

Lieux de vie et accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie : les défis de la politique domiciliaire

Se sentir chez soi où que l'on soit

Rapport

Dr Julien EMMANUELLI
Jean-Baptiste FROSSARD
Bruno VINCENT

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

Avec la participation de
Charlotte CARSIN (membre de l'Igas)
Tom DUREPAIRE (apprenti)

Et du pôle data de l'IGAS
Juliette BERTHE
Léo ZABROCKI

2023-014R
Février 2024

SYNTHESE

Selon les projections démographiques et épidémiologiques, le nombre de personnes âgées en situation de perte d'autonomie augmentera, par rapport à 2020, de 16 % en 2030, 36 % en 2040 et 46 % en 2050, pour atteindre près de 4 millions, ce qui constitue un défi majeur. Ces personnes, qui ont besoin d'être aidées pour la réalisation des actes de la vie quotidienne (se laver, se lever, manger, s'habiller, se déplacer, sortir...), peuvent être accompagnées selon leur situation, leurs besoins et leurs aspirations, dans un domicile ordinaire, dans des habitats alternatifs (résidences autonomie, résidences services, habitat inclusif...) ou dans des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad).

Diverses enquêtes d'opinion montrent que les Français refusent de façon croissante la perspective d'une entrée en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), et souhaitent majoritairement vieillir chez eux quelle que soit leur situation. Les pouvoirs publics traduisent cette volonté dans une politique domiciliaire, avec pour objectif une diminution à horizon 2030 de 4 à 5 points de la part de bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie vivant en établissement.

Cette politique domiciliaire a en pratique deux dimensions : renforcer les capacités du domicile pour que les gens puissent s'y maintenir plus nombreux et dans de bonnes conditions et diminuer conséquemment les admissions en Ehpad. Pour porter ce qui est généralement appelé « virage domiciliaire », le secteur du domicile aurait dès lors à augmenter ses moyens d'intervention pour faire face, non seulement à l'accroissement démographique du nombre de personnes en situation de perte d'autonomie, mais aussi à l'augmentation de la proportion de personnes vivant à domicile. Dans le même temps, les Ehpad devraient intégrer dans leur fonctionnement une logique domiciliaire tout en renforçant leurs moyens de prises en charge, médicalisation (lieu de soins) et transformation domiciliaire des Ehpad (lieu de vie) n'ayant rien de contradictoire.

L'Inspection Générale des Affaires Sociales, dans le cadre de son programme de travail, a souhaité que soient évaluées les conditions dans lesquelles les objectifs de la politique domiciliaire pourraient être atteints avec l'arrivée au grand âge des générations nées après-guerre (2030-2050), et la façon dont l'offre d'habitat et d'accompagnement pourrait être structurée pour mieux répondre aux besoins et aux aspirations des personnes en situation de perte d'autonomie. La mission avait pour objet de comprendre comment les personnes que leur situation conduit aujourd'hui à entrer en établissement pourraient à l'avenir, dans une situation comparable, continuer à être accompagnées chez elles, dans un autre domicile adapté à leurs besoins ou dans des Ehpad transformés de sorte à ce que les personnes s'y sentent comme chez elles.

La mission a auditionné plus de 400 personnes (administrations, établissements, services, bénéficiaires, chercheurs, représentants d'associations, de syndicats et de fédérations), **s'est rendue dans douze départements, a conduit une étude approfondie de la politique suivie depuis plusieurs décennies au Danemark, et a mené des explorations statistiques pour construire des projections de l'offre et de la demande en 2030, 2040 et 2050, au niveau national et départemental.**

A l'issue de ses investigations, la mission constate qu'en dépit d'avancées importantes depuis la loi d'adaptation de la société au vieillissement en 2015, les conditions ne sont pas encore réunies pour réussir, dans les 20 ans à venir, une politique domiciliaire dans l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie, et ce quel que soit leur lieu de vie. Cet objectif demande une mobilisation forte et rapide des pouvoirs publics vers les domiciles, ordinaire et alternatif, autant que vers les Ehpad, avec un enjeu capacitaire et RH majeur.

Lors de ses déplacements, la mission a déjà constaté des situations de grande tension, où la saturation des établissements et la fragilité des services à domicile pouvaient conduire à maintenir des personnes chez elles dans des conditions dégradées, et à reporter la charge sur le système hospitalier et les familles.

Faute d'une action publique ambitieuse tant sur le financement que sur les moyens humains à mobiliser, des conséquences nombreuses et diverses sont à craindre : dégradation des conditions de vie et d'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie, saturation des Ehpad¹, report de charge vers les familles, pénibilité accrue des métiers du grand âge, développement de modes de prise en charge peu encadrés pour des personnes vulnérables (ex. emploi direct), risques de maltraitance à domicile comme en établissement, risques d'abus de faiblesse, accroissement des inégalités sociales, notamment vis-à-vis des femmes qui sont plus souvent aidantes, mise en tension du système de soin pour tous les patients, âgés ou non, évolution inefficace et non maîtrisée des coûts de prises en charge, risque accru de retrait du marché du travail d'actifs entre 55 et 64 ans par nécessité de s'occuper de leurs parents âgés.

