concourent à figer les prises en charge : on finance les structures et chaque structure n'a d'autre ambition que de persévérer dans son être, avec l'appui de sa tutelle ;
- les outils de pilotage des politiques publiques font en partie défaut, en particulier en ce qui concerne certaines caractéristiques de l'aide à domicile ou encore l'appréciation des disparités sur le territoire.

Un autre cadre est nécessaire, un autre schéma d'action est possible, ne serait-ce que pour affronter les défis liés à l'amplification considérable des besoins dans les années à venir et à la nécessaire diversification de l'offre.

Encadré : Le rapport du sénateur Bonne et les questions globales d'organisation de la prise en charge

S'il resitue bien les enjeux des réformes de la tarification, le rapport ne s'arrête pas là et s'attelle à la question de la tripartition tarifaire et plus largement encore aux principes de financement et de gouvernance de la dépendance.

S'agissant de la dotation soin, le rapport pose plusieurs questions essentielles en termes de régulation :

- quant au privilège donné aux formes d'hébergement permanent, disposant de formes de financement plus simples et plus sûres ;
- quant à l'articulation entre dépenses sous forfait global et autres dépenses de ville (médicament notamment) ;
- quant à l'articulation entre enveloppe fermée (Ondam médico-social) dont la part dans le financement du soin est de plus en plus importante et enveloppes dépendance et hébergement, avec un risque fort de déport sur ces dernières ;
- quant aux obstacles à la fongibilité entre les enveloppes et donc à une meilleure prise en compte des besoins réels en personnels au sein des établissements.

Par ailleurs, les textes ont cherché à stimuler les formes d'intégration entre les EHPAD et d'autres services mais ces efforts sont encore trop limités et sont souvent contredits par d'autres textes. Autrement dit, il faut pour lui inverser la vapeur et faire leur place aux formes intermédiaires de prise en charge et raisonner parcours de la personne plutôt que places.

Ce changement de paradigme appelé de ses vœux par le rapport consiste en partie à revenir à la philosophie d'origine de certains dispositifs, dont en particulier l'APA, philosophie individuelle oubliée au profit de la simplicité gestionnaire.

Le rapport lie ce financement à la personne plutôt qu'à la structure à la réforme de la répartition des rôles entre Etat/assurance maladie et département, le premier se recentrant sur le pouvoir tarifaire et le financement de l'allocation (ré)individualisée, le second abandonnant le pouvoir tarifaire au profit d'un rôle renforcé de planification et de coordination gérontologique.

Le rapport Bonne traite à part les cas de dépendance les plus lourds, ceux qui relèvent

normalement des USLD, d'une logique de prise en charge sanitaire pour ne pas dire hospitalière. Pour le reste, il convient de bâtir des solutions intégrées qui peuvent varier suivant les territoires et suivant les individus.

ANNEXES

ANNEXE 1 LETTRE DE SAISINE

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

La Ministre

Paris, le 13 OCT. 2017

Madame la Présidente, Monsieur le Président,

Les projections démographiques à moyen et long termes de l'INSEE indiquent une nette croissance de la population âgée : d'ici 2040, la proportion de personnes âgées de 65 ans ou plus progressera fortement, quelles que soient les hypothèses retenues sur l'évolution de la fécondité, des migrations ou de l'espérance de vie. A cette date, environ un habitant sur quatre aura 65 ans ou plus (contre 18 % en 2013). En particulier, la population âgée de 75 ans et plus augmentera rapidement passant de 9 millions en 2013 à 14,6 millions en 2040.

Cette évolution aura des incidences sur les dépenses projetées en matière de retraite et de santé mais aussi sur la prise en charge de la perte d'autonomie.

Dès lors, il m'apparaît indispensable d'en anticiper les conséquences sur l'offre sanitaire et médico-sociale proposée à la population âgée, afin de mieux répondre aux enjeux de la perte d'autonomie, et de bâtir des parcours de vie et de prise en charge adaptés aux aspirations de la majorité des personnes âgées en matière de maintien à domicile.

À cette fin, je souhaite que vous meniez des travaux pour déterminer, sur la base des projections démographiques et des connaissances épidémiologiques disponibles, notamment en ce qui concerne la prévalence des maladies neuro-dégénératives et des polypathologies, et de scénarios d'évolution des prises en charge, les besoins en termes quantitatifs et qualitatifs, dans le champ médico-social comme dans le champ sanitaire, à horizon 2030.

Vous travaillerez sur les parcours de soins, notamment en envisageant le domicile en tant que lieu de soins de la personne âgée dans le cadre du « virage ambulatoire ». En suivant le parcours de vie des personnes âgées, vous veillerez tout particulièrement à étudier les différentes modalités de prise en charge existantes, tant à domicile (SSIAD, SPASAD, HAD…) qu'en établissement selon leur degré de médicalisation.

Madame Anne-Marie BROCAS
Présidente du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie

Monsieur Bertrand FRAGONARD
Président du Conseil de l'Age

14, AVENUE DUQUESNE – 75350 PARIS 07 SP
TÉL. : 01.40.56.60.00

ANNEXE 2

MALADIES NEURODEGENERATIVES (MND) : TROIS GRANDS TYPES DE TABLEAUX CLINIQUES[309]

Démence liée à une altération des fonctions cérébrales supérieures

La maladie d'Alzheimer (MA), première cause de MND (environ 900 000 cas), responsable de plus de la moitié des cas de démence de la personne âgée. La dégénérescence fronto-temporale (DFT) se caractérise par des troubles comportementaux relativement précoces (entre 50 et 60 ans). La plus classique des DFT est la maladie de Pick. Dans certains cas familiaux, les troubles comportementaux sont associés à un syndrome parkinsonien.

Démence où l'atteinte motrice est au premier plan

La maladie de Parkinson est la deuxième cause de MND (environ 150 000 personnes traitées en 2010). Elle touche plus de 2 % des sujets de plus de 65 ans, et on dénombre en France plus de 10 000 nouveaux cas par an. Le tableau clinique caractéristique associe un tremblement de repos, une hypertonie (rigidité), une akinésie (difficulté à initier ou à exécuter des mouvements) aboutissant à des troubles de la marche et de la posture.

La sclérose latérale amyotrophique est due à une atteinte dégénérative des neurones moteurs, entraînant une perte progressive des fonctions motrices. Les premiers signes cliniques apparaissent en général entre 50 et 60 ans, avec une prévalence de 4 à 6 pour 100 000 habitants. Le tableau clinique associe une amyotrophie (fonte musculaire), un déficit moteur, des crampes, des fasciculations (contractions brèves des faisceaux musculaires), une atteinte des nerfs crâniens.

Démence progressive associée à des anomalies neurologiques

La chorée de Huntington (CH), ou danse de Saint-Guy, qui touche moins de 1 personne sur 5 000, est une maladie héréditaire caractérisée par l'association d'une démence progressive et de mouvements anormaux choréiques (mouvements brusques et imprévisibles) et athétosiques (mouvements lents de torsion et d'ondulation des membres). Les premiers signes apparaissent entre 30 et 50 ans.

La démence à corps de Lewy est une maladie intermédiaire entre la maladie d'Alzheimer et la maladie de Parkinson, conjuguant les signes cliniques de ces deux pathologies. Le début est un peu plus précoce que dans la MA, l'évolution peut être plus rapide.

La maladie de Creutzfeldt-Jakob (MCJ) est une maladie rare, due à l'accumulation dans le cerveau d'une forme anormale de la protéine prion. La maladie touche l'adulte de 50 à 75 ans, et débute par des troubles psychiatriques évoluant rapidement vers la démence. L'évolution vers l'état grabataire et le décès est rapide. La MCJ est dans 85% des cas sporadique, 10 à 15% des cas génétique et dans moins de 5% des cas, est transmise par consommation de viande de bovins atteints par l'encéphalopathie spongiforme bovine ou par inoculation de produits humains contaminés ; elle peut alors toucher des patients beaucoup plus jeunes.

[309] Nathalie CARTIER-LACAVE, directeur de recherche à l'I.N.S.E.R.M, Caroline SEVIN, auteur, « MALADIES NEURODÉGÉNÉRATIVES », Encyclopædia Universalis 2018

ANNEXE 3

LE SUIVI EPIDEMIOLOGIQUE DES MAMA

Les estimations de fréquence des MAMA proviennent essentiellement de l'étude de cohorte longitudinale Paquid. Cette étude a débuté en 1988 et a inclus 3 777 personnes âgées de 65 ans et plus, résidant à domicile dans les départements de Gironde ou de Dordogne. Le suivi permet de produire des estimations de prévalence, sur les facteurs de risque de MAMA, l'évolution des performances cognitives et fonctionnelles des sujets et leur pronostic de survie. Cette cohorte est vieillissante et les autres cohortes, notamment celle des Trois-Cités (10 000 sujets âgés de plus de 65 ans résidents de Bordeaux, Dijon, et Montpellier) sur les déterminants vasculaires des démences, ne permettent pas le suivi des MAMA.

Constances est une cohorte récente qui permettra la production de données de surveillance du vieillissement et des démences en particulier : 200 000 individus de 18 à 69 ans suivis par questionnaires tous les ans, avec un examen de santé tous les 5 ans et analyse de l'évolution des performances cognitives (pour les plus de 45 ans). Son atout majeur réside dans son chainage avec les données du SNIIRAM. Elle ne comprend pas le diagnostic de démence mais il est prévu une validation des cas potentiels de MAMA, repérés par des informations en provenance de leurs médecins ainsi que par des informations contenues dans le SNIIRAM.

En parallèle des cohortes, l'utilisation de données du SNIIRAM, base médico-administratives de l'Assurance maladie a l'avantage de la représentativité, de la remontée systématique des données et de son faible coût. Mais pour repérer les MAMA, les algorithmes développés se basent sur la consommation de médicaments antidémentiels, la présence d'une affection de longue durée (ALD) pour démence et l'hospitalisation avec un diagnostic de démence. Or, les médicaments antidémentiels ne sont pas forcément prescrits, le malade n'est pas forcément admis en ALD et un malade n'est pas hospitalisé de façon systématique. Ainsi, les cas de MAMA identifiés dans le SNIIRAM sont inférieurs d'environ 60% aux prévalences attendues à partir de la cohorte Paquid. En revanche, chez les moins de 70 ans, les estimations sont en adéquation avec ce qui était attendu.

