



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

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

**Rapport adopté le 7 novembre 2018**

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) pour que leurs Conseils étudient ce que pourrait être la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie à l'horizon 2030.

Cette saisine appelle six remarques préalables.

### **1) Nécessité d'une nouvelle terminologie pour le grand âge**

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 », « soutien 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**

Il 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, augmente sensiblement.

Cet horizon est suffisamment proche pour que les prévisions démographiques concernant la population en perte d'autonomie et celle des aidants familiaux soient (quasi) certaines. Il est par ailleurs peu probable que des 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 prendra du temps ; il n'y a pas lieu d'en attendre un effet majeur sur le taux de prévalence de la perte d'autonomie à l'horizon retenu.

### **3) Importance des choix de politique publique**

La répartition des types de prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie dépend très largement de facteurs politiques (la consolidation de la politique de soutien à domicile, le développement de structures d'habitat alternatif, l'organisation des services médicaux et sociaux « de proximité », l'évolution des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes – 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<sup>1</sup>, 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) Analyse rétrospective du rapport 2006 de France Stratégie**

Elle montre que nous n'avons pas atteint ou que nous ne sommes pas en état d'atteindre deux objectifs jugés majeurs à l'époque : la progression du taux de bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile et le développement de solutions d'hébergement temporaire.

---

<sup>1</sup> 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.

## **5) Besoin de connaissance**

Dans un cadre incertain, il convient en priorité de définir les outils permettant de suivre en temps rapproché les évolutions en cours et de redresser les politiques qui nous éloigneraient du scénario retenu par 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 à l'horizon 2030 implique une analyse de données prospectives de nature démographique, financière, médicale, sociologique, ou encore politique.

Mais elle doit aussi, nécessairement, être appréhendée sous un autre prisme : celui tenant à un choix de société et à des 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.

## **I) DONNEES DE CADRAGE DES PERSONNES AGEES EN SITUATION DE PERTE D'AUTONOMIE (ALLOCATAIRES DE L'APA)**

### **A) Effectifs**

Fin 2016, près de 1,3 million de personnes bénéficiaient de l'APA, soit près de 8 % de la population française âgée de 60 ans et plus.

Le recours à l'APA est très fortement croissant avec l'âge : il atteint 46 % chez les 90-94 ans et 83 % chez les 95 ans et plus.

La diminution de la prévalence par âge de la perte d'autonomie, que semblent mettre en évidence les données récentes, freinerait la hausse du nombre de bénéficiaires induite par le vieillissement démographique de la population.

Faute de données homogènes et stables dans le temps, on ne dispose pas aujourd'hui d'informations suffisamment solides pour décrire de manière certaine l'évolution de la prévalence de la perte d'autonomie sur l'ensemble de la population âgée (qu'elle vive à domicile ou en établissement). Les travaux connus tendent cependant à mettre en évidence :

- pour les individus vivant à domicile : une diminution de la prévalence par âge des limitations fonctionnelles et restrictions d'activité sur les dix dernières années. L'augmentation induite de l'espérance de vie sans incapacité impliquerait donc un recul de l'âge moyen auquel apparaissent les restrictions d'activités. On observe cependant également un allongement de l'espérance de vie avec des incapacités : les durées en situation de perte d'autonomie tendraient donc à s'allonger ;
- pour les individus en établissement : on observe dans le temps une population en moyenne plus âgée et moins autonome au moment de l'entrée. La durée de séjour est en revanche stable depuis quasiment 10 ans, ce qui pourrait indiquer qu'une part croissante des années vécues avec des incapacités est vécue en domicile ordinaire.



## Les personnes âgées fragiles ou en risque de perte d'autonomie

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. La littérature épidémiologique montre que la fragilité, associée à la survenue d'événements indésirables de santé (hospitalisation, chutes, etc.), est un important facteur de risque de perte d'autonomie. Les personnes âgées fragiles constituent à ce titre une cible prioritaire des actions de prévention.

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

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. Une estimation plus précise serait cependant nécessaire.

### B) 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.

Fin 2016<sup>2</sup>, 757 385 personnes (soit 59% des bénéficiaires de l'APA) relèvent de l'APA à domicile, appellation qui regroupe les personnes résidant à leur domicile, au domicile d'un proche, en accueil familial ou en habitat alternatif ou regroupé (résidences services, résidences autonomie, habitat inclusif décrits infra).

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 et les habitats inclusifs représenteraient aux alentours de 155 000 personnes<sup>3</sup>, 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 autres que le conjoint<sup>4</sup>.

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

### C) Caractéristiques sociodémographiques

Les informations recueillies par les Conseils départementaux auprès des bénéficiaires de l'APA (à domicile ou en établissement) et collectées par la DREES montrent que fin 2016 :

- 79 % des bénéficiaires de l'APA sont âgés de 80 ans ou plus ;
- 73 % sont des femmes ;
- 74 % sont sans conjoint (données de 2011) ;
- 8 % des bénéficiaires sont en GIR 1, 27 % en GIR 2, 21 % en GIR 3 et 44 % en GIR 4 ;

<sup>2</sup> Données DREES, Enquête aide sociale

<sup>3</sup> Cf. estimation approximative section B du III

<sup>4</sup> Gaymu et Trabut (2016)

- leur revenu mensuel moyen est de 1 275€/mois (données de 2011).

Les bénéficiaires de l'APA résidant en établissement sont en moyenne plus âgés, caractérisés par un degré plus élevé de perte d'autonomie. Ils bénéficient d'un réseau familial moins étoffé (plus souvent sans conjoint, moins d'enfants) et d'un revenu en moyenne plus élevé que les bénéficiaires de l'APA à domicile.

Sans disposer d'analyse très fine sur le patrimoine<sup>5</sup> des personnes âgées résidentes en EHPAD, on estime qu'environ un quart d'entre elles sont encore propriétaires d'un logement principal (sans que l'on sache s'il est occupé par un conjoint)<sup>6</sup>.

Dans son rapport de 2014, la Fondation de France estimait à 27% la proportion de personnes âgées de 75 ans et plus en situation d'isolement. Le handicap ou la perte d'autonomie sont fréquemment évoqués comme étant à l'origine de la solitude, surtout lorsque ces personnes sont confrontées à la pauvreté et à la précarité. Inversement, 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.