Eviter que les évolutions à venir ne conduisent à une généralisation des situations de tension constitue donc un objectif prioritaire au regard des risques de dégradation des conditions de vie des personnes à domicile et de leurs proches, de déstructuration du système hospitalier, et **du coût très élevé pour les finances publiques, les séjours hospitaliers représentant des coûts publics sans commune mesure avec celui d'un accompagnement de qualité à domicile ou en Ehpad.** Le défaut d'investissement dans l'accompagnement médico-social va se reporter en effet de façon assez directe, et avec un surcoût net, sur les dépenses hospitalières.

Les contraintes qui pèseront sur les personnes et les structures seront très hétérogènes entre les territoires, la proportion de personnes âgées en perte d'autonomie et la croissance de cette part de la population dans les décennies à venir étant très variables selon les départements. Localement, l'offre sanitaire et médico-sociale, à domicile comme en établissement, est elle-même hétérogène, les départements les plus fragiles étant parfois aussi ceux qui auront à accompagner une part très importante de personnes. La politique domiciliaire devra donc prendre en compte ces disparités, pour éviter d'accroître des inégalités territoriales d'ores et déjà marquées.

Or, la notion de « virage domiciliaire » telle qu'elle est communément entendue paraît inadaptée et se fonde sur des hypothèses fragiles. Malgré la volonté ancienne et continue des pouvoirs publics d'accroître la part de personnes en situation de perte d'autonomie à domicile, cette dernière n'a pas connu d'évolution majeure depuis la création de l'allocation personnalisée

¹ Le faible taux d'occupation constaté aujourd'hui dans certains Ehpad masque non seulement le fait que ce constat n'est pas vrai partout mais aussi que l'évolution de la structure démographique de la population française va se traduire par une hausse forte de la population âgée en perte d'autonomie à venir.

d'autonomie (APA) en 2001, aucune modification d'ampleur dans les accompagnements n'ayant permis de rupture avec les tendances de long terme. Plusieurs avancées déterminantes ont certes été faites en direction des acteurs du domicile (création de places de services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), établissement d'un tarif plancher de l'aide à domicile, création des services autonomie à domicile, création de la 5^{ème} branche autonomie, revalorisation salariale de la convention collective de la branche de l'aide à domicile), mais elles n'ont pu rattraper une situation de sous-financement structurel et d'insuffisante priorisation du secteur domiciliaire et ne constituent qu'une amorce de la politique domiciliaire à mener.

L'hypothèse socio-culturelle selon laquelle les personnes issues de la génération du baby-boom seraient plus attentives que leurs parents à vivre comme elles l'entendent et refuseront l'entrée en établissement, est peu étayée, et néglige le fait que, pour une personne qui n'est plus en mesure de sortir, de se déplacer, de se lever ou de s'alimenter par ses propres moyens, le domicile peut devenir un lieu d'enfermement et d'isolement, associé à des abus de faiblesse et des pertes de chance plus fréquents lorsque l'aide apportée et la présence humaine pour l'entourer sont insuffisantes quantitativement et qualitativement.

Par ailleurs, la représentation des motifs d'entrée en établissement est souvent inadéquate. N'entre pas uniquement en ligne de compte le niveau de perte d'autonomie des personnes mais une multiplicité de facteurs, largement cumulatifs, liés à la façon dont la personne et son entourage perçoivent la situation, aux moyens et à l'environnement qui sont les leurs pour y faire face : présence et capacité à aider des proches, capacité, notamment financière, à mobiliser de l'aide professionnelle à domicile, âge de la personne, perception par la personne de sa propre fragilité, adaptation matérielle de l'environnement de vie, du domicile (avec en particulier des logements sans ascenseurs) comme du quartier, présence et disponibilité suffisantes des professionnels des secteurs sanitaire et médicosocial...

A ce jour, de nombreuses personnes en forte perte d'autonomie vivent chez elles (un tiers des bénéficiaires de l'APA classées en GIR 1 et 2, niveaux les plus élevés sur une échelle de 1 à 6), ce niveau de perte d'autonomie n'étant pas en soi un obstacle à la vie dans leur domicile. Il ne va donc pas de soi de spécialiser les Ehpad sur les seules prises en charge les plus lourdes (ex. GIR 1 à 3) comme le souhaitent certains acteurs.

Enfin, la baisse du taux de personnes en établissement tend souvent à être abordée par l'arrêt presque total de la création de places d'Ehpad. Néanmoins, la baisse du nombre d'admissions en établissement ne peut intervenir de façon satisfaisante que si elle correspond à une baisse des besoins d'entrée et à une meilleure prise en compte des situations-limites du domicile. L'Etat doit se garder de reproduire en cette matière les erreurs commises dans les suites de la désinstitutionalisation de la psychiatrie, qui, faute d'un renforcement adapté des capacités ambulatoires et du maintien à un niveau suffisant de l'offre en établissement, s'est accompagnée d'une désorganisation de la filière et d'une dégradation de l'accompagnement et du soin des personnes.