En complémentarité des données de cohortes et des bases médico-administratives, la Banque nationale Alzheimer (BNA) collecte de manière systématique les données des patients consultant un centre mémoire ou un centre de mémoire de ressources et de recherche depuis 2010 (voir partie Dépistage page 9). Elle présente un potentiel intéressant pour le suivi des MAMA car elle utilise une définition homogène entre les centres pour repérer les MAMA et permet l'identification fine des différents sous-types de démence, rarement étudiés dans les cohortes. Mais les résultats de son évaluation montrent qu'elle ne permet pas encore de construire des indicateurs de surveillance des MAMA notamment du fait de certains défauts de qualité des données : valeurs manquantes, incohérences, erreurs de codage, etc.

Sources : SANTÉ PUBLIQUE FRANCE

ANNEXE 4

LE RECOURS AUX AIDES TECHNIQUES ET A L'AMENAGEMENT DU LOGEMENT A PARTIR DE L'ENQUETE HSM

L'enquête HSM[310] de 2008 a recensé les aides techniques et les aménagements du logement (voir encadré ci-dessous) dont bénéficient les personnes âgées et en situation de handicap ou de dépendance, ainsi que celles dont elles auraient besoin.

En 2008, 25 % des personnes âgées de plus de 60 ans, vivant à domicile (ménages ordinaires) ont eu recours à au moins une aide technique ou ont fait réaliser au moins un aménagement de leur logement. Cette proportion paraissait relativement stable depuis 1999 : 22 %, estimé à partir de l'enquête HID, Handicap incapacité dépendance de 1999.

L'usage d'une aide technique est deux fois plus fréquent que l'aménagement de logement : 20 % des personnes âgées utilisent au moins une aide technique et 10 % ont fait au moins un aménagement dans leur domicile.

Encadré : Aides et aménagements du logement relevés dans l'enquête HSM

Les aides

Les soins personnels et la protection : sonde ou collecteur d'urine, protection aux absorbante, aide pour personnes portant une stomie.

Aides aux déplacements : canne ou béquilles, déambulateur, fauteuil roulant, fauteuil électrique, tricycle, scooter adapté, autres aide pour marcher ou se déplacer.

Aides de transfert : planche, sangles, harnais, lève personne, autres aide pour aller au lit du lit au fauteuil.

Aides auditives : appareil auditif, matériel audiovisuel, boucle magnétiques, amplificateur de voix, autres …

Les aménagements du logement

Accessibilité : porte spécialement élargie, couloir spécialement élargi, regroupement de pièces.

Pièce adaptée : toilettes adaptées, salle de bain adapté, cuisine adapté.

Meubles adapté : table adaptée, lit électrique ou médicalisé, siège adapté.

Dispositif de soutien, autres: dispositif lumineux équipements de domotique.

[310] Données de l'enquête Handicap-Santé en ménages ordinaires (HSM) réalisée en 2008 par la DREES et l'INSEE dont l'objectif, comme l'enquête HID, était notamment de mieux appréhender les difficultés rencontrées dans leur vie quotidienne par les personnes malades ou en situation de handicap. Sources *Vieillir chez soi : usages et besoins des aides techniques et des aménagements du logement*, DREES, Etudes et résultats n° 823, décembre 2012

Tableau 1- Recours aux aides techniques et aménagements du logement, selon le GIR, l'âge et le sexe

		Nature des aides mobilisées		
		Au moins une aide technique (%)	**Au moins un aménagement du logement (%)**	**Au moins une aide technique ou un aménagement du logement (%)**
GIR	1 et 2	*82*	*56*	*86*
	3 et 4	*73*	*45*	*81*
	5 et 6	*16*	*7*	*21*
Âge	Moins de 80 ans	*13*	*7*	*17*
	80 ans et plus	*47*	*21*	*53*
Sexe	Femme	*22*	*11*	*27*
	Homme	*18*	*8*	*21*
Ensemble		***20***	***10***	***25***

Lecture • 86 % des personnes en GIR 1 et 2 ont au moins une aide (aide technique ou aménagement du logement).
Champ • Personnes de 60 ans ou plus vivant en ménages ordinaires.
Sources : Enquête Handicap-Santé 2008, volet ménages, INSEE.

Les aides techniques les plus déclarées par les personnes de plus de 60 ans sont les aides au déplacement (14%), suivies par les aides auditives (7%). La téléalarme est déclarée par 4% des personnes, par 18% pour les personnes estimées[311] en GIR 1 et 2 et par 25% en GIR 3 et 4.

Le recours aux aides techniques et aux aménagements du logement est très lié au niveau de dépendance : 82 % des personnes en GIR 1 et 2 ont eu recours à au moins une aide technique, et 56% à au moins un aménagement du logement (86 % au moins une de ces aides).

La proportion de personnes dépendantes augmentant fortement avec l'âge, l'utilisation des aides est mécaniquement plus fréquente aux grands âges. 47 % des personnes de 80 ans et plus ont eu recours à au moins une aide technique et 21 % à au moins un aménagement du logement (53 % au moins une de ces aides).

Le recours aux aides techniques pour les personne les plus dépendantes (estimées en GIR 1 ou 2) ne dépend pas de leur âge, de leur sexe, de leur isolement ou de leur catégorie socioprofessionnelle, ni même de leur déficience. En revanche pour les personnes les plus autonomes (estimées GIR 3 à 6) l'âge est le facteur qui augmente le plus la probabilité de l'utilisation d'une aide technique. Le fait de vivre seul augmente l'utilisation des aides techniques : 11% des personnes seules déclarent utiliser une téléalarme par exemple (contre 4% en moyenne).

[311] Le niveau de dépendance est évalué dans l'enquête à partir d'une estimation du GIR.

ANNEXE 5

LES AIDES TECHNIQUES ET PONCTUELLES DANS LES PLANS NOTIFIES

Les personnes résidant à domicile peuvent demander une aide au département correspondant à la valorisation d'un plan d'aide notifié par le conseil départemental après l'évaluation in situ, par une équipe médico-sociale, de leurs besoins en aides humaines, techniques ou ponctuelles nécessaires à son maintien à domicile.

A partir des données individuelles sur les bénéficiaires de l'APA, la DREES[312] montre que si les plans notifiés par les départements aux bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) prévoient quasi systématiquement le recours à de l'aide humaine, près de quatre plans sur dix incluent également des aides dites techniques ou ponctuelles[313].

Les aides techniques les plus fréquentes sont la téléalarme (54% des plans), les fournitures d'hygiène (41%) et le portage de repas (22%).

Les aides ponctuelles sont plus rares, prévues dans 5% seulement de ces plans.

La DREES a montré le rôle décisif joué par la situation de couple dans les choix d'aides opérés. C'est la variable la plus déterminante dans le recours à la téléalarme ou au portage de repas : les bénéficiaires en couple ont moins recours à ces aides que les bénéficiaires isolés. Les autres critères sensibles sont ensuite l'âge, le GIR.

Les plans prévoyant uniquement de l'aide technique ou ponctuelle sont rares. Ce sont les moins coûteux et les moins susceptibles d'atteindre le plafond légal autorisé (moins de 8%) (Voir Tableau). Contrairement aux plans comportant de l'aide humaine, leur montant notifié médian varie peu en fonction du GIR. Ce montant est très faible par rapport aux montants observés dans les plans incluant de l'aide humaine (116 euros mensuels contre plus de 440 euros), les aides techniques étant globalement moins couteuses.

[312] DREES, Etudes et résultats 1033, octobre 2017, Allocation personnalisée d'autonomie : les aides apportées aux personnes âgées

[313] Les aides techniques, versées tout au long de l'année, comprennent notamment les fournitures d'hygiène, le portage des repas et la téléalarme ; les aides ponctuelles peuvent inclure la pose de barres d'appui, l'achat de dispositifs de soutien (fauteuil roulant, etc.) ou l'aménagement du logement (adaptation des meubles, de la salle de bain ou de la cuisine).

Tableau 1. Montants mensuels médians des plans notifiés et part des plans saturés (au seuil de 96%), selon le type de plan et le GIR du bénéficiaire

		Montant mensuel médian (en euros)	Part de plans saturés
Aides techniques et ponctuelles uniquement	**Ensemble**	**116**	**7,6%**
	GIR 1	120	8,9%
	GIR 2	110	7,2%
	GIR 3	120	9,0%
	GIR 4	117	7,0%
Aide humaine uniquement	**Ensemble**	**456**	**22,4%**
	GIR 1	1218	54,5%
	GIR 2	998	40,2%
	GIR 3	691	31,9%
	GIR 4	345	13,7%
Aides humaine, techniques et ponctuelles	**Ensemble**	**504**	**21,0%**
	GIR 1	1122	34,5%
	GIR 2	909	29,0%
	GIR 3	671	25,0%
	GIR 4	396	15,3%

Note • Pour rappel, les plafonds APA s'élevaient en 2011 à 540 euros par mois pour les GIR 1, 811 euros pour les GIR 2, 1 080 euros pour les GIR 3 et 1 262 euros pour les GIR 4 (encadré 1).
Lecture • Pour les bénéficiaires de l'APA en GIR 1, les plans d'aide ne comportant que des aides humaines présentent un montant médian notifié de 1 218 euros mensuels ; ils sont 55 % à être saturés au seuil de 96 %, c'est-à-dire que leur montant notifié est supérieur à 96 % du montant du plafond (96 % x 1 262 = 1 211,5 euros par mois).
Champ • France métropolitaine, bénéficiaires ayant des droits ouverts pour l'APA à domicile au 31 décembre 2011.
Source • DREES – Données individuelles APA de 2011.

Pour la DREES, la comparaison des taux de saturation des différents types de plans « *peut laisser penser que, dans le cas de plans notifiés saturés (plus fréquents parmi les GIR 1 et 2), pour lesquels des arbitrages doivent être éventuellement faits entre les différents types d'aides afin de rester en deçà du plafond réglementaire, les arbitrages se font au détriment de l'aide technique ou ponctuelle.* »

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 bientraitance, dans une approche intergénérationnelle.

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Premier ministre
France Stratégie

HCFEA
Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge

Adresse postale : 14 avenue Duquesne - 75350 Paris 07 SP

Le HCFEA est membre du réseau France Stratégie

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 (EVSI) 13
3) Projections des effectifs : des écarts substantiels selon les scenarios 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 II[1] 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 2005-2006[2]. 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 connait 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 démuni 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'autonomie[3].