#### **D) Localisation géographique**

La part des bénéficiaires de l'APA parmi les personnes de 75 ans ou plus varie fortement selon les départements : de moins de 18% à plus de 35% (Figure 1). Elle est de 21% en France en moyenne (hors Mayotte).

Cette variabilité s'explique par de nombreux facteurs : état de santé des individus et caractéristiques sociodémographiques (revenu, sexe), caractéristiques du département (taux d'équipement en EHPAD, revenu fiscal par habitant, importance de l'aide sociale départementale). L'intégralité de la variabilité ne s'explique cependant pas par les caractéristiques observées, sans qu'il soit possible d'évaluer la part des écarts restante attribuable à des pratiques différenciées des départements dans la mise en œuvre de l'APA.

## **II) ETAT DE SANTE ET PRISE EN CHARGE DES SOINS**

### **A) Etat de santé des personnes âgées**

#### *1) Les enjeux principaux*

Les données sur l'état de santé des personnes âgées font bien ressortir quatre enjeux principaux :

- le rôle majeur de la prévention, tout au long de la vie, pour éviter le développement de maladies chroniques, dont le retentissement peut être important en termes de limitations fonctionnelles. Aux âges élevés, la prévention permet de mieux prendre en compte la fragilité (on pense à la prévention des chutes, par exemple) ou pallier des déficiences à fort

---

<sup>5</sup> La connaissance du patrimoine des personnes âgées devrait être approfondie. Il permettrait sans doute de mieux comprendre le taux de non-recours à l'aide sociale à l'hébergement (estimé à 75%) lié en partie à la récupération sur succession prévue pour cette prestation.

<sup>6</sup> Au même âge (85 ans et plus), ils sont 50% dans ce cas en ménage ordinaire.

- impact en termes d'autonomie (on pense à la perte d'audition, aux problèmes de vue ou aux problèmes dentaires, trois sujets pour lesquels le reste à charge zéro devrait bénéficier en premier lieu aux personnes âgées) ;
- 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 aiguë 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.

### Repères quantitatifs sur la santé des personnes âgées

#### Santé perçue et causes de morbidité des personnes âgées

Avec l'âge, la santé perçue évolue négativement. 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.

Avec l'âge, les maladies chroniques augmentent : 70% des 85 ans et plus déclarent souffrir d'une maladie ou d'un problème de santé chronique (contre un tiers de la population de 15 ans ou plus). Au-delà de 75 ans, la poly-pathologie est un phénomène fréquent.

#### Santé fonctionnelle : incapacités et dépendance

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. Pour les personnes vivant à domicile, les limitations fonctionnelles concernent moins de 5% de la population avant 40 ans et 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.

#### Consommation de soins de ville chez les personnes âgées

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 puis des dépenses en actes infirmiers.

#### La poly consommation médicamenteuse

La moitié des personnes âgées de 75 ans ou plus consomment 7 molécules médicamenteuses différentes de manière régulière.

#### Hospitalisations

Les personnes âgées sont plus souvent hospitalisées 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. La part des hospitalisations non programmées passe de 31,3% chez les 65-74 ans à 60,2% chez les 85 ans ou plus. 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.

Environ 17% des séjours sont suivis d'une ré-hospitalisation dans les 30 jours à partir de 65 ans. Les taux de recours aux urgences 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%.

## 2) Le poids de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées (MAMA)

La maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées (MAMA) font partie des maladies neurodégénératives d'évolution progressive, c'est-à-dire des pathologies liées à des lésions cérébrales caractéristiques, conduisant à la mort des neurones et à la destruction du système nerveux. Elles seraient à l'origine de 70% des syndromes démentiels. Il y a encore beaucoup d'incertitudes dans la connaissance de ces pathologies. Pour certaines d'entre elles, des facteurs génétiques ont été mis en cause : il y aurait environ 2% des maladies d'Alzheimer de forme héréditaire. Mais la plupart survient de manière isolée.

Selon les estimations issues des cohortes populationnelles, seules sources de suivi épidémiologique disponibles, il y aurait en France entre 900 000 et 1 million de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée<sup>7</sup>. 550 000 personnes sont suivies médicalement, dont 350 000 bénéficient d'une prise en charge au titre d'une affection de longue durée.

Seul un patient sur deux atteint de la maladie d'Alzheimer, serait diagnostiqué, et un patient sur trois à des stades précoces. 40% des malades sont des hommes.

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. L'aide apportée aux personnes malades est principalement du ressort de son entourage (l'aide uniquement professionnelle concerne 21% de la population).

Selon France Alzheimer, le maintien à domicile est dans la grande majorité des cas la solution privilégiée mais peut nécessiter une organisation importante et complexe pour tous les services de soins et d'aide à la vie quotidienne. Il existe néanmoins 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 »*. Si la personne malade vit seule, la limite est atteinte plus rapidement.

En EHPAD, le taux de personnes atteintes de troubles cognitifs continue de progresser et atteint 57% selon les dernières données de la Fondation Médéric Alzheimer<sup>8</sup>.

Sous l'impulsion des différents Plans Alzheimer, les dispositifs d'accompagnement des personnes atteintes d'une MAMA et de leurs aidants se sont développés ces dernières années.

Sur la question du repérage, malgré l'absence aujourd'hui de traitement curatif de la maladie, la Haute autorité de santé (HAS) a reconnu dans ses recommandations de mai 2018 l'intérêt d'un diagnostic dès les premiers signes. L'enjeu pour la communauté médicale est de maintenir ou de

<sup>7</sup> Fin 2015, 166 712 personnes seraient atteintes de la maladie de Parkinson en France, cette maladie étant la seconde maladie neurodégénérative la plus fréquente après la maladie d'Alzheimer.

<sup>8</sup> Lettre de l'Observatoire de la Fondation Médéric Alzheimer n°49-50, 2018

garantir l'accès aux soins et d'éviter les ruptures et l'isolement en proposant un parcours de soins pluri-professionnel et multimodal, à partir d'une démarche de diagnostic gradué et personnalisé.