Or, plusieurs facteurs de risque importants sont aujourd'hui identifiés sur l'évolution des capacités d'accompagnement à domicile (ordinaire et alternatif) :

- **Le nombre de proches aidants potentiels devrait diminuer pour les générations issues du *baby-boom*** du fait de la hausse de la déconjugalisation, de la baisse du nombre d'enfants et

de la distance géographique croissante entre enfants et parents. Cette évolution pourrait conduire à une augmentation du nombre de personnes âgées vivant seules, et à une charge plus grande pesant sur un nombre réduit de proches, avec un risque d'épuisement et de complications sanitaires accru pour le proche aidant. Or l'impossibilité pour l'entourage de continuer à aider la personne est l'un des premiers motifs d'entrée en établissement ;

- **L'aide professionnelle est d'ores et déjà en tension du fait d'une faible attractivité des métiers du grand âge**, les services d'aide à domicile connaissant de nombreuses vacances de poste et n'étant plus en mesure de répondre à la demande. Les difficultés de recrutement pourraient être encore renforcées par la raréfaction de la population active (stabilisation de la population active depuis 2020 et baisse nette à partir de 2040), qui conduira à une concurrence accrue sur les recrutements entre les secteurs de l'économie. De plus, l'accompagnement à domicile, qui ne repose pas sur la mutualisation de services en un seul lieu, requiert par nature des moyens humains supplémentaires à ceux d'un établissement, qui devront s'ajouter à la hausse du nombre de professionnels requis par les évolutions démographiques ;
- **Les projections budgétaires de l'administration relatives au « virage domiciliaire » sont fragiles.** Une politique centrée sur le domicile ne représente pas nécessairement une source d'économie pour les finances publiques : le renforcement du domicile nécessite d'accompagner chez elles un nombre plus grand de personnes dont les besoins d'aide seront plus importants (et pour certains continus), et qu'à niveau d'aide équivalent, le domicile est au contraire plus coûteux que l'établissement du fait de l'absence de mutualisation (temps de déplacement des professionnels), ce qui n'est pas pris en compte. Les pays ayant été le plus loin dans la logique domiciliaire (transformation domiciliaire des institutions spécialisées, diminution de la part de personnes y résidant...) sont ceux qui présentent une part de PIB consacrée à la dépendance nettement supérieure à la France : la question des modalités de financements de ce surcroît de dépenses constitue donc un préalable indispensable ;
- **La place des domiciles alternatifs (résidences et habitats inclusifs) dans l'offre est ambiguë.** Savoir à qui s'adresseront ces habitats n'est pas évident. La mission fait le constat d'un écart appelé à croître entre la cible initiale de développement de cette offre (personnes de 70-80 ans autonomes et cherchant à avoir une vie sociale plus animée) et les personnes susceptibles d'y vivre (personnes en difficulté qui quittent leur domicile parce qu'elles ne s'y sentent plus en sécurité ou ne parviennent plus à y fonctionner seules, ou dont l'autonomie décroît après leur entrée dans l'habitat), ces habitats alternatifs n'étant pourtant pas armés pour accompagner des personnes en situation de fragilité importante. Il existe un risque important de voir évoluer le profil des personnes habitant dans ces structures vers celui des personnes accueillies actuellement en Ehpad, sans que les structures aient pour autant été équipées pour y faire face.

Pour construire les conditions d'une réponse satisfaisante aux besoins des personnes âgées en situation de perte d'autonomie, et ce avec pour objectif une politique domiciliaire à l'acception plus large que l'expression trop restrictive de « virage domiciliaire », la mission formule des recommandations autour de six axes stratégiques :

Axe 1 – Privilégier la notion de « politique de renforcement du soutien à domicile » à celle de « virage domiciliaire »

La stratégie conduite doit reposer sur l'objectif explicite de répondre aux besoins d'aide des personnes et à leur désir de vivre chez elles grâce à une aide à domicile mieux financée, de meilleure qualité, y compris lorsque les besoins sont élevés et par des modalités renouvelées de soutien à domicile.

Une politique de renforcement du soutien à domicile impliquera notamment de résoudre les difficultés liées à l'évaluation des besoins d'aide par la grille Autonomie Gérontologie-Groupe Iso Ressource (Aggir), de valoriser le financement des aides et des soins à domicile à hauteur des coûts des services, et de réaffirmer le rôle des services autonomie à domicile (SAD) comme piliers du domicile. Les conditions permettant de financer à domicile l'accompagnement de personnes ayant des besoins d'aides quotidiennes très élevés nécessiteront par ailleurs d'interroger le niveau des plafonds d'aide.

Axe 2 – Préserver et rénover le parc existant des résidences autonomie et lancer un plan de construction de 100 000 logements nouveaux en résidences autonomie à horizon 2030

L'accroissement global du nombre de personnes en situation de perte d'autonomie emporte par lui-même une augmentation de plusieurs dizaines de milliers de la demande de résidence autonomie à horizon 2030, à laquelle s'ajouteront les effets induits par la baisse de la part de personnes en Ehpad. Le développement des résidences autonomie présente l'avantage de porter sur une offre domiciliaire qui est accessible financièrement pour la majorité de la population et qui pourra être adaptée de façon souple en fonction des évolutions démographiques à venir.

La mission recommande à cet égard de préserver le parc existant, d'amplifier les actions de rénovation initiées avec le Ségur, et de développer ce segment d'offre, dont les projections de la mission évaluent les besoins de création à 100 000 logements supplémentaires, adossés autant que possible à des Ehpad. Par ailleurs, leur modèle économique est fragile et doit être repensé en ouvrant le droit à une version adaptée de l'aide à la vie partagée pour les résidents.