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 immanquablement 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'accentuer (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'efficience 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 prospective[4] « 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.

I) 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 %).

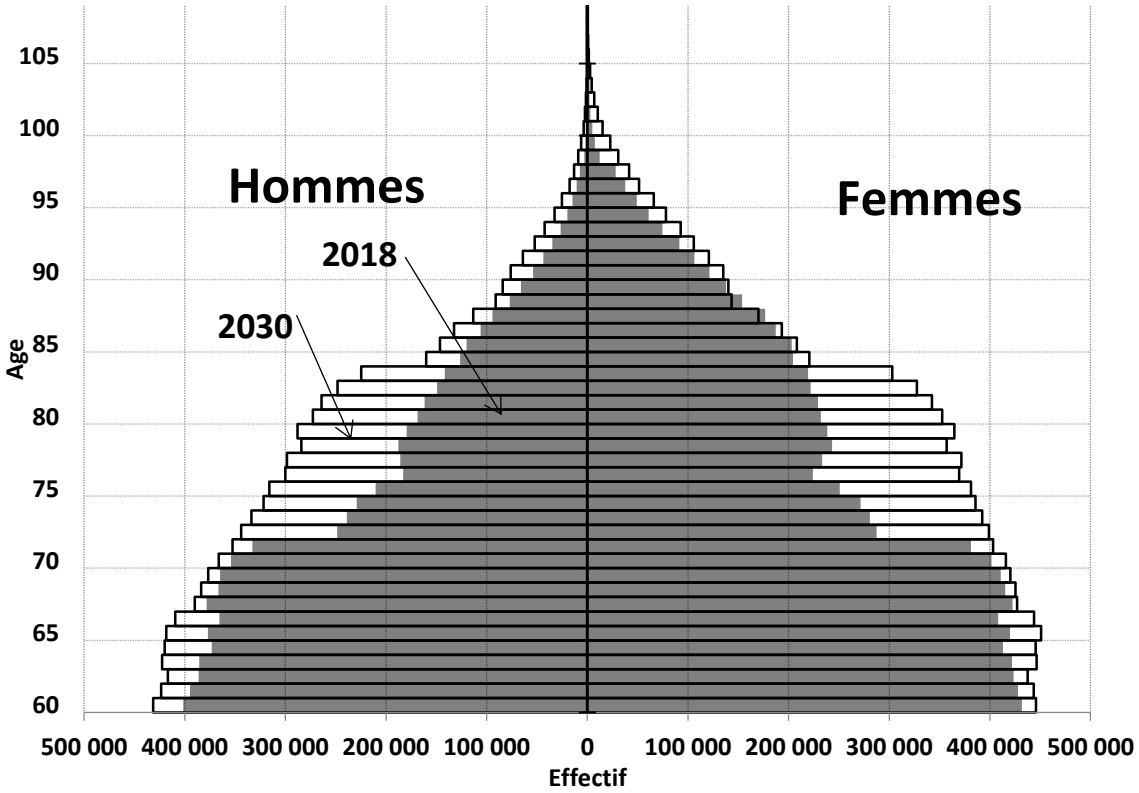
On note une déformation importante de la pyramide des âges chez les personnes de 65 ans et plus qui est principalement déterminée par l'avancée en âge des générations du baby-boom. La première génération de baby-boomers étant aujourd'hui âgée de 73 ans, le vieillissement des générations issues du baby-boom 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 accroitront donc les classes d'âges les plus concernées par le besoin d'aide à l'autonomie[5].

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'accélérera 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.

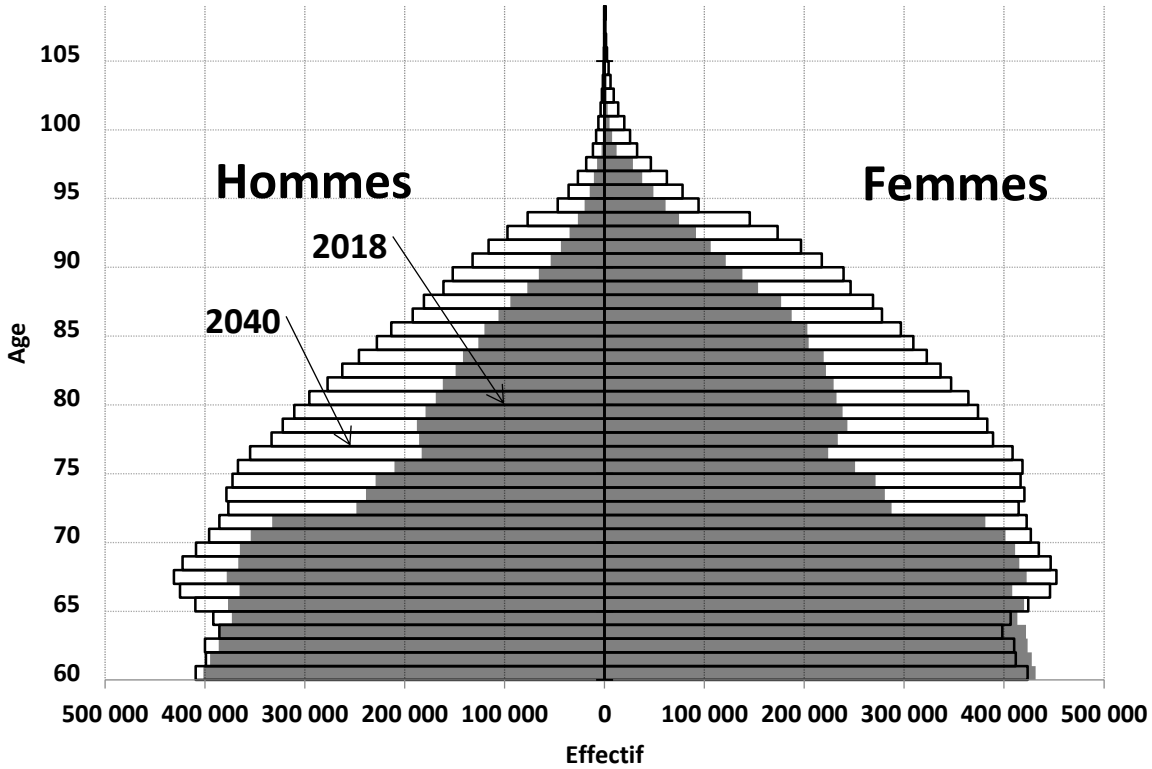
[5] Age médian des bénéficiaires de l'APA à domicile en 2011 : 84,5 ans (Bérardier, 2014) ; âge moyen des résidents en établissement en 2015 : 87,5 ans (Muller, 2017)

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 (scenario 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 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 DREES[6] 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 élevée[7]. Comme évoqué par la suite, les projections réalisées par la DREES dans le scenario 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 dépendance[8].

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 scenarios.

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 scenario 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 accroitre 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 scenario central ou dans le scenario 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 scenario « 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 scenario correspond à une diminution importante dans le temps des taux de prévalence par âge.

Dans le scenario « 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 scenario correspond à une diminution dans le temps plus faible du taux de prévalence par âge que dans le scenario « bas ».

Dans le scenario « 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 scenario 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 scenarios 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**		
	Scenario Bas	Scenario Central	Scenario Haut	Scenario Bas	Scenario Central	Scenario Haut	Scenario Bas	Scenario Central	Scenario 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 connaitre 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 décès[11]. 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 a 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 2040[12], 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.

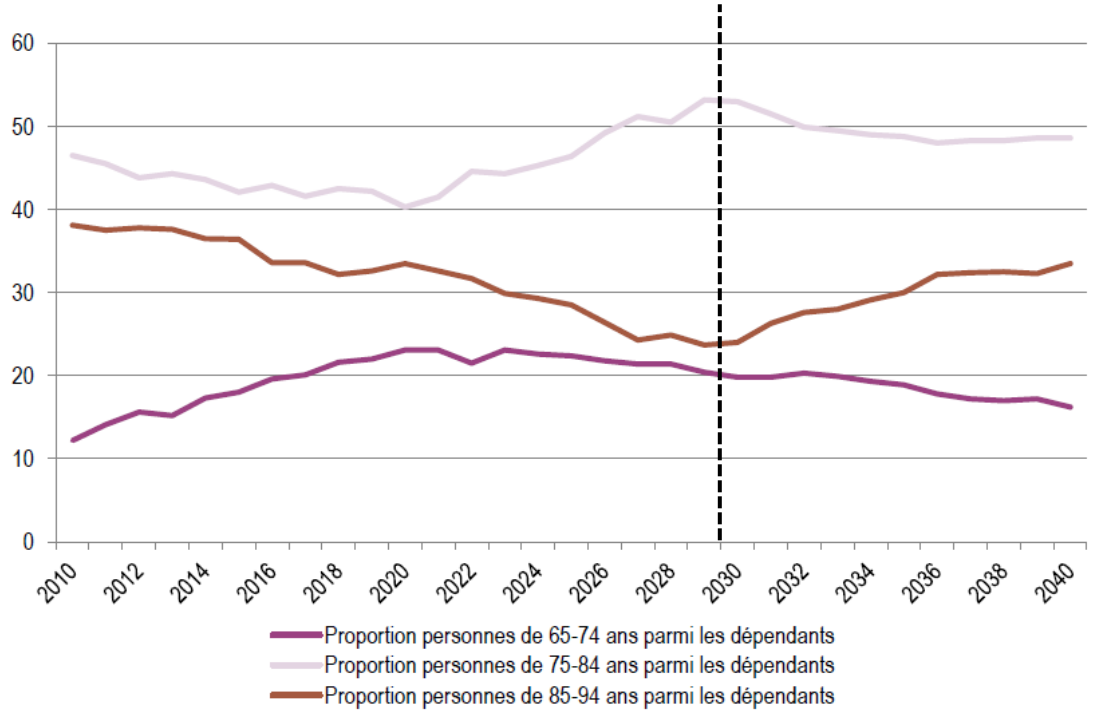
[11] Froment et al. (2013), « Projection des trajectoires et de l'entourage familial des personnes âgées dépendantes à l'horizon 2040 », dans Dossier Solidarité et santé, n°43, DREES.