Sur la question de la prévention, le Haut conseil de santé publique (HCSP) a identifié des facteurs protecteurs et des facteurs de risque, pour lesquels il faut préciser que la nature causale n'est pas démontrée, et pour lesquelles la corrélation n'est pas de la même force pour tous les facteurs. Les facteurs associés à un risque augmenté sont notamment la présence de facteurs de risques cardiovasculaires aux âges médians de la vie (hypertension artérielle, diabète...), la consommation de benzodiazépines, de médicaments anticholinergiques... Les facteurs associés à un risque diminué sont notamment : un niveau d'éducation plus élevé, le régime dit méditerranéen, l'activité physique, les activités sociales et de loisirs.

## **B) La prise en charge des personnes âgées par le système de santé**

Certains problèmes d'action publique ne sont pas spécifiques aux personnes âgées ; ils sont simplement souvent exacerbés dans ce cas. Citons notamment :

- la nécessité de raisonner sur des parcours longs (des « parcours de vie ») ;
- la difficulté d'une bonne gestion dans un champ d'acteurs atomisés ;
- des problèmes de disponibilité des personnels pour des métiers courants ou de « nouveaux métiers » ;
- des problèmes de qualité des systèmes d'information, d'ingénierie locale et de signalement de la qualité (ou de la non-qualité) ;
- des problèmes d'accessibilité territoriale et financière ;
- des problèmes de soutenabilité financière à moyen et long terme ;
- le sous-emploi des solutions technologiques innovantes, structurantes ou palliatives ;
- une gouvernance publique dispersée entre plusieurs institutions et/ou échelons.

### ***1) Le vieillissement et la présence territoriale des soignants***

Les projections disponibles de la DREES ne confirment pas la perception d'un risque global majeur de pénurie de médecins à moyen terme, ni *a fortiori* celle d'une insuffisance globale future de ressources en professionnels de santé.

En termes globaux, les effectifs de médecins vont être impactés par la hausse du *numerus clausus* intervenue il y a une dizaine d'années et recommencer à croître à partir de 2025. Les évolutions sont évidemment contrastées selon les spécialités, et celles qui sont les plus directement concernées par la prise en charge du grand âge ne connaîtront pas forcément les évolutions les plus favorables.

Quant aux professionnels paramédicaux les plus mobilisés par la problématique du vieillissement – on pense aux infirmiers et aux métiers de la réadaptation –, leurs effectifs vont progresser dans des proportions importantes. Mais lorsqu'on rapporte cette progression aux effectifs de population de plus de 75 ans, l'appréciation est plus mesurée puisque les effectifs professionnels suivent globalement les besoins en population.



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. La répartition inégale des médecins, notamment des généralistes, est ainsi particulièrement marquée pour les plus jeunes d’entre eux. 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.

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 maison de santé pluri-professionnelle - MSP) rendent-elles compte, véritablement, des besoins des personnes âgées (en particulier si l’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 semble que nous n’ayons pas toujours pris la mesure de la problématique du vieillissement dans l’évolution des métiers et des effectifs ;
- le développement de l’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 inutiles 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 ?

La problématique « personne âgée » résume au final assez bien les maux du système mais on peut penser que les solutions apportées ne sont ni totalement appropriées, ni partout à la hauteur des enjeux.

## *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. Cette 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.

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 *versus* EHPAD, EHPAD *versus* domicile, cure *versus* care, exercice libéral *versus* 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 de services (ex : SSIAD – SAD<sup>9</sup>, HAD<sup>10</sup> – SSIAD) ;
- en diversifiant les lieux d'intervention (ex : au sein des EHPAD pour la HAD) ;
- en diversifiant les prestations des opérateurs (ex : pouvoir intervenir à domicile avec l'aide d'un service à domicile quand on est un EHPAD) ;
- en considérant le rôle organisateur sur le territoire de telle ou telle structure (ex : hôpital local, EHPAD – on a successivement 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, nous avons renforcé les formes de coordination et d'intégration (des Centres locaux d'information et de coordination gérontologique – CLIC –, aux Méthodes d'Action Intégration Autonomie – MAIA –, ou aux expérimentations Parcours santé des Personnes âgées en risque de perte d'autonomie – PAERPA –), cherché à unifier les autorisations et/ou le financement, nous avons confié en 2004 la responsabilité de la coordination gérontologique au département, en tant que chef de file de l'action médico-sociale et sociale, etc. Néanmoins, cela apparaît encore aujourd'hui insuffisant.

### III) LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE : L'OFFRE ACTUELLE

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 de ces services 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.

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

#### A) La politique de soutien à domicile

La légère augmentation du taux d'institutionnalisation ces dernières années – alors que l'on prévoyait sa baisse prononcée – renvoie pour partie à l'insuffisance de la politique de soutien à domicile.

---

<sup>9</sup> SSIAD : Services de soins infirmiers à domicile ; SAD : services d'aide à domicile ;

<sup>10</sup> HAD : Hospitalisation à domicile

## 1) L'APA à domicile : des plans d'aide bridés

### a) Une stagnation des plans d'aide observée depuis 2007

En 2011, la masse des montants notifiés des plans est proche de 4,4 milliards d'euros<sup>11</sup>. Les plans exécutés sont sensiblement inférieurs. La moyenne des plans notifiés fin 2011 est de 519€ par mois et la médiane de 466€.

Un quart des plans d'aide sont « saturés » en 2011. En cas de « saturation » du plan d'aides, les dépenses éventuellement effectuées au-dessus du plafond ne sont pas prises en compte par l'APA. Elles étaient certes partiellement couvertes à l'époque par la réduction d'impôt pour l'emploi à domicile. Mais cette réduction avait une portée limitée en 2011 : moins de la moitié des allocataires en bénéficiaient (il faut être imposable) et son montant était faible (notamment pour les personnes dont le montant de l'impôt était faible).

En termes d'évolutions, sur la période 2007/2011<sup>12</sup>, l'on constate<sup>13</sup> (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.

C'est une situation complexe à expliquer.

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.

Sur la période 2012/2016<sup>14</sup>, on ne connaît l'évolution qu'à partir des analyses financières globales. 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%. La baisse des plans a porté surtout sur les GIR 3 et 4, notamment le 4.

---

<sup>11</sup> 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.