Axe 3 – Sécuriser les conditions de développement et de fonctionnement des domiciles alternatifs et les préparer à l'accueil de personnes âgées plus en difficulté

La mission anticipe une élévation progressive du niveau de perte d'autonomie des personnes qui vivent dans les résidences et dans les habitats inclusifs pour personnes âgées². Pour l'ensemble de ces domiciles alternatifs, la mission recommande d'instituer une obligation de disposer d'un service d'aide à domicile (SAD) intégré ou d'un conventionnement avec un ou plusieurs SAD (comprenant un volet soins infirmiers) ainsi qu'un conventionnement avec une équipe d'hospitalisation à domicile (HAD), et d'instaurer une obligation de déclaration annuelle conjointe du SAD et du responsable de la structure pour attester que l'habitat reste conforme à son objet et en capacité de répondre aux besoins des personnes qu'il accueille. Dans les résidences

² Par domicile « alternatif », il faut comprendre tous les habitats qui ne sont ni le domicile ordinaire (souvent présenté comme le domicile historique des personnes) ni des Ehpad : résidences, habitats inclusifs, accueil familial... Les habitats dits « inclusifs », mode d'habitat regroupant plusieurs personnes notamment âgées (généralement en nombre restreint), ont été créés par la loi pour l'évolution du logement, de l'aménagement et de la transition numérique, dite loi ELAN, du 23 novembre 2018.

autonomie, l'accueil dans des conditions satisfaisantes de personnes plus nombreuses en situation de vulnérabilité requiert en outre d'y relancer l'attribution du forfait soins courants.

De par leur caractéristiques (taille familiale, environnement contenant et apaisant, permanence des repères, possibilités de se déplacer dans un espace sécurisé), les habitats inclusifs peuvent présenter des avantages particuliers pour des personnes atteintes de troubles neuro-cognitifs (« colocations Alzheimer »). A cet égard, la mission recommande de caractériser les conditions organisationnelles, financières et RH (examen des expériences françaises et étrangères, encadrement des pratiques, prévention du risque de maltraitance, sécurisation des accompagnements et des lieux...) en vue de développer une offre sécurisée et accessible de colocations Alzheimer en France.

Concernant les résidences services senior, qui vont connaître un accroissement de population en perte d'autonomie accueillie, la mission préconise leur intégration dans le code de l'action sociale et des familles, au même titre que les résidences autonomie qui sont aujourd'hui des établissements médico-sociaux.

Axe 4 – Engager un plan national de transformation domiciliaire des Ehpad et cibler des plans de création de places dans, possiblement, une trentaine de départements

La politique de la dépendance ne peut favoriser l'accompagnement à domicile en se satisfaisant que l'Ehpad, qui accueille plus de 600 000 personnes, reste un repoussoir symbolique, à l'écart de la politique domiciliaire. Les principes d'une transformation domiciliaire des Ehpad permettant d'en faire un « chez soi » adapté à ses besoins sont connus et divers : espaces privatifs, liberté de recevoir l'entourage, possession possible d'un animal de compagnie, boîte aux lettres, petites unités et salles à manger de taille familiale, emploi des matériaux et de la décoration du domicile classique, délivrance des prestations de façon personnalisable... Les problématiques bâtimentaires (ex. chambre double, sanitaires dans les chambres) existent mais ne sont qu'une des dimensions de cette transformation domiciliaire plus globale des Ehpad. Certains établissements agissent d'ores et déjà en ce sens, avec l'appui de la CNSA, mais aucun plan d'envergure nationale n'a été lancé.

Les analyses de la mission conduisent par ailleurs à estimer que, du fait d'une croissance plus forte de la population âgée en perte d'autonomie ou d'une offre en établissements plus fragile, de nombreux départements vont avoir besoin de création de places d'Ehpad, pour éviter une situation de saturation dans les années 2030. Outre le fait que ces créations doivent s'inscrire dans la logique de transformation domiciliaire des Ehpad décrite ci-dessus, elles doivent reposer sur une vision prévisionnelle territorialisée des besoins et tensions.

Axe 5 – Structurer localement et nationalement le pilotage de l'offre par type d'habitat

La mise sous tension du système d'accompagnement risque de croître, particulièrement au cours de la décennie 2030, ce qui suppose que les pouvoirs publics suivent finement le diagnostic, la programmation et l'utilisation de l'offre d'accompagnement et d'habitat. En plus de créer un tableau de bord national et territorialisé du taux d'occupation des structures, gels de places, file d'attente et tensions sur les recrutements, cet impératif suppose de regrouper les différents schémas territoriaux de programmation de l'offre par type d'habitat et de services en un seul réunissant ARS/département, pour construire une stratégie sur un diagnostic et des objectifs

partagés avec les communes et intercommunalités. Pour préparer une future loi de programmation ou une loi grand âge, il apparaît nécessaire de reposer de façon claire la répartition des financements publics et privés des dépenses supplémentaires d'accompagnement à engager dans les vingt ans à venir.