[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 décénnies, tirée par le vieillissement des générations du baby-boom[13]. 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)

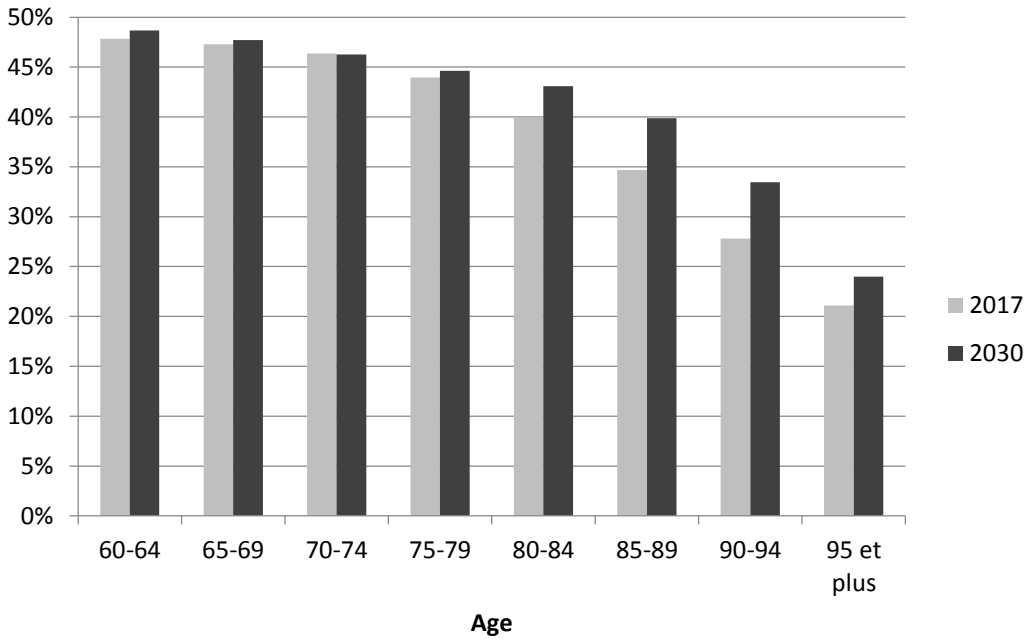
2) Sexe

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'arrivé des générations du baby-boom parmi les « jeunes » allocataires de l'APA renforce cet effet, ce qui accroit d'autant plus la probabilité qu'ils aient un conjoint encore en vie[14].

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 %

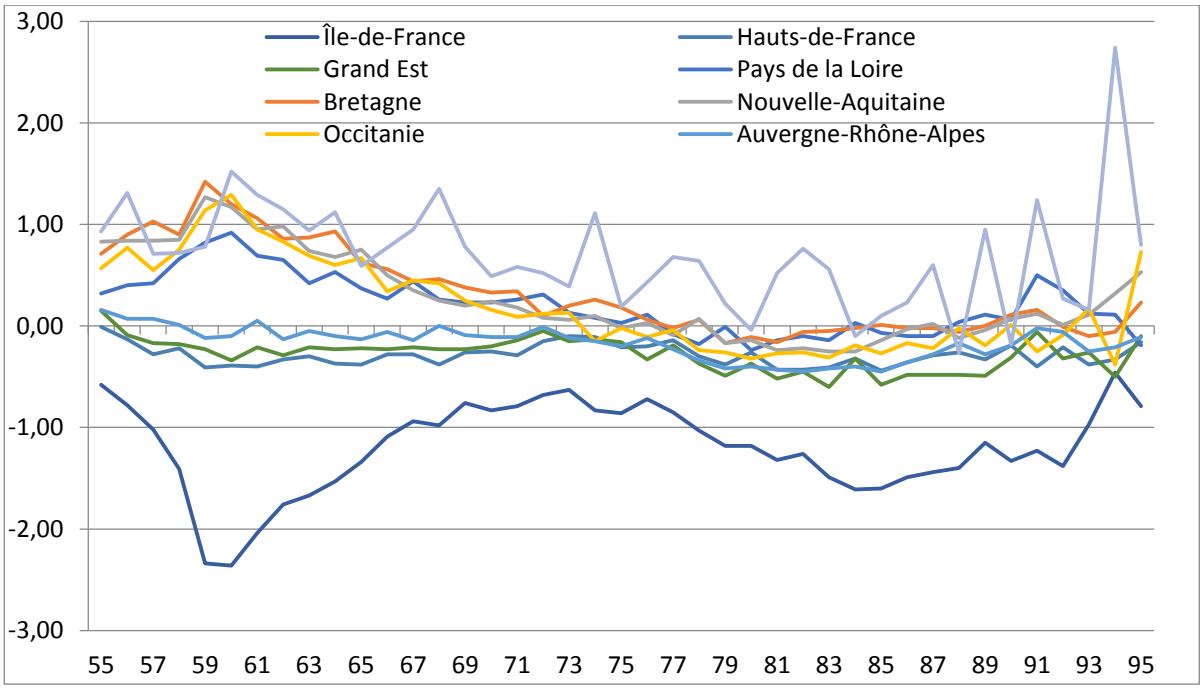
Tiré de Froment et al., 2013.
Sources : Données *APA, 2006-2007 et modèle Destinie (INSEE).*

[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 2050[15]. 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, 2018[16]) se poursuivra. Les différences de mortalité, de fécondité mais surtout de mouvements migratoires entre départements et régions influeront 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 connaitraient 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.

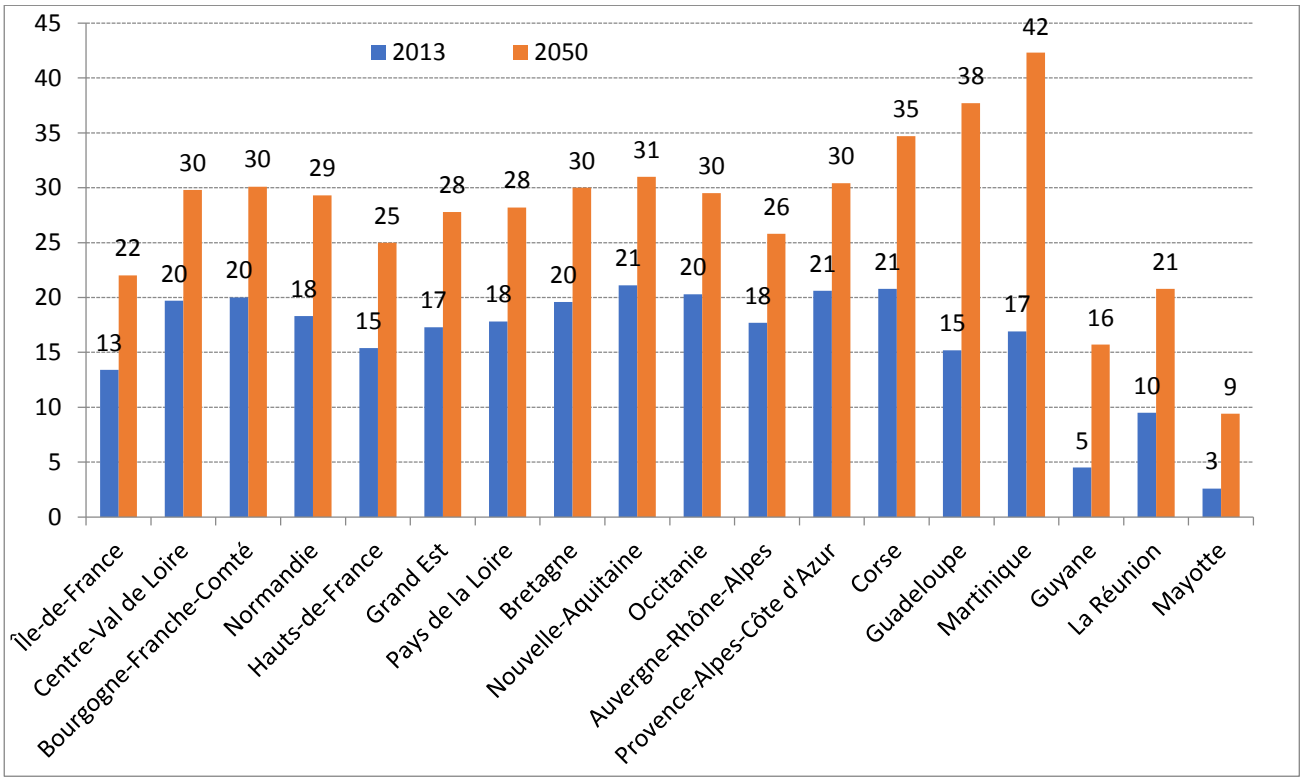
En termes de vieillissement, mesuré par la part des 65 ans et plus dans la population totale, l'Île-de-France, les Hauts de France et Auvergne-Rhône-Alpes demeureront en dessous de la moyenne nationale (graphique 6). La Corse, La Guadeloupe et la Martinique connaîtront une hausse importante de la part 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 %)

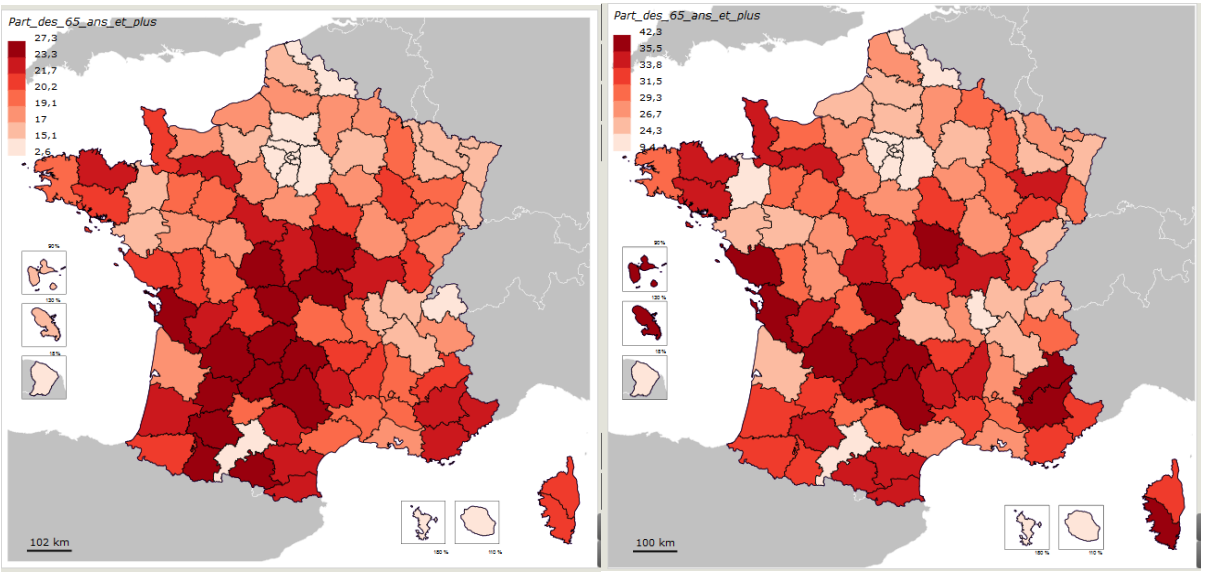


Source : INSEE, Omphale 2017, scenario central.