<sup>12</sup> Enquête remontées individuelles APA, DREES, 2007-2011

<sup>13</sup> On avait fait le même constat dans le rapport de 2011 « Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées ».

<sup>14</sup> Enquête annuelle aide sociale, DREES.

## De fortes variations des plans personnalisés entre départements : rappel des conclusions du rapport de 2017

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

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.

*b) Des évolutions intervenues ou à attendre depuis l'adoption de la loi d'adaptation de la société au vieillissement (ASV) : une marge importante d'amélioration des plans d'aide*

Le relèvement important des plafonds devrait se traduire par le déverrouillage des plans saturés. Depuis 2017, les plafonds de l'aide publique (APA) ainsi que le passage d'une réduction à un crédit d'impôt pour l'emploi d'un salarié à domicile pour les inactifs, permettent de mettre en place des plans personnalisés élevés.

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

	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4
<b>Nombre d'heures</b>	78	63	45	30

Source : Calculs SG HCFEA.

Ces durées sont majorées de 57% en cas de recours au gré à gré (sur la base de 14€/heure).

La baisse sensible du reste à charge des allocataires liée au réaménagement du barème et à l'institution en 2017 du crédit d'impôt pour les inactifs devraient permettre 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.

La contrainte financière reste néanmoins forte 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

### a) Les aides déclarées

Le recours aux aides techniques est quasi systématique (86%) pour les personnes âgées de plus de 60 ans qui sont en situation de perte d'autonomie (le recours est plus modéré, de l'ordre de 25%,

pour celles qui ne sont pas dans cette situation). Les aides les plus fréquentes sont les aides au déplacement (14% de recours), suivies par les aides auditives (7%).

Pour les personnes les plus dépendantes (GIR 1 ou 2), le recours aux aides techniques ne dépend ni 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 (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 également le recours (l'équipement en téléalarme par exemple est déclaré par 11% des personnes vivant seules contre 4% en moyenne).

#### *b) Le financement des aides techniques*

##### - Financement par l'APA

Près de quatre plans sur dix incluent des aides techniques mais seuls 1,4% des plans d'aides sont totalement utilisés pour financer des aides techniques. Leur montant notifié médian varie peu en fonction du GIR. En 2015, sur un montant annuel d'aide par bénéficiaire de 4 385€ en moyenne, 5% est consacré aux aides techniques (219€).

Comme les aides techniques viennent en concurrence avec les autres éléments du plan d'aide<sup>15</sup> et que le niveau de ces plans est contraint, il est possible que le recours à ces aides soit insuffisamment couvert.

##### - Financement par l'assurance maladie

250 aides techniques sont prises en charge en tant que dispositifs médicaux dans le champ de la perte d'autonomie. L'assurance maladie a financé ces aides techniques en 2016 à hauteur de 660 millions d'euros pour les plus de 60 ans. Cela correspond à 11,8 millions d'aides accordées à plus de 2,4 millions de patients, remboursés sur la base d'un tarif de prise en charge et d'un taux de remboursement de 60%.

##### - Autres financeurs

Les caisses de retraite, les départements par leurs aides extralégales, et certains organismes complémentaires interviennent sans qu'on en connaisse leur ampleur.

L'IGAS a estimé que le système décentralisé et cloisonné ne permettait pas d'assurer la qualité de la réponse aux besoins des usagers. La mise en place des conférences de financeurs dans les départements pourrait permettre une avancée dans la gestion de ces aides.

### *3) Les aménagements du logement*

L'adaptation du parc de logements est 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 conditionne « à la fois la capacité des personnes à se mouvoir de façon autonome et le maintien des relations sociales ».

L'action sur l'adaptation du logement doit cibler les logements neufs et existants.

Depuis la loi du 11 février 2005<sup>16</sup> qui a rendu obligatoire l'accessibilité des locaux d'habitation, tous les logements neufs doivent respecter les normes concernant les circulations et les portes. Des

<sup>15</sup> à la différence de la Prestation de compensation du handicap (PCH) où les aides techniques font l'objet d'un élément autonome

<sup>16</sup> Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

normes supplémentaires s'imposent à la construction des logements en rez-de-chaussée ou en étages desservis par un ascenseur<sup>17</sup>, concernant notamment la cuisine, la chambre, les sanitaires, l'accès au balcon.

Un assouplissement sensible des normes d'accessibilité a été instauré en 2015<sup>18</sup> pour simplifier la réglementation applicable aux logements neufs, notamment l'instauration d'un principe d'adaptabilité du logement. En 2018, la loi ELAN<sup>19</sup> introduit d'une part, un seuil de 20% de logements neufs accessibles aux personnes dépendantes et d'autre part, la possibilité de construire des logements « évolutifs » (ou réversibles), accessibles en grande partie et pouvant être rendus totalement accessibles par des travaux assez simples.

L'enquête SHARE de 2006 faisait état d'un retard de la France en matière de logements adaptés aux personnes de plus de 65 ans. L'agence nationale de l'habitat (ANAH) avait évalué en 2011 à deux millions le nombre de logements qui auraient besoin d'être adaptés du fait de l'avancée en âge de leurs occupants. Les pouvoirs publics se sont donnés alors l'objectif d'adapter 80 000 logements aux besoins des personnes âgées entre 2012 et 2017 ; l'objectif a été atteint dès 2016.

De nombreux acteurs proposent des aides financières pour les travaux d'aménagement, dont les montants varient de 1 500 euros en moyenne pour des projets d'adaptation simple à plus de 40 000€ pour des projets d'adaptation lourde. La Cour des comptes<sup>20</sup> 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.

#### *4) Un déficit en services de proximité*

On ne dispose pas d'analyse fine et territoriale sur la présence de services de proximité (commerces, services, équipements notamment transports) et leur accessibilité pour les personnes en perte d'autonomie. Mais si la situation globale pour l'ensemble des personnes âgées est encore correcte (avec un bémol sur l'accès au médecin généraliste), on constate parfois un déficit de l'offre<sup>21</sup>.

#### *5) Les aidants*

##### *a) Effectif et caractéristiques*

Les aidants des personnes en perte d'autonomie sont nombreux (sur le champ de l'APA à domicile, entre 800 et 850 000, soit plus d'un aidant par allocataire). Il s'agit à 80% des conjoints et des enfants, pour la majorité des femmes.