Axe 6 – Renforcer la prévention pour assurer une vie durablement de qualité

La prévention de la perte d'autonomie permet d'améliorer la qualité de vie des personnes qui, grâce à elle, peuvent réduire, voire supprimer, certaines pertes de capacités à agir dans leur vie quotidienne, et de réduire le nombre de personnes confrontées à une perte d'autonomie. Il est primordial de coupler la stratégie de l'offre à une politique ambitieuse de prévention de la perte d'autonomie, notamment en formant les intervenants sanitaires, sociaux et médico-sociaux aux spécificités du vieillissement et à la prévention de la perte d'autonomie ainsi qu'au maintien des capacités fonctionnelles des personnes âgées.

D'autres recommandations sont faites par la mission, concernant l'accompagnement des publics âgés précaires, la prévention de la maltraitance à domicile, le maintien des capacités fonctionnelles des personnes âgées à l'hôpital, l'accompagnement des personnes âgées vivant dans des logements sociaux (liste détaillée des recommandations ci-dessous). Ce rapport fixe de grandes orientations qui appellent, pour certaines d'entre elles, des travaux complémentaires, notamment en termes de chiffrage financier.

La qualité de l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie requiert de changer le regard de la société sur le grand âge et la vulnérabilité. L'enjeu est non seulement politique et financier mais il est aussi éthique et anthropologique.

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

Axe 1 – Privilégier la notion de « politique de renforcement du soutien à domicile » à celle de « virage domiciliaire »

N°	Recommandation
1	Remplacer l'objectif de « virage domiciliaire » par une politique de « renforcement du soutien à domicile »
2	Reposer comme principe fondamental le droit de toute personne à vivre dans un « chez-soi » adapté à ses besoins, quel que soit le type d'habitat
3	<p>Améliorer le financement et la réponse aux besoins de l'aide à domicile :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Faire de la grille Aggir un simple outil d'éligibilité à l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA), en supprimant les différences de plafonds d'aide par Groupes Iso-Ressources (GIR) ▪ Rendre éligibles à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) les personnes classées en GIR 5-6 pour lesquelles la grille Fragire de la Caisse nationale de l'assurance retraite (CNAV) reconnaît des troubles cognitifs ▪ Renforcer au sein de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) la prise en compte de l'aide à la vie sociale et de l'aide administrative
4	<p>Impulser une dynamique de meilleure prise en compte des besoins des personnes âgées vivant dans les logements sociaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Lancer un plan national pour l'accessibilité et l'adaptation des logements sociaux aux personnes âgées et envisager l'évolution du rôle et des missions des bailleurs sociaux auprès des locataires âgés (mission IGAS/IGEDD d'état des lieux des bonnes pratiques et modalités de généralisation) ▪ Renforcer les leviers d'incitation à la mobilité des personnes âgées vers des logements plus adaptés à leurs besoins (ex. dérogation au tarif de référence du m²) ▪ Examiner les leviers pour favoriser la mutualisation des moyens d'accompagnement dans les logements sociaux, voire l'introduction de services d'aide à domicile intégrés ou conventionnés ▪ Examiner la possibilité de transformer l'offre existante en faisant de la vacance des logements de grande taille un levier de développement de l'habitat inclusif à destination des personnes âgées au sein du parc social
5	<p>Valoriser le financement des aides et soins à domicile à hauteur des coûts des services :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fixer un financement aligné sur le coût de revient moyen des services ▪ Dans la perspective d'une sortie de la tarification horaire, lancer des travaux complémentaires sur l'harmonisation des modalités de financement des services de soin et d'aide au sein des services autonomie à domicile (SAD)

N°	Recommandation
6	Reconnaître le rôle des services autonomie à domicile (SAD) comme piliers du domicile, notamment en finançant les fonctions de coordination des interventions du quotidien en lien avec la personne et ses proches-aidants
7	Restreindre le nombre de services autonomie à domicile (SAD) autorisés sur chaque commune/intercommunalité
8	Construire un axe de travail spécifique sur le domicile pour le déploiement de la stratégie nationale de la maltraitance issue des états généraux

Axe 2 – Préserver et rénover le parc existant des résidences autonomie et lancer un plan de construction de 100 000 logements nouveaux en résidences autonomie à horizon 2030

N°	Recommandation
20	Doubler le parc de résidences autonomie d’ici à 2030 (+100 000 logements) et rénover le parc existant en l’adaptant aux nouveaux besoins tout en le rendant plus attractif
12	Ouvrir le droit à une version adaptée de l’aide à la vie partagée pour les personnes vivant en résidences autonomie

Axe 3 – Sécuriser les conditions de développement et de fonctionnement des habitats alternatifs et les préparer à l’accueil de personnes âgées plus en difficulté

N°	Recommandation
9	Relancer l’attribution du forfait soins en résidences autonomie
10	Instaurer une obligation pour toutes les résidences, et pour les habitats inclusifs orientés sur les personnes ayant des troubles neuro-cognitifs, de disposer d’un service autonomie à domicile (SAD) intégré ou d’un conventionnement avec au moins un SAD (et avec des services de soins infirmiers quand le SAD n’en dispose pas), ainsi qu’avec une équipe d’hospitalisation à domicile et pour les troubles neurocognitifs, de liens avec le champ spécialisé (filiale gériatrique, équipe spécialisée Alzheimer)
11	Créer une obligation déclarative annuelle émanant des résidences et habitats inclusifs et de leur service autonomie à domicile (SAD) de conventionnement vers les Agences régionales de santé (ARS) et les départements concernant le profil et les besoins des habitants
13	Intégrer les résidences services senior dans le code de l’action sociale et des familles afin d’harmoniser le régime des résidences autonomie et des résidences services seniors en termes d’autorisation, de contrôle et de droits des usagers