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

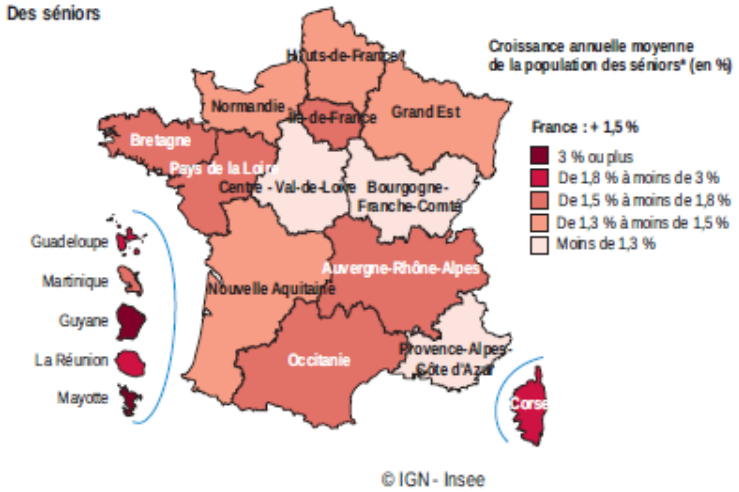
En 2013 **En 2050**



Source : INSEE, Omphale 2017, scenario central.

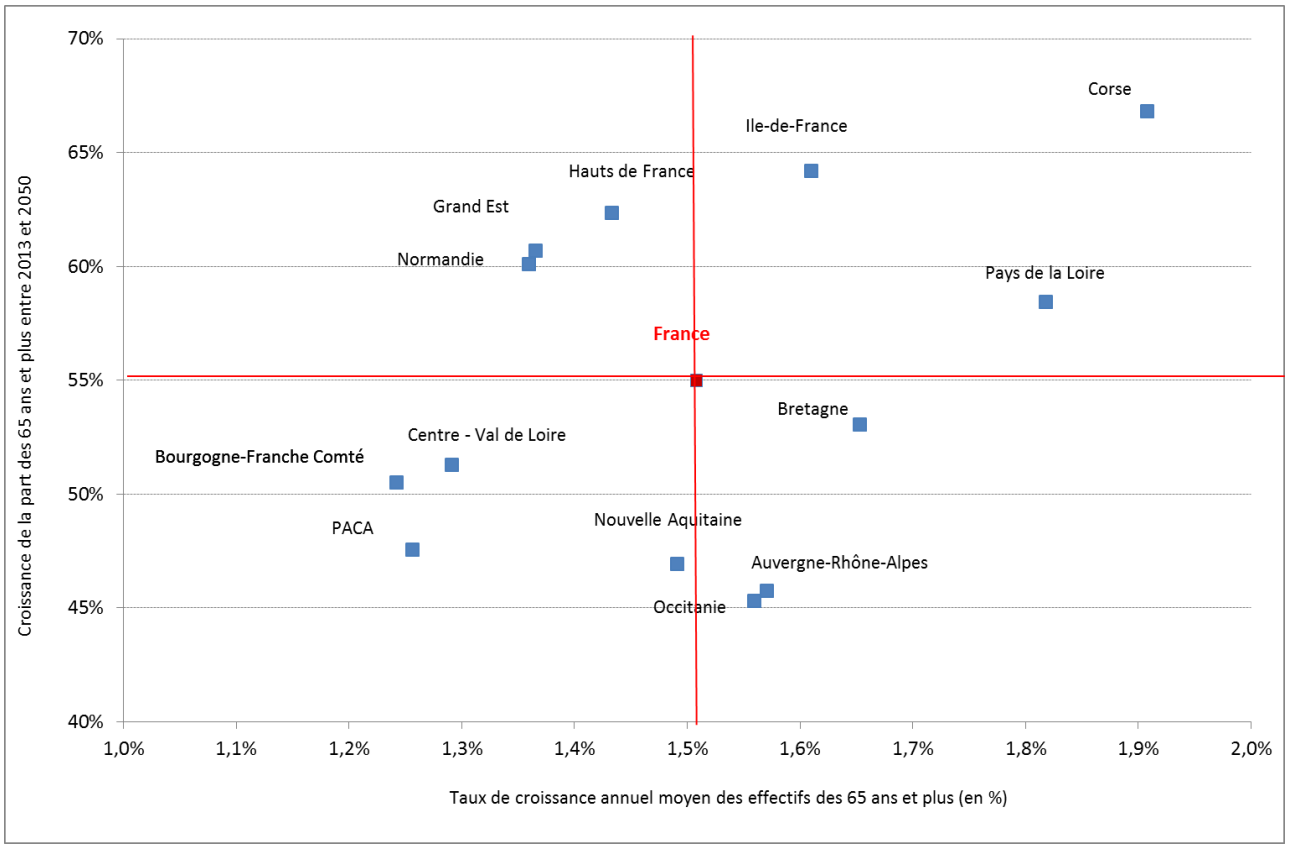
Comme on l'a indiqué dans le tome 1, plusieurs indicateurs sont nécessaires pour cerner le vieillissement différencié des territoires. La part des 65 ans et plus dans la population en est un mais elle n'est pas forcément parallèle à l'évolution des effectifs des 65 ans et plus, l'évolution du reste de 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 , scenario 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 région[17]

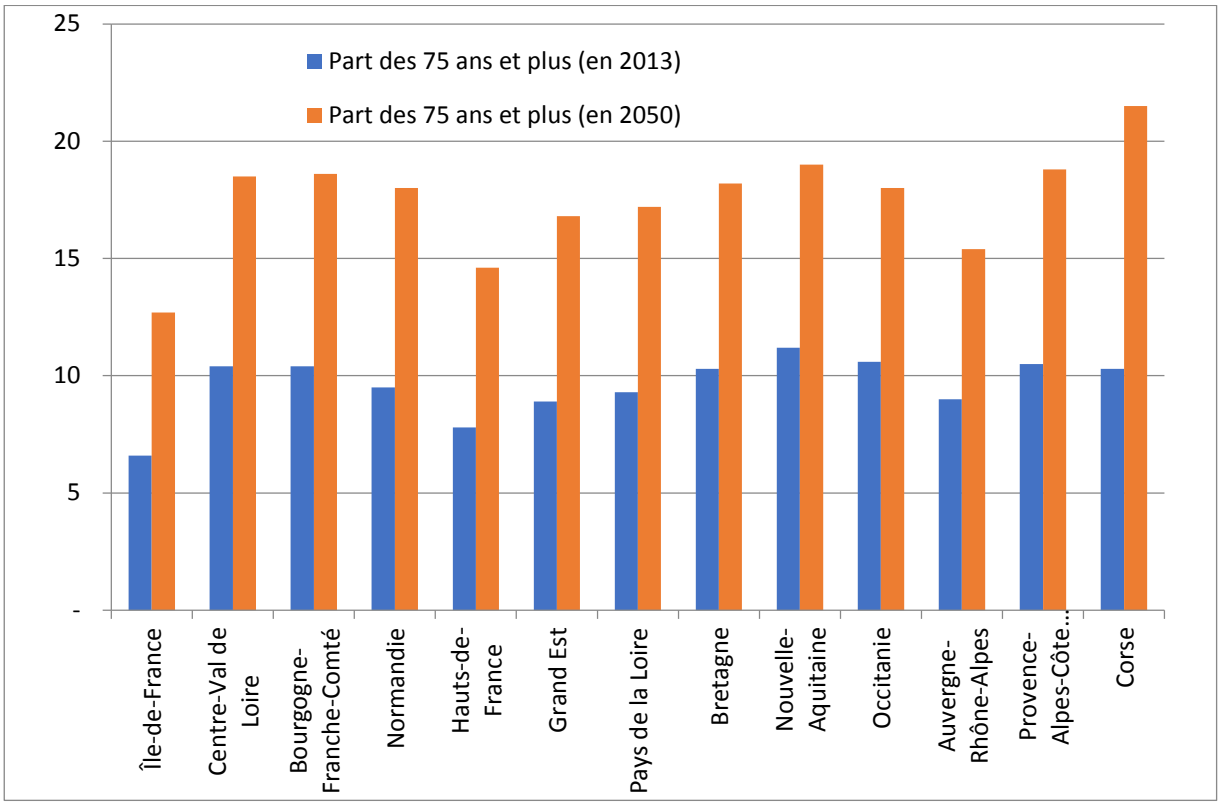


Lecture : entre 2013 et 2050, la part des 65 ans et plus augmenterait de 55% en France et le taux de croissance annuel moyen de la population des 65 ans et plus serait de 1,5%.
Source : INSEE, Omphale 2017, scenario central.

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%).