39% des aidants occupent un emploi et 46% sont à la retraite. Leur âge moyen est de 58 ans.

Ce soutien est jugé comme « naturel » par de nombreux aidants, même si certains d'entre eux considèrent qu'ils n'ont pas le choix.

---

<sup>17</sup> ou pour lesquels une desserte ultérieure par un ascenseur est prévue dès la construction

<sup>18</sup> un décret et un arrêté du 24 décembre 2015 ont été publiés au Journal Officiel du 27 décembre 2015

<sup>19</sup> Loi portant évolution du logement, de l'aménagement et du numérique du 23 novembre 2018.

<sup>20</sup> Cour des Comptes, Le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie, juillet 2016

<sup>21</sup> Source : Insee, Base permanente des équipements.

### *b) Des formes variées d'aide*

- L'aide peut prendre la forme d'un hébergement au domicile d'un proche aidant (autre que le conjoint). 11% des personnes âgées de 85 ans et plus sont dans ce cas. Ce chiffre est en nette diminution (31% en 1982).

Cette aide donne lieu à une réduction d'impôt dont on ne sait pas si elle est toujours sollicitée par les hébergeants en cause. S'agissant d'une réduction d'impôt, elle ne concerne que les contribuables imposés et sa valeur augmente avec leur revenu.

- Les aides en espèces sont fréquentes ; mais on n'en n'a pas un compte fiable. Elles peuvent donner lieu à des aides fiscales.

- L'aide en nature est la plus importante.

Sur le champ de l'ensemble des bénéficiaires de l'APA à domicile, la durée moyenne de l'aide informelle par bénéficiaire est de 3 heures et 30 minutes (estimation sur des données de 2003).

#### **Valorisation de l'aide informelle**

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€.

### *c) De lourdes contraintes pour les aidants*

Les plus évoquées concernent leur santé, leur manque de disponibilité, la complexité des tâches d'organisation de la vie quotidienne des personnes qu'elles aident et les difficultés de concilier leur vie d'aidant et leur vie professionnelle.

Pour certains aidants (ceux qui aident des personnes en GIR 1 et 2 pour lesquelles l'aide médiane est de 5 heures et 15 minutes par jour ; ceux qui aident des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et des maladies associées), ces contraintes sont particulièrement lourdes.

### *d) Des attentes des aidants insuffisamment prises en compte*

- Le déficit le plus souvent invoqué par les aidants porte sur la faiblesse des fonctions d'accompagnement/information/formation dont ils ont besoin et qui ne sont pas bien remplies par les équipes du département.

- Bien que l'attribution d'heures de « répit » soit expressément prévue dans les dépenses éligibles dans le plan personnalisé, le recours à cette faculté semble faible et le déficit en hébergement temporaire ou en accueil de jour est prononcé (cf ; infra).

Les droits à la retraite sont minces (nettement en retrait par rapport au régime de la PCH dans le champ du handicap).

Le temps consacré à leurs proches par les aidants n'est pas indemnisé (là encore à la différence du régime de la PCH).

Pour les aidants actifs, l'aménagement des conditions de travail renvoie pour l'essentiel à la décision unilatérale des entreprises ; ni les aménagements d'horaires ni le passage à temps partiel ne sont de droit. Les congés sont limités et le plus souvent non rémunérés.

### *6) Un développement lent et insuffisant de l'accueil temporaire*

Les formules d'accueil temporaire (accueil de jour et de nuit, hébergement temporaire) se sont développées 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 qui ont fixé des objectifs chiffrés de développement à atteindre.

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 (avec de fortes variations départementales). Si la capacité des accueils de jour a connu une forte progression (+93%) entre 2008 et fin 2016, le développement de l'hébergement temporaire est beaucoup plus lent (le nombre de places a cru de 30 % entre 2011 et 2016) et celui de l'accueil de nuit est quasi nul.

Bien que soutenu par les plans gouvernementaux successifs, l'accueil temporaire ne se développe pas au rythme espéré et les ressources financières disponibles ne sont pas consommées dans leur intégralité. Les freins au développement de l'offre de l'accueil temporaire sont connus et touche tantôt l'offre, tantôt la demande. Ils sont de diverses natures : la lourdeur du coût et du reste à charge, l'existence de freins psychologiques, les difficultés d'accès géographique, la méconnaissance de l'offre, et plus spécifiquement pour l'hébergement temporaire, les difficultés organisationnelles et de gestion administrative au sein des structures, la fragilité du modèle médico-économique ou encore la question de l'organisation et de la prise en charge financière des transports.

### *7) Une organisation des services à domicile à réformer et des métiers à valoriser*

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 embolissent les acteurs et ne laissent que trop rarement la place à une réelle modernisation du secteur. 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 services d'aide et de soins à domicile (SAAD).



Outre la problématique du financement, d'importants défis structurels se posent. Issus du monde associatif et largement gérés par lui, les services à domicile souffrent d'un émiettement et d'une spécialisation, qui sans coordination avec les autres acteurs peuvent être 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. Les perspectives de regroupement autour des services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) peinent à se mettre en place.

Les conditions de travail des personnels sont peu attractives (interventions parfois minutées, large amplitude horaire, contraintes physiques, difficultés psychologiques, faible rémunération, image peu valorisante) et peuvent également peser sur la qualité des services. Le secteur de l'aide à domicile connaît le plus fort taux de sinistralité pénibilité du travail interventions, parfois minutées large

Les difficultés de recrutement existantes déjà aujourd'hui continueront à se poser d'autant plus que les besoins en personnels vont continuer de croître dans les prochaines années.

#### *8) Le reste à charge et taux d'effort à domicile*

La situation des allocataires de l'APA à domicile s'est très nettement améliorée suite aux réformes de 2017. L'augmentation des plafonds de l'APA devrait soulager les allocataires dont le plan était saturé. Le reprofilage du barème allège la participation de l'allocataire. Le crédit d'impôt prend désormais en charge pour tous 50% de la participation de l'allocataire et des dépenses au-dessus du plafond.

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 en effet de bénéficier du taux majoré du crédit d'impôt).