N°	Recommandation
14	Poser les conditions organisationnelles, financières et RH dans lesquelles des habitats inclusifs pourraient accueillir des personnes âgées présentant des troubles neuro-cognitifs (examen des expériences françaises et étrangères, risque de maltraitance, encadrement des pratiques, sécurisation des accompagnements et des lieux...) en vue de développer un véritable segment d'offre sécurisé et accessible

Axe 4 – Engager un plan national de transformation domiciliaire des Ehpad et cibler des plans de construction de places dans, possiblement, une trentaine de départements

N°	Recommandation
15	Lancer un plan national de transformation domiciliaire des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad)
21	Construire des places d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) dans, possiblement, une trentaine de départements prioritaires suivant l'évolution prévisionnelle de leur population âgée en perte d'autonomie et amplifier l'action gouvernementale engagée en faveur d'un meilleur équipement des territoires ultra-marins et de la Corse

Axe 5 – Structurer localement et nationalement le pilotage de l'offre par type d'habitat

N°	Recommandation
22	Créer un tableau de bord national et territorialisé du taux d'occupation des structures (établissements et services), gels de places, file d'attente et tensions RH
23	<p>Doter les acteurs départementaux d'outils de programmation de l'offre par type d'habitat plus cohérents et plus robustes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Doter chaque département d'un schéma départemental gérontologique commun Agence régionale de santé /Conseil départemental ayant comme socle une projection des besoins et un engagement interinstitutionnel quant aux hébergements pour personnes âgées dépendantes à ouvrir par grands types d'habitat (accueil familial, habitat inclusif, RA-RSS, Ehpad, Usld) ▪ Confier aux intercommunalités la définition d'un diagnostic territorial des besoins par type d'habitat et d'une stratégie de développement de l'offre d'hébergement articulée avec les orientations départementales des agences régionales de santé et des conseils départementaux
24	Organiser, en vue d'une prochaine loi grand âge ou d'une loi de programmation sur le financement de la perte d'autonomie, une concertation citoyenne sur le modèle de financement de la dépendance (ressources publiques, ressources privées) ainsi qu'une conférence financière entre l'Etat, les départements et la sécurité sociale sur la répartition des dépenses publiques liées au grand âge

Axe 6 – Renforcer la prévention pour assurer une vie durablement de qualité

N°	Recommandation
18	Lancer une mission de l'IGAS sur la qualité des pratiques et de la prise en charge des personnes âgées à l'hôpital, dans une logique de prévention de l'aggravation de la perte d'autonomie
19	Former les intervenants sanitaires, sociaux et médico-sociaux aux spécificités du vieillissement et à la prévention de la perte d'autonomie ainsi qu'au maintien des capacités fonctionnelles des personnes âgées et renforcer la prévention et l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie

D'autres recommandations figurent dans le présent rapport :

N°	Recommandation
16	Faire l'inventaire des modes d'accompagnement des publics précaires âgés et des personnes âgées ayant des troubles psychiatriques pour les prendre en charge de façon plus adaptée, en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), habitat alternatif, domicile ordinaire ou autre forme d'hébergement
17	Amplifier le plan d'action pour les métiers du grand âge et de l'autonomie adopté en 2020 et organiser tous les ans une conférence sociale de suivi du plan au niveau national et par région