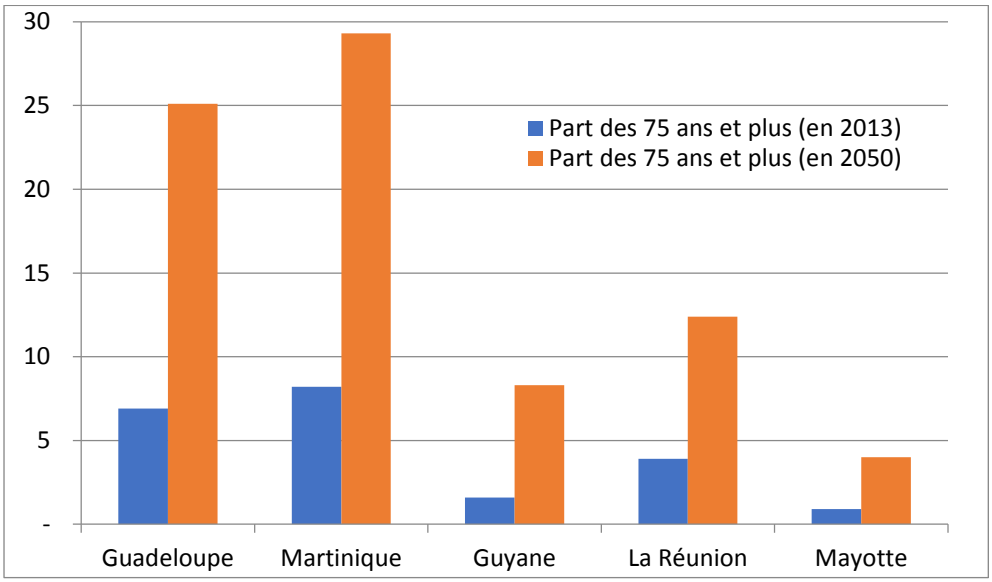
Graphique 8. Evolution de la part des 75 ans et plus dans la population (en %), 2013-2050, France métropolitaine



Source : INSEE, Omphale 2017, scenario 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, scenario 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 réside[18] : 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

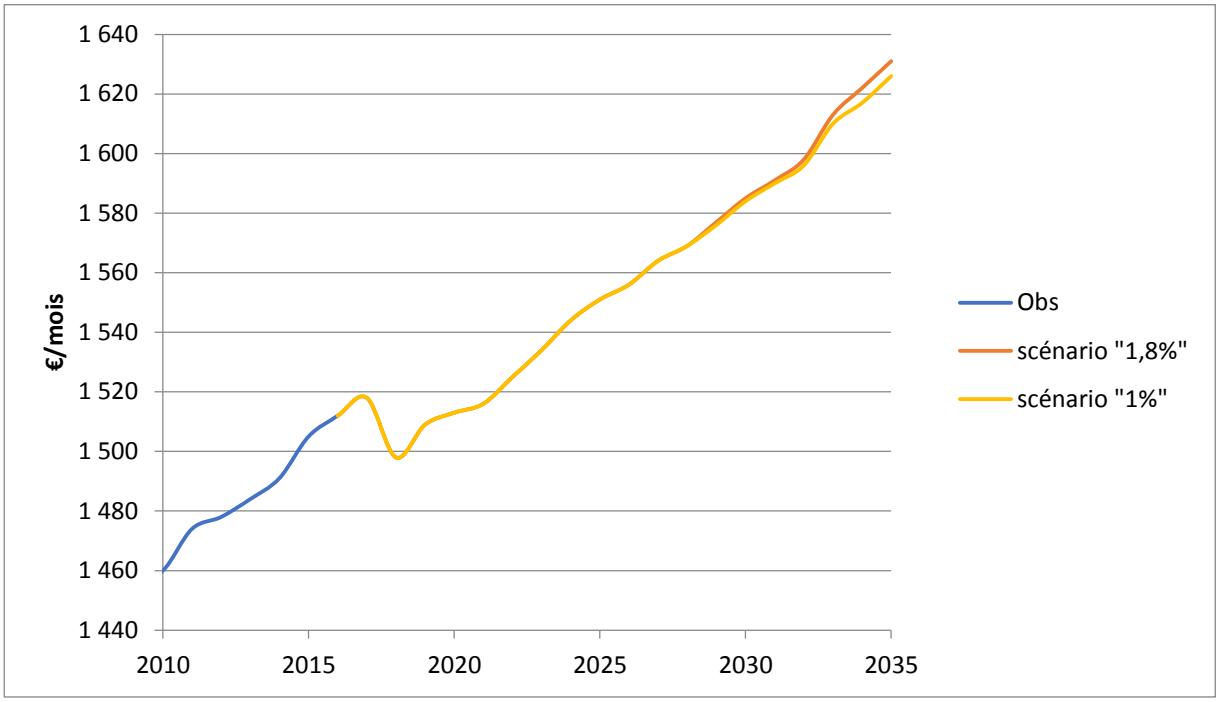
[18] CGET, 2017, « Vieillissement de la population : un processus qui touche aussi les quartiers prioritaires de la politique de la ville », En Bref, N°44.

métropole sont aussi concernés par ce vieillissement important. La Corse du Sud[19], 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 €/mois[20]. 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'aide[21].

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

[20] Rapport annuel du COR, 2018

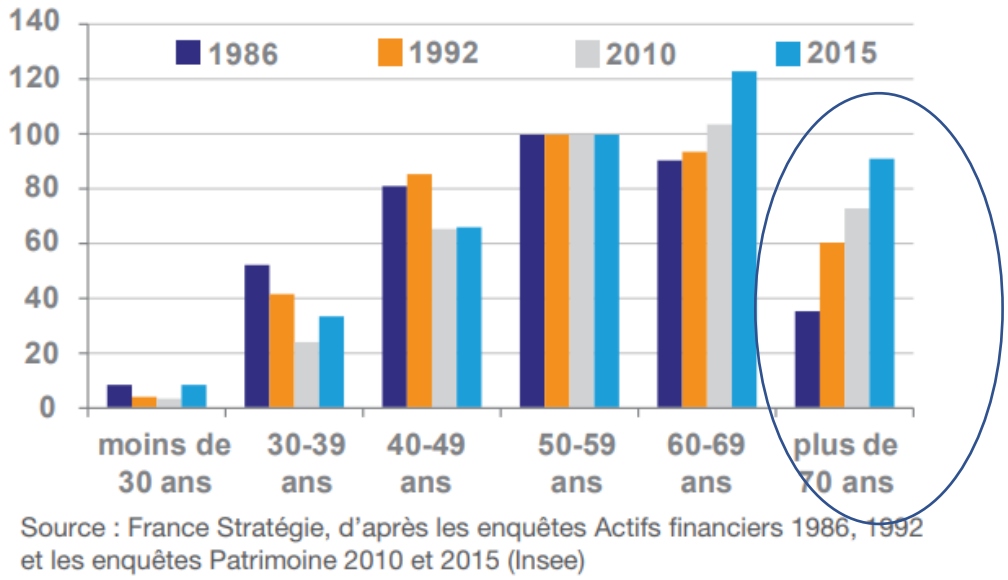
[21] Puisque les bornes du barème qui le définissent évoluent comme les prix.

Par ailleurs une augmentation plus rapide des coûts des services médico-sociaux par rapport aux pensions de retraite[22] 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 faible[23].

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 croitre 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 2030[24]. 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 caractéristiques

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 retentissent-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 2010[26]. 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 ans[27]. 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 revenu[28]

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'accentue 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 anglaise[29] 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 entres 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 bistrots 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 HCSP[30], « d*es 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 étude[31] 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 logement[32] (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 Vieillissement 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 simulation[33] 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 comorbidité[34].

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 étudié[35]. 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 HAS[36], 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 Toulouse[37] 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 âges 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 dont 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 Paerpa[38] qui vise à expérimenter un processus de réorganisation des parcours de soins à l'échelon d'un territoire défini[39].

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 HCAAM[40] 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 médicamenteuse[41]. 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 polypathologie 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 littérature[42] 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 chutes[44]. 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, Vieillissement 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'INSERM[45] 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 central[46], 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 publique[47] 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 démence[48]. 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 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 passées[49] :

- 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 grandeur 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'INSERM[50] 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 simulations[51] 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 intervention[52].

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 lentement[53].

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 Lancet[55] :

- 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 multidomaines 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 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 base[56] 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 vieillisse (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 accroitre les actions collectives et à plutôt contenir les dépenses d'aide-ménagère[58].

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 SOINS[59]

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 aigu[60]. 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'examens 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 préfèreront 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 liberté[61]. 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, observe 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 nouveau[62]. 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 territoires[63], 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 et 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 vie[64]. 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 référence[65].

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 infirmiers[66], intégrant le programme de soins soumis à l'avis du médecin traitant. Les évolutions des missions des infirmiers doivent leur permettre de différentier 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 polypathologies) 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 polypathologiques 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 chirurgien 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 débuter 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 sociale[68], 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, *Vieillissement, 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 apparait 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

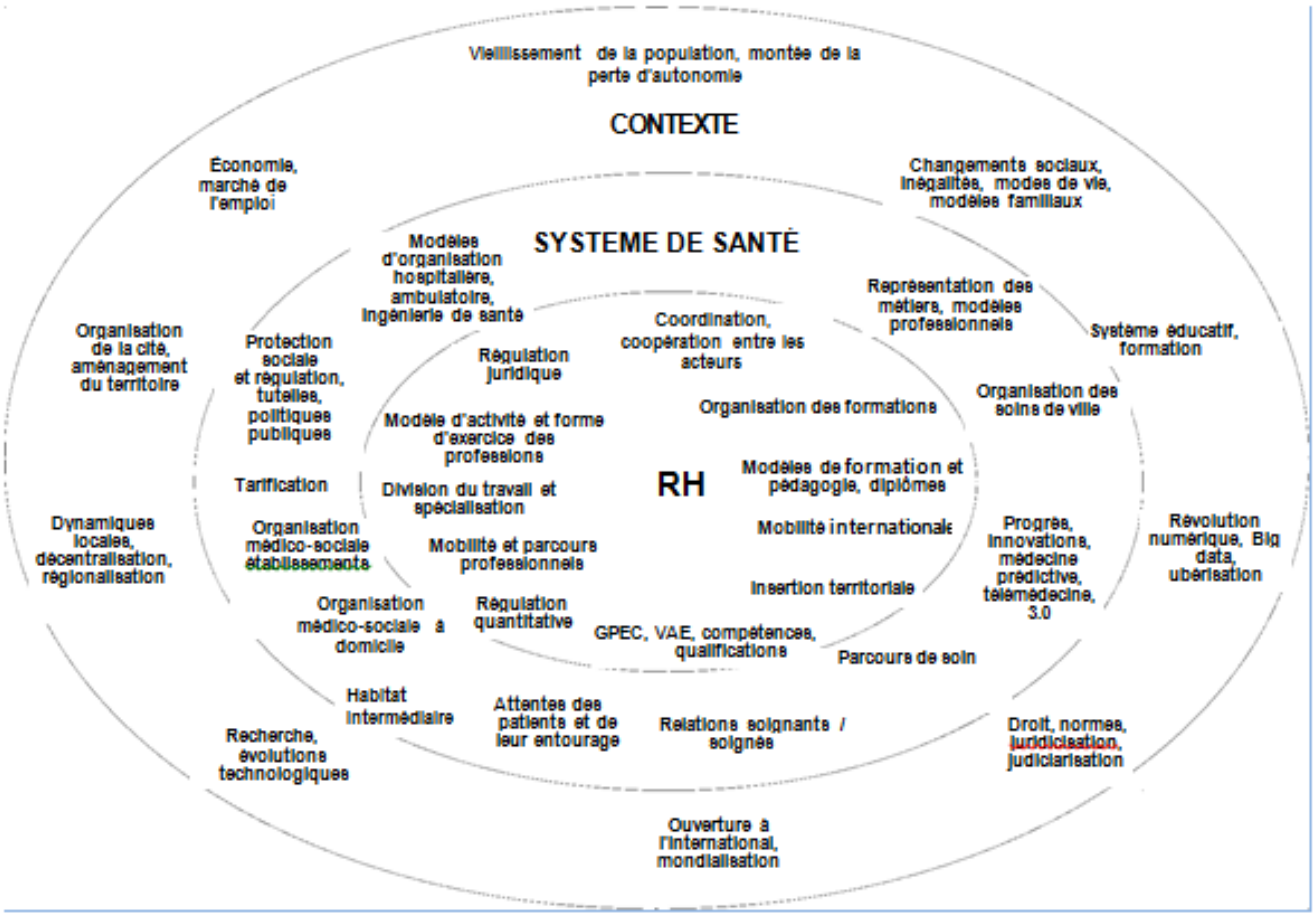
L'anticipation en matière de ressources humaines nécessite de réfléchir aux grandes évolutions de la société, de repérer les mutations d'ensemble qui impacteront directement ou indirectement les systèmes de santé et d'action sociale, parmi lesquelles le vieillissement et la montée du grand âge et de 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'efficience 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 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 avancées[71] 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 Berland[72].