Comment apprécier dans ce contexte les restes à charge et le taux d'effort des allocataires ?

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€<sup>22</sup> et 45% pour ceux dont l'assiette est supérieure à 2 945€.

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%.

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 les personnes âgées modestes nées 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).

---

<sup>22</sup> Au 1<sup>er</sup> janvier 2018

## B) L'habitat alternatif ou regroupé

Entre le domicile classique et l'établissement gérontologique, existe déjà depuis plusieurs décennies pour les personnes vieillissantes, encore autonomes, pré-fragiles ou même en perte d'autonomie, une troisième voie possible, celle de l'habitat alternatif ou regroupé<sup>23</sup>.

### 1) Principales caractéristiques

Celui-ci se caractérise par une grande diversité, tant du point de vue des formes qu'il prend (taille, caractéristiques architecturales, niveau de services offerts, projet de l'habitat) que des acteurs qui le portent (collectivités locales, acteurs privés lucratifs, associatifs, acteurs de la gérontologie, collectif d'usagers) ou encore des modèles juridiques et économiques sur lesquels il repose.

Quelle que soit sa forme, il propose une offre présentant des caractéristiques communes : un logement adapté et sécurisé pérennisant le sentiment du chez-soi, inséré dans un collectif visant à soutenir les relations sociales et permettant la prévention de la perte d'autonomie, grâce également à un accès facilité à des services plus ou moins développés, intervenant sur place ou à proximité. Il constitue une alternative au domicile individuel et dans une certaine mesure une alternative à l'institution médicalisée.

### 2) Les différentes composantes de l'offre

Les foyers-logements<sup>24</sup> désormais nommés « résidences autonomie » par la loi d'adaptation de la société au vieillissement (ASV) de 2015, constituent la part la plus importante de cette offre. Relevant du code de l'action sociale et des familles depuis 1975, ces établissements sociaux, gérés principalement par des structures publiques (CCAS) et des associations, connaissent aujourd'hui une certaine stabilité en termes de nombre de structures et de résidents. La loi ASV les a confortés en leur attribuant une nouvelle mission de prévention de la perte d'autonomie, financée en partie par l'attribution d'un nouveau forfait autonomie. Les résidences autonomie ont vocation à devenir des plateformes de quartier ouvertes à un public large et extérieur. Principalement financées par leurs résidents qui bénéficient des mêmes aides qu'à domicile, les structures dotées d'un taux d'encadrement faible accueillent une population aux revenus plutôt modestes et de plus en plus âgées. Elles souffrent de la vétusté de son parc. Néanmoins, la demande d'accueil reste forte. Soumise aux règles des établissements sociaux et médicosociaux, l'offre reste conditionnée pour se développer aux procédures d'appel à projet et donc au bon vouloir des acteurs publics.

A côté des résidences autonomie, se développent à un rythme soutenu depuis les années 2000 des résidences services portées par des opérateurs privés dans le cadre de divers dispositifs de défiscalisation. Celles-ci répondent aux besoins d'une population vieillissante aux revenus plus confortables, en demande de sécurité, de services d'aide et de lien social. La loi ASV a apporté un minimum de cadre à cette offre et a sécurisé les droits des occupants, à travers la définition des

---

<sup>23</sup> Plusieurs termes sont communément utilisés pour désigner l'ensemble des formes d'habitat décrits dans cette partie. 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 ».

<sup>24</sup> Terme fréquemment utilisé bien que juridiquement la notion de logement foyers pour personnes âgées renvoie à une définition plus large.

services non-individualisables et en mettant en place un conseil des résidents. Les données relatives à ce secteur sont fragmentées et imprécises mais cette offre représentait fin 2016 environ 540 structures (45 000 logements). Les acteurs du secteur prévoient un doublement du parc dès 2020. Financées par leurs occupants, les résidences services pratiquent des prix relativement élevés.

Se développent à côté des résidences services – ou existent parfois depuis de nombreuses années – des structures portées par d'autres acteurs (bailleurs sociaux, instituts mutualistes, associations, en partenariat avec des collectivités locales) et destinées à une population moins aisée. Ces autres formes d'habitats alternatifs, conçues le plus souvent sur la base de partenariats locaux et en dehors des politiques médicosociales, se caractérisent elles-mêmes par une grande hétérogénéité, sur laquelle nous n'avons pas encore une pleine visibilité. Les pouvoirs publics parlent d'habitat inclusif pour désigner toutes ces initiatives à forte dimension citoyenne et solidaire et cherchent aujourd'hui à les promouvoir. La loi ELAN en donne une définition<sup>25</sup>. Elle prévoit également l'attribution d'un forfait d'habitat inclusif<sup>26</sup>, qui financera la sécurisation et l'animation de la vie collective, fonction essentielle pour ces habitats de petite taille accueillant des personnes autonomes, fragiles et parfois également en perte d'autonomie importante (notamment dans des habitats dédiés par exemple aux personnes atteintes de maladies neurodégénératives). Les béguinages (très présents dans le Nord de la France), l'habitat participatif<sup>27</sup> font partie de l'habitat inclusif. Encore minoritaire aujourd'hui dans l'offre d'habitat alternatif (au minimum 240 projets recensés par 64% des départements), l'habitat inclusif pourrait être amené à se développer.

### 3) *Que représente aujourd'hui l'habitat alternatif ou regroupé ?*

Au total, cette offre représenterait *a minima* plus de 155 000 places ou résidents (soit 2,6% des personnes âgées de plus de 75 ans). Ce secteur est vraisemblablement amené à continuer sa croissance, il apparaît en effet comme une réponse possible et pertinente au vieillissement de la population. Ce mouvement mérite d'être accompagné, ce qui devra passer dans les prochaines années par une meilleure reconnaissance et un plus grand soutien de ce secteur par les pouvoirs publics, afin de garantir une offre de qualité, accessible et adaptée aux besoins des personnes âgées.

## C) Les établissements

### 1) *L'évolution des capacités d'accueil en établissement*

Entre 2003 et 2015, 77 208 places ont été créées (+11%), soit une augmentation annuelle moyenne de 6 434 places (tableau ci-dessous).