SOMMAIRE

SYNTHESE.....	3
RECOMMANDATIONS DE LA MISSION	11
RAPPORT	17
INTRODUCTION	17
1 LES CONDITIONS POUR PERMETTRE A UN PLUS GRAND NOMBRE DE PERSONNES AGEES EN PERTE D'AUTONOMIE DE VIVRE DURABLEMENT CHEZ ELLES NE SONT PAS REUNIES	20
1.1 SI VIVRE CHEZ SOI EST UN SOUHAIT PARTAGE PAR TOUTES LES GENERATIONS, CETTE ATTENTE SE HEURTE A DE NOMBREUSES LIMITES POUR LES PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE	20
1.2 LES POUVOIRS PUBLICS PROMEUVENT UNE POLITIQUE DITE DE « VIRAGE DOMICILIAIRE » DONT LA NATURE ET LE CONTENU REELS SONT AMBIGUS.....	26
1.3 LES MOYENS POUR REUSSIR UNE POLITIQUE DOMICILIAIRE NE SONT PAS REUNIS	29
1.3.1 <i>L'évaluation des besoins est imparfaite, ce qui peut susciter un niveau de réponse inadapté</i>	29
1.3.2 <i>Malgré des efforts déjà conséquents, les moyens mis dans l'accompagnement à domicile demeurent insuffisants au regard des besoins.....</i>	34
1.3.3 <i>Les domiciles alternatifs (résidences et habitats inclusifs) peuvent répondre à certains besoins, mais la cible de ces habitats est incertaine et le développement de l'offre peu encadré.....</i>	40
1.3.4 <i>Aucun mouvement d'ampleur n'a été engagé en faveur d'une transformation domiciliaire des Ehpad eux-mêmes.....</i>	45
1.4 PERSONNES HANDICAPEES VIEILLISSANTES, PERSONNES AGEES EN SITUATION DE GRANDE PRECARITE, PERSONNES AGEES AYANT DES TROUBLES PSYCHIATRIQUES : DES ENTREES EN EHPAD PAS TOUJOURS ADAPTEES	46
2 L'ACCROISSEMENT DU NOMBRE DE PERSONNES AGEES EN PERTE D'AUTONOMIE DANS LES ANNEES A VENIR POURRAIT ENCORE FRAGILISER L'OBJECTIF DE TRANSFORMATION DOMICILIAIRE.....	50
2.1 L'AUGMENTATION A VENIR DU NOMBRE DE PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE REPRESENTÉ UN DEFI QUANTITATIF MAJEUR, D'AMPLEUR ET DE NATURE VARIABLES SELON LES DEPARTEMENTS.....	50
2.2 LA CAPACITE A FAIRE FACE A CE DEFI EST HETEROGENE ENTRE TERRITOIRES	54
2.3 DES TENSIONS PERSISTANTES SUR LES PERSONNELS ET UNE DIMINUTION DU NOMBRE DE PROCHES AIDANTS POURRAIENT COMPROMETTRE LA POLITIQUE DOMICILIAIRE	56
2.3.1 <i>Des métiers du grand âge insuffisamment attractifs.....</i>	56
2.3.2 <i>Une réduction probable du nombre de proches-aidants potentiels.....</i>	59
2.4 LES IMPACTS MULTIPLES DE LA CRISE CLIMATIQUE SUR LES ENJEUX DU VIEILLISSEMENT SONT MAL CONNUS ALORS QU'ILS SONT VRAISEMBLABLEMENT MAJEURS	62
3 A DEFAUT D'UNE POLITIQUE AMBITIEUSE SUR LE DOMICILE ET DU FAIT DU QUASI-ARRET DE CREATION DE PLACES EN EHPAD, LES EVOLUTIONS DEMOGRAPHIQUES POURRAIENT CONDUIRE A UNE SATURATION DES EHPAD ET DES HOPITAUX, ET A UNE DEGRADATION DE LA QUALITE DE VIE A DOMICILE	63
3.1 DE NOMBREUX TERRITOIRES SONT D'ORES ET DEJA CONFRONTES A UNE TENSION SUR L'OFFRE, TENSION QUI RISQUE DE S'INTENSIFIER DANS LES ANNEES A VENIR.....	63

3.1.1	<i>Des tensions d'ores et déjà observables dans certains territoires</i>	63
3.1.2	<i>Un risque de saturation des Ehpad</i>	64
3.1.3	<i>Un changement prévisible des profils des personnes habitant en résidences</i>	65
3.2	CES TENSIONS PEUVENT ETRE AMPLIFIEES PAR DES DIFFICULTES D'ACCES AUX SOINS, QUI TENDENT A REPORTER LA SATURATION SUR LES HOPITAUX	65
3.3	DE LA PREVENTION DE LA PERTE D'AUTONOMIE JUSQU'AUX SOINS PALLIATIFS : LE NECESSAIRE RENFORCEMENT DE TOUTE LA CHAINE DE PRISE EN CHARGE ET D'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES AGEES EN PERTE D'AUTONOMIE	67
3.3.1	<i>Développer la prévention de la perte d'autonomie</i>	68
3.3.2	<i>Renforcer les soins palliatifs en Ehpad et à domicile</i>	69
4	LA POLITIQUE DOMICILIAIRE DE L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES AGEES EN PERTE D'AUTONOMIE REQUIERT UN EFFORT CAPACITAIRE MASSIF TANT VERS LES DOMICILES ORDINAIRES QU'EN RESIDENCES, HABITATS INCLUSIFS ET EHPAD	71
4.1	UN SOUTIEN MASSIF A ORGANISER POUR RENFORCER LES ACTEURS DU DOMICILE, EN PARTICULIER SUR LES RECRUTEMENTS ET LA FIDELISATION DE LEURS EQUIPES	71
4.2	UNE TRANSFORMATION PREVISIBLE DES PROFILS DES PUBLICS PAR TYPE D'HABITAT	71
4.3	UNE STRATEGIE CAPACITAIRE QUI DOIT MOBILISER TERRITORIALEMENT L'ENSEMBLE DU SPECTRE DES HABITATS POUR PERSONNES AGEES EN PERTE D'AUTONOMIE	73
4.3.1	<i>Les enseignements à tirer de l'expérience danoise : une transformation domiciliaire, y compris des Ehpad, à inscrire dans le temps long et requérant des moyens financiers substantiels</i>	73
4.3.2	<i>L'accueil familial : une piste à l'apport quantitatif limité, excepté pour des personnes handicapées vieillissantes</i>	75
4.3.3	<i>L'habitat inclusif : une offre qui pourrait atteindre un volume suffisant pour constituer un véritable segment d'hébergement, notamment pour les personnes âgées ayant des troubles neuro-cognitifs</i>	75
4.3.4	<i>Les résidences autonomie : un plan de créations de 100 000 logements à lancer</i>	76
4.3.5	<i>Les résidences services : une offre dont la pérennité s'appuie sur des fondements potentiellement fragiles</i>	79
4.3.6	<i>Les Ehpad/USLD : des créations à prévoir, en particulier dans les territoires où le nombre de personnes en perte d'autonomie va augmenter le plus fortement</i>	80
4.3.7	<i>L'hôpital : un risque d'embolie en l'absence d'accroissement capacitaire</i>	81
4.3.8	<i>Le pilotage des capacités d'accompagnement par type d'habitat : diagnostic, programmation et suivi à un niveau national et territorial</i>	83
	LISTE DES ANNEXES DU TOME 2	86
	LISTE DES PERSONNES RENCONTREES	87
	SIGLES UTILISES	106
	LETTRE DE MISSION	109