---

[69] Organisation mondiale de la santé, *Former les personnels de santé du XXIe 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 population[73]. 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 publique[74].

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 avis[75] 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 1re 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'équipes[76].

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 2010[77], 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 formation[78]. 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 hémato-oncologie ; 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 Delamaire 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 plus[79]. 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 France[80]. »

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 travail[81], 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 2015[82]. 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 gérontologie 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 influer 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.

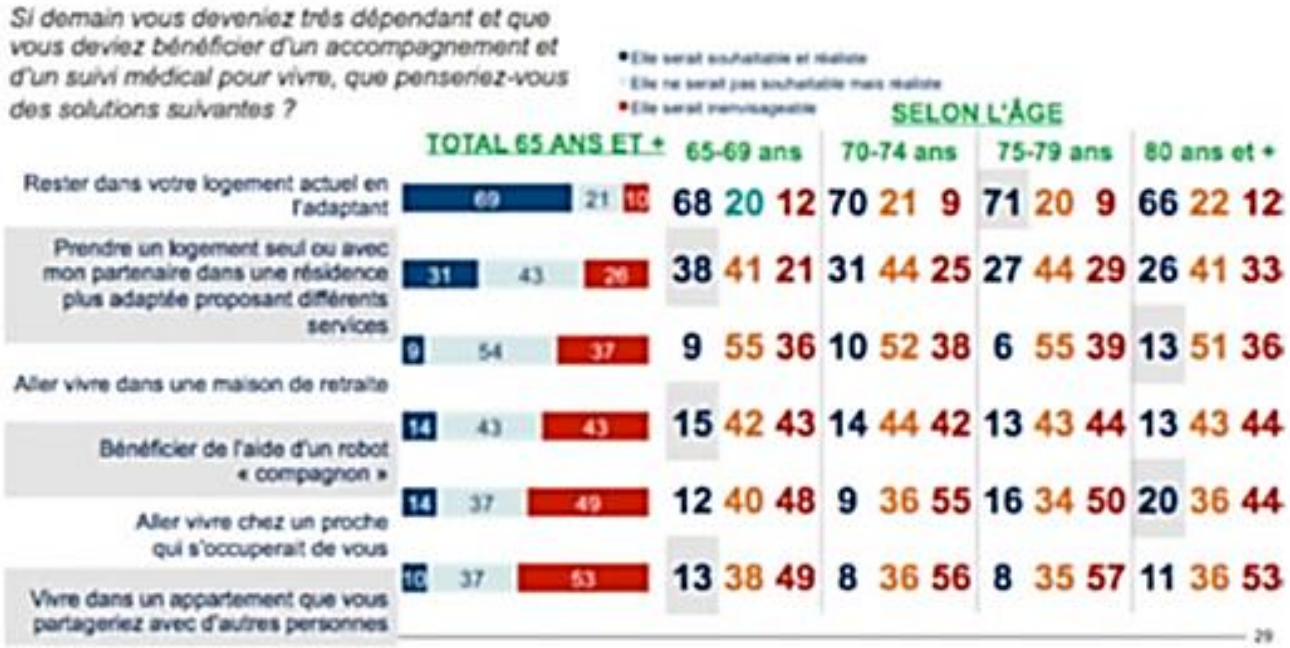
III) LIEUX DE VIE

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 plafonds[83] 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 2016[84] 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 frustres 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 prix[85]. 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'efficience.

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.

besoins[86]. 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 mutidimensionnel 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 GIR[87].

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

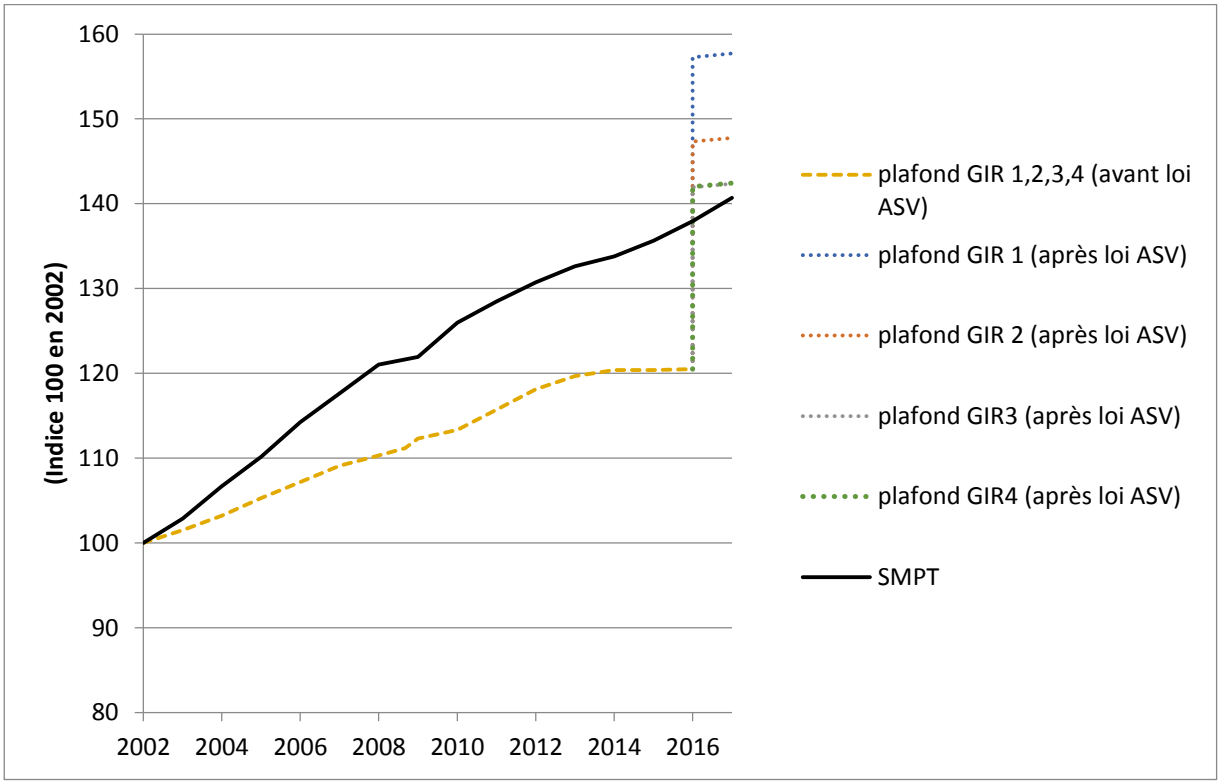
Même si le niveau des plafonds n'a d'importance objective que pour la minorité des allocataires dont le plan d'aide est saturé, il est important que les plafonds soient correctement indexés. Ils sont actuellement indexés sur les prix[88].

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 réglé 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 apparait 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 connaitre 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 Centre 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 refus[91]. 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 connectés[93]. 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 2017[94].

---

[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 domicile[96] 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 fréquents[97].

La Fondation de l'Avenir fait un bilan des offres de la Silver économie[98] : « *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 technologies[99] : 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 economie.

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'efficience 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 inscrite 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 professions 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 2011[100] 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 sens[101].

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 2012[102], 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 type[103] 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 comptes[104] 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

2017[105] 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 efficience, 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 logement[106] 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 avancé[107]. 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 domestique[108]. 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 tous[109]. L'exemple est souvent pris d'une 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 générales[110] font le constat de la disparition de repères nationaux, fédérateurs et susceptibles de rationnaliser 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 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), 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 parait 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 créé 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 apparait 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 départements[111]. 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 salariés[112].

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.