---

<sup>25</sup> Bien que le terme d'habitat inclusif renvoie désormais à une catégorie juridique définie, cela ne doit pas faire oublier que c'est la société dans sa globalité, les « domiciles » dans toute leur diversité, qui se doivent d'être dans une démarche inclusive, comme le rappelle le chapitre prospectif du Conseil de la CNSA de juillet 2018.

<sup>26</sup> Les critères d'éligibilité restent à définir dans le cadre d'un cahier des charges national.

<sup>27</sup> Terminologie donnée par la loi ALUR de 2014 aux habitats qui se caractérisent par un projet à forte dimension autogestionnaire et participative porté par les occupants et leurs familles

### Evolution du nombre de places en EHPA<sup>28</sup> entre 2003 et 2015

	2003	2007	2011	2015
Nombre de places	674 782	684 160	719 790	751 990
Dont				
EHPAD	0	405 720	565 540	600 380
EHPA non EHPAD	434 700	88 780	9 570	8 500
Logements-foyers	154 851	121 250	108 680	109 250
USLD	82 337	66 440	34 720	33 860
Autres	2 887	1 810	1 280	0

Source : Drees, enquêtes EHPA.

Derrière ces évolutions, plusieurs mouvements sont à l'œuvre :

- la médicalisation des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) et d'un certain nombre de logements foyers ;
- la dissociation au sein des USLD entre les places médico-sociales (basculant en EHPAD) et les places demeurées sanitaires ;
- la restructuration du parc d'établissements existants (dans la suite du processus dit « d'humanisation des hospices ») ;
- la création d'établissements de novo.

#### *2) Le nombre de résidents et les déterminants de l'entrée en établissement*

Le nombre de résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées croît de manière significative depuis 10 ans. La légère diminution du taux d'institutionnalisation par âge freine cependant l'augmentation du nombre de résidents.

Chez les bénéficiaires de l'APA, la proportion résidant en établissement est en légère augmentation du fait du vieillissement de la population des bénéficiaires.

Les principaux facteurs connus associés au fait de vivre en établissement sont l'âge, le degré de perte d'autonomie, le fait d'être sans conjoint (particulièrement pour les hommes) et plus généralement la faible densité du réseau familial. La proportion de bénéficiaires de l'APA vivant en établissement croît également avec le revenu<sup>29</sup>.

<sup>28</sup> Hors Résidences services (qui ne font pas partie du champ de l'enquête EHPA)

<sup>29</sup> Le non-recours à l'APA à domicile, sans doute plus important chez les personnes aisées pourrait cependant conduire à surestimer le poids du revenu comme déterminant de l'entrée en établissement.

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.

### *3) Le taux d'encadrement*

Le personnel en EHPAD (433 250 personnes) est composé (en ETP) à :

- 71% de personnel médical, paramédical ou soignant, psychologue, agent de service ;
- 10% de personnel éducatif, pédagogique, sociale et d'animation ;
- 19% de personnel de direction, de gestion, d'administration, de services généraux et d'encadrement.

Le taux d'encadrement<sup>30</sup> diffère selon le statut de l'établissement. Faible dans les logements-foyers (13% en 2015), il atteint 62,8% dans les EHPAD, avec une variation importante selon le statut de l'EHPAD : 55,6% dans le privé à but lucratif et 68,1% dans le public. En USLD, le taux d'encadrement moyen est de 103,2% en 2015. Le taux d'encadrement global (ensemble des établissements d'hébergement pour personnes âgées) est fin 2015 de 57,2% (il était de 54% en 2011 et 50 % en 2007).

Si l'on retient le taux d'encadrement en psychologues, personnel paramédical et soignants (principalement les aides-soignants et les infirmiers), on se situe selon les données en 2015 autour de 28,1% contre 25,3% en 2011.

Etant admis que le taux d'encadrement est destiné à croître avec le niveau de dépendance des personnes accueillies, la hausse du taux d'encadrement observée sur la période est à mettre en relation avec l'évolution du degré de dépendance des résidents, qui est mesuré par le Gir moyen pondéré (GMP). La part des personnes en GIR 1 à 4 parmi les résidents a ainsi augmenté de 7 points durant cette période, passant de 85% en 2007, à 89% en 2011, puis 92% en 2015. Entre 2011 et 2015, l'augmentation du GMP (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 constatée sur la période (ensemble des sections) est un peu plus faible (de l'ordre de 5,5%).

### *4) La médicalisation des EHPAD*

Dans la suite du processus dit d'« humanisation des hospices », la « médicalisation des EHPAD » visait à 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

---

<sup>30</sup> Le taux d'encadrement est en-dessous des objectifs d'évolution présentés dans le rapport de la Mission Le Bouler en 2006 qui, dans un scénario de montée en charge progressive, ciblait en 2015 un taux d'encadrement de 7,1 ETP pour 10 résidents sur un périmètre maisons de retraite et USLD (hors logements-foyers donc) et dans un scénario haut, envisageait même un taux d'encadrement de 7,8 ETP sur ce même périmètre. Dans cette dernière hypothèse, si on resserrait le propos aux résidents les plus dépendants, on approchait une cible de 1 pour 1, telle que retenue effectivement par le PSGA pour ces publics, avec une accélération du calendrier par rapport aux hypothèses du rapport.

du « médecin coordinateur ». Cet 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...

Des rapports récents ont fait une large place à la discussion des missions des médecins coordinateurs. Les difficultés de recrutement et l'importance des vacances de postes posent question. Les missions sont sujettes à débat. Le bilan médico-économique de la médicalisation et la balance entre coûts additionnels (au sein des structures) et économies réalisées (sur les soins de ville) ont quant à eux curieusement été occultés au fil du temps, alors que cette question était très prégnante dans les justifications à l'origine de la médicalisation.

La problématique des personnels en établissement va cependant très au-delà de la question des médecins coordinateurs : importance du *turn over* et de l'absentéisme, attractivité des métiers, rémunération, équilibre entre les différentes catégories de personnel, formation et compétences, répartition sur le territoire. Souvent occultée, cette question des ressources humaines, dans toutes ses dimensions, devrait pourtant être au cœur des analyses prospectives, compte tenu de l'ampleur de l'évolution à moyen terme des besoins, des métiers, de la localisation respective des bénéficiaires et des ressources humaines...