RAPPORT

Introduction

Confiée en mars 2023 au docteur Julien Emmanuelli, à Jean-Baptiste Frossard et à Bruno Vincent, membres de l'IGAS, avec le concours de Tom Durepaire, apprenti, la contribution de Charlotte Carsin (également membre de l'IGAS) et du pôle data de l'IGAS (Juliette Berthe et Léo Zabrocki), la mission relative aux lieux de vie et à l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie³ figure au programme de travail de l'Inspection générale des affaires sociales. Les investigations conduites par la mission l'ont conduite à privilégier la notion de « politique domiciliaire » dans le secteur du grand âge et de l'autonomie à l'expression souvent utilisée mais à l'acception plus étroite de « virage domiciliaire ». En effet, l'enjeu de la période actuelle est de parvenir à ce que les personnes aient le sentiment d'être chez elles quel que soit l'endroit où elles résident : l'objectif est donc à la fois celui d'un renforcement du soutien au domicile (pour un maintien durable à domicile), que ce domicile soit ordinaire ou alternatif, et de l'évolution des Ehpad dans une logique domiciliaire (transformation domiciliaire des Ehpad).

Cette mission s'inscrit dans un contexte particulier agrégeant éléments structurels (vieillesse de la population française avec un accroissement du nombre de personnes âgées en situation de perte d'autonomie, modification des compositions familiales) et conjoncturels (attente depuis de nombreuses années de l'adoption d'une loi Grand âge, affaire Orpea, crise Covid), le tout associé à une volonté politiquement et socialement affirmée de permettre à toutes les personnes de vieillir chez elles, aussi longtemps que possible. La question adressée à la mission était dès lors de comprendre si des situations qui conduisent aujourd'hui à entrer en établissement pourraient dans les années à venir donner lieu à un accompagnement dans d'autres types d'habitats (domicile ordinaire, habitats inclusifs, résidences, accueil familial...), selon des modalités qui puissent répondre aux besoins et aux aspirations de personnes en perte d'autonomie. Cette question ne concerne donc pas les personnes âgées dans leur ensemble, mais les personnes qui, pour des raisons diverses (dégradation de l'état de santé, décès du proche aidant, épisodes répétés de chutes nocturnes, inadaptation du logement et des environnements de vie, manque de personnels disponibles...), sont aujourd'hui amenées à quitter leur domicile privé ordinaire pour entrer en Ehpad mais qui, demain, pourraient, pour un certain nombre d'entre elles, ne pas rejoindre un établissement.

La mission a pris comme point de départ de son analyse les besoins et attentes des personnes et de leur entourage, les capacités d'accompagnement à leur disposition aujourd'hui ou celles nécessaires demain et leurs traductions en termes de lieux de vie (domicile ordinaire, habitats inclusifs, résidences, Ehpad notamment). Elle dépasse donc l'opposition simpliste domicile/établissement, considérant que tout habitat doit offrir aux personnes le sentiment positif de vivre dans un chez-soi. Il s'agit de penser simultanément et de façon prospective les

³ L'expression d'« alternatives à l'Ehpad » utilisée dans la lettre de mission désigne les domiciles privés ordinaires, les logements sociaux, les habitats alternatifs (habitats inclusifs, résidences, accueil familial...) pouvant accueillir les personnes âgées dépendantes, mais aussi l'Ehpad lui-même en tant que structure devant évoluer dans une logique domiciliaire pour répondre aux besoins d'un « chez soi » des personnes âgées en perte d'autonomie.

différents types d'habitat, tout en ne perdant pas de vue le poids quantitatif de chaque segment dans l'offre existante (ex. l'Ehpad occupe une place majeure aujourd'hui avec près de 600 000 personnes accueillies, souvent en grande perte d'autonomie ; la majorité des personnes âgées en perte d'autonomie, en particulier en dépendance modérée, vivent à domicile ; les habitats alternatifs occupent une place certes croissante mais résiduelle dans l'offre actuelle).

La mission a cherché à cerner, au regard de la situation actuelle dans les territoires, les perspectives d'évolution nationale et départementale à court terme (2030), moyen terme (2040) et long terme (2050), et a établi différents scénarios d'évolution selon le lieu de vie des personnes âgées en perte d'autonomie. Ce travail permet d'interroger les mutations tant quantitatives que qualitatives de l'offre par type d'habitat. L'horizon 2040 est souvent retenu dans l'analyse considérant deux éléments : 2040 est une échéance plus rapprochée que 2050, année souvent prise comme référence dans d'autres travaux ; par ailleurs