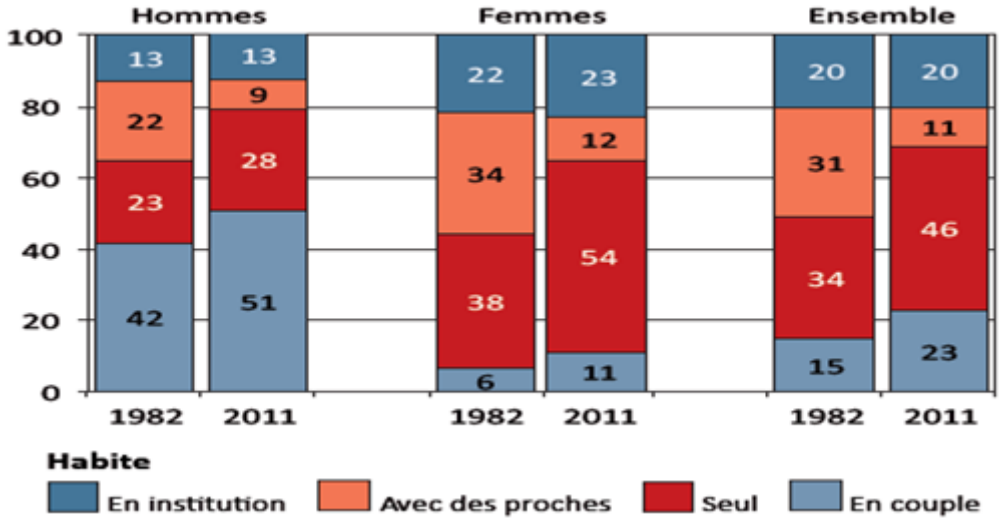
b) La proximité géographique entre personnes en perte d'autonomie et aidants

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'UNAF[114] 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 (aménagements d'horaires et travail à temps partiel que des règles d'opposabilité pourraient faciliter, congés adaptés, indemnisations 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 apportés 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 aidants[115] mises en place dans le cadre du 3ème 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 MAIA[116] 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 évènements 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 rémunéré[117] 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 5h5[118] 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 indemnisations. 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 heures[119] et pour les durées retenues pas les équipes de la MDPH ;

- l'inclusion du besoin de répit dans les plans personnalisés[120] ;

- 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 complétement 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'HT[121] (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.

territoires[122]. 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 juridiquement[123]), 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 heurs 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 nécessité 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 REGROUPE[124] : 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'autonomie[125]. 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 bénéfices sur le cœur des villes où elles s'implantent d'un point de vue social, économique et immobilier[126]. 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 publics[127]. Dans un contexte budgétaire contraint, ces habitats peuvent apparaitre comme moins couteux 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 solidaire[128], 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 réfléchie 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'un 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 médicosociale. Ce rattachement au champ social et médicosocial 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 », loi ASV donne une nouvelle légitimité aux résidences autonomie. Celles-ci seront amenées à accueillir des personnes en partie plus âgées et moins autonomes. A la fonction sociale de ces résidences pourrait ainsi s'ajouter une mission plus gérontologique.

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 couteuses ?

- 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'opinion[130] 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 dédiée[130]. 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 lucratifs[131] 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 alternatif[132]. 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 gérontologique, 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 gérontologique

Il apparaît nécessaire de clarifier le rôle et les missions des résidences services dans le champ gérontologique, 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 terrain[133] 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 bourguigogne 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 WD » 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 Leenardt[134], 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 autrement[135], 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 désinstitutionalisation, 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 DGCS[136] 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 :

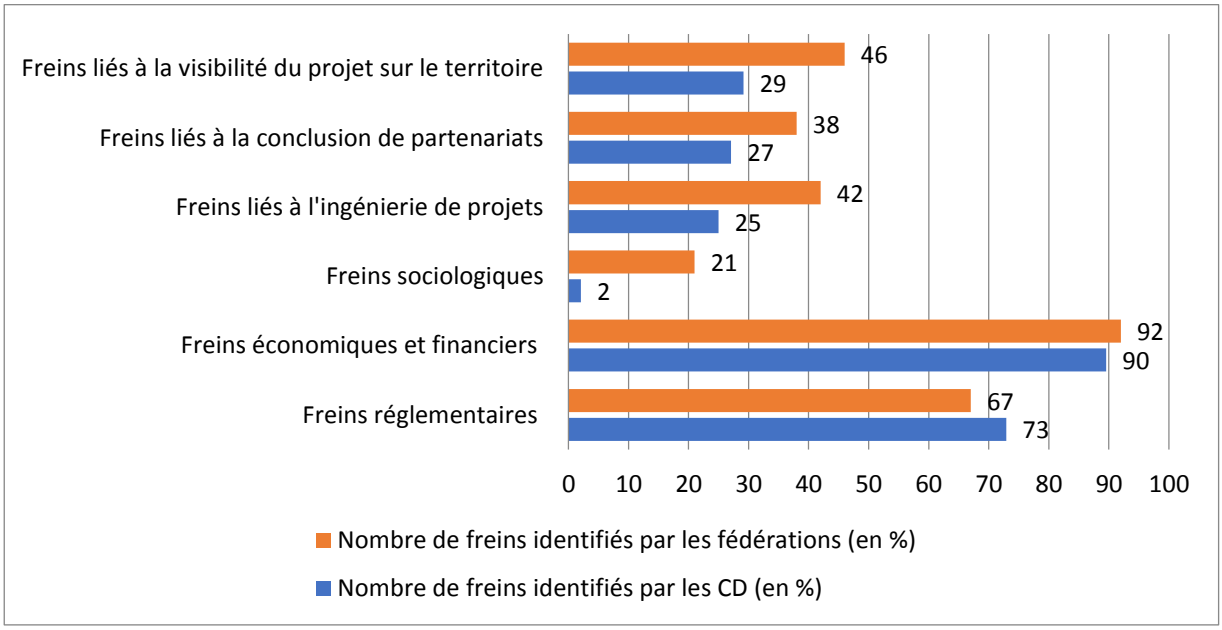
1/ des difficultés d'ordre économique et financier résultant de la fragilité des modèles économiques de ces habitats (difficultés à mobiliser des financements pérennes, gestion des vacances locatives, réévaluation des plans d'aide). Ceci constituerait la principale cause d'échec des projets qui n'ont 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

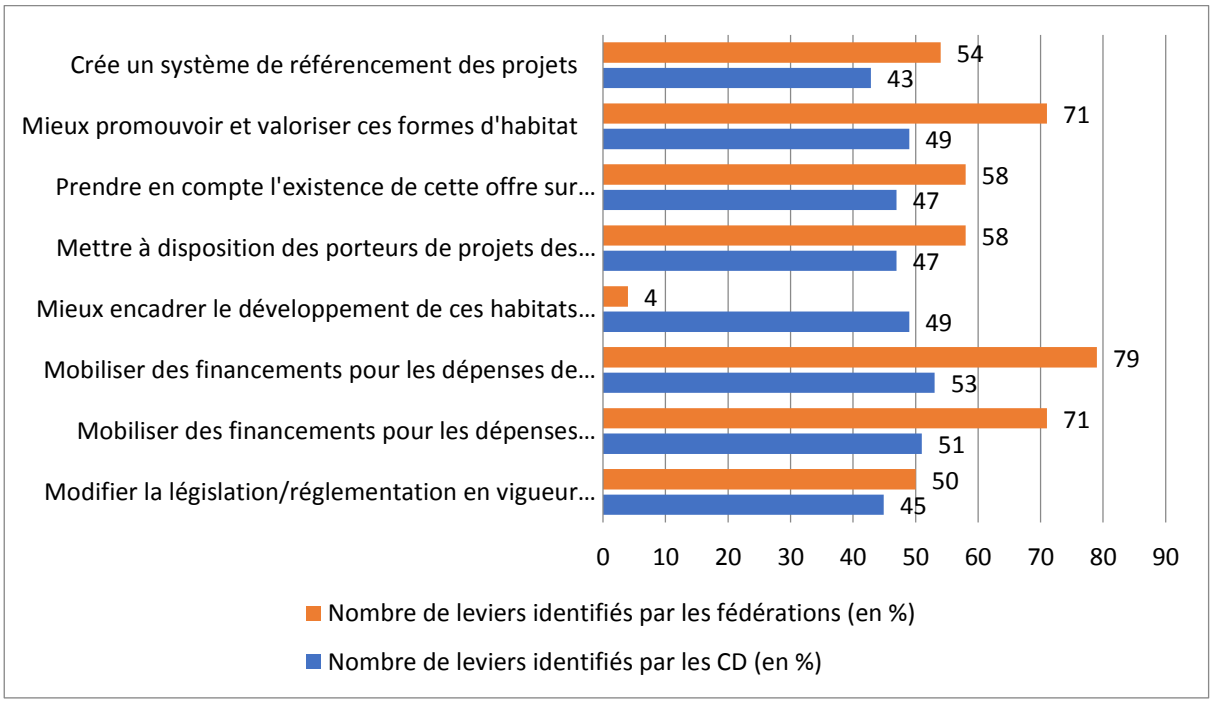
Graphique 14. Types de freins identifiés par les Conseils départementaux et les fédérations (en %)



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 âgées[140], 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 local[141] : 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 inclusif[142] 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 autonomies 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 lisibilité 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'aide[143].

c) Sécuriser le modèle économique des habitats

La fragilité du modèle économique des différents types d'habitat peut constituer un frein à leur développement[144]. 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, partages les bonnes pratiques, dégager des financements, etc.) ;
- faciliter les partenariats sur ces projets.

e) Promouvoir la qualité et la bientraitance

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 réfléchie 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 importants[145], 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 public[147]

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 20ème 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 important[148], 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[149]. 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[150]. 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 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 développement 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 4ème 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 établissement[151].

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 2017[152]. 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 venir[153], 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 séniors 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 efficience?

[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 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 20159. 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'usager, 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 » défaillantes 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 suivante[156] :

- réduire le taux d'hospitalisations « évitables » ;
- optimiser le parcours intra-hospitalier (efficience 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 déployer[157] ;
- on a de vraies difficultés à accueillir les innovations[158]. D'où l'importance de s'appuyer sur le bagage professionnel[159] 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 services[161] 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 territoriale[162] 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 rédhibitoire 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 entrait 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 public[163]. 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 FINESS. 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 DREES[164] publié 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'usager comme du sien. » ;*

[164]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

- 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 interchangeables 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 défaillante 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 4[165]. 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 2017-2023[166].

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 originel : 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 2004[168]

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 RETOMBEES 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 mortalité[i].

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 2000[ii].

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 maitrisée, 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 génétique[iii])***

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° et 11°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 séniors 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 polypathologie (4 à 6 maladies en moyenne). Elles n'entrainent 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 médicale[169] (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 suivi sur chaque territoire sur chacun des risques identifiés : part des personnes sédentaires, part de consommation de benzodiazépines…

QUELLES RETOMBEES ECONOMIQUES ?

[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 -EVSI), 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 EVSI. 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 influer 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 explianed.*

[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 Geriatrcs 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 créé 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 relève 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 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 bientraitance, dans une approche intergénérationnelle.

Adresse postale : 14 avenue Duquesne - 75350 Paris 07 SP

Le HCFEA est membre du réseau France Stratégie