#### 5) *Le reste à charge et le taux d'effort 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.

Les résidents supportent le « talon » de l'APA dans la section dépendance. Largement indépendant du revenu et du GIR, il s'élève à 165 euros /mois (médiane en 2016).

Les frais de la section d'hébergement sont de 59,3 euros /jour en moyenne<sup>31</sup>. Les aides publiques de cette section ont une architecture complexe – et contestée –. La valeur relative de l'aide au logement, concentrée sur les résidents les plus modestes, semble se dégrader ; les aides fiscales sont de faible montant et ne concernent que les résidents les plus aisés.

*In fine*, le reste à charge (talon et frais d'hébergement) est élevé, supérieur en moyenne aux revenus des résidents.

L'ajustement se fait par la liquidation du patrimoine, le recours aux enfants et dans certaines conditions par l'attribution de l'ASH. Comme l'ASH emporte appel aux obligés alimentaires et récupération sur succession, une majorité de résidents ne la sollicitent pas.

Ce constat appelle trois remarques :

- il est vraisemblable que la lourdeur du reste à charge conduit certains allocataires à rester à domicile dans de mauvaises conditions pour eux et leurs aidants ;
- à législation constante, le reste à charge des résidents est appelé à augmenter parce que le coût des EHPAD va croître plus vite que les revenus. Même si l'essentiel de coût portera sur la section soins, la charge de la section dépendance sera sensiblement concernée ; celle de la section hébergement sera modérée ;

---

<sup>31</sup> Tarif hébergement moyen en 2015 (Muller, 2017)

- une baisse d'ampleur du reste à charge mobiliserait des financements importants.

#### **D) Ressources humaines : problèmes de personnel, attractivité des métiers et conditions de travail**

Les politiques en matière de formation et de ressources humaines sont plus ou moins articulées avec les besoins en professionnels liés au vieillissement.

Le coût de la prise en charge de la perte d'autonomie est particulièrement sensible à trois variables : les effectifs pris en charge (et la démographie sous-jacente), la qualité et la densité de l'encadrement en personnels mais aussi la capacité à attirer les personnels, et donc l'évolution comparée des salaires dans le secteur et du salaire moyen par tête. Cette variable est trop souvent négligée (le pouvoir d'achat de certaines prestations le montre) alors qu'elle est capitale.

#### **E) Des disparités territoriales dans l'offre domicile et établissement ?**

Au vu des évolutions démographiques et des mobilités résidentielles des personnes âgées à prévoir, les territoires vont vieillir de manière différenciée, ce qui nécessitera la mise en œuvre de réponses adaptées.

##### *1) Mesurer et expliquer les disparités territoriales*

C'est un exercice difficile pour plusieurs raisons.

- Il faut d'abord recenser les besoins au niveau local. Dans ce rapport, nous nous sommes situés au niveau départemental où nous retenons plusieurs indicateurs : le taux de mortalité ; la prévalence de la dépendance ; le taux de bénéficiaires de l'APA. Ces différents indicateurs ne conduisent pas tous à la même hiérarchie des départements mais certains départements se démarquent toujours par une densité de « seniors » en perte d'autonomie plus importante qu'ailleurs : le Nord, le Nord-Est, le Massif Central et sa frange Sud, les Départements d'Outre-mer (DOM).

- Il faut recenser l'offre de prise en charge de la perte d'autonomie disponible. Ne considérer qu'un seul segment de l'offre (par exemple les EHPAD) est réducteur et conduit à un constat d'inégalités plus marquées que si l'on prend en compte l'offre dans son ensemble. Des phénomènes de compensation peuvent en effet exister entre les différents types d'offre : places en EHPAD, en SSIAD ou encore actes des infirmiers libéraux.

##### *2) Résultat*

Le taux consolidé d'équipements et de services rapporte le nombre de places à la population en perte d'autonomie. Il varie de manière importante entre les départements.

Au-delà du constat sur les écarts de taux d'équipement, une approche plus fine s'impose pour descendre à une échelle territoriale infra départementale. De manière qualitative, il semble que les départements peu pourvus en EHPAD sont les départements dans lesquels l'offre de SSIAD ou d' AIS est importante. Le travail de Ramos-Gorand en 2015 sur des données 2011 – donc anciennes – indique qu'au niveau national, la plupart des départements affichent des taux de couverture des besoins entre 50 et 65%. Certains départements affichent une couverture des besoins par l'aide professionnelle faible, tels les Ardennes, l'Aisne et la Seine-Saint-Denis. D'autres en

revanche, tels le Finistère, le Morbihan ou les Alpes-Maritimes, ont des taux de couverture de besoins très élevés.

Cette consolidation suscite cependant des interrogations sur sa faisabilité, en particulier car elle suppose une substituabilité des différentes structures de prise en charge.

Les disparités entre départements dans l'offre de prise en charge de la perte d'autonomie, mesurée par les taux d'équipement, semblent se réduire mais des écarts importants demeurent. Enfin, il est difficile d'appréhender la part liée aux politiques de régulation dans la diminution de ces écarts. La poursuite des travaux sur cette approche territoriale est nécessaire.

## F) Gouvernance

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 existe un problème de construction budgétaire globale, 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 complexe et très contestée ;
- il existe 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. De fait, la question de la construction tarifaire soin-dépendance-hébergement est clairement posée aujourd'hui ;
- 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 ;
- pour l'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 de l'offre et de son financement 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.



## RETROUVEZ LES DERNIÈRES ACTUALITÉS DU HCFEA :

[www.hcfea.fr](http://www.hcfea.fr)

Le Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge est placé auprès du Premier ministre. Il est chargé de rendre des avis et de formuler des recommandations sur les objectifs prioritaires des politiques de la famille, de l'enfance, des personnes âgées et des personnes retraitées, et de la prévention et de l'accompagnement de la perte d'autonomie.

Le HCFEA a pour mission d'animer le débat public et d'apporter aux pouvoirs publics une expertise prospective et transversale sur les questions liées à la famille et à l'enfance, à l'avancée en âge, à l'adaptation de la société au vieillissement et à la bientraitance, dans une approche intergénérationnelle.



Adresse postale : 14 avenue Duquesne - 75350 Paris 07 SP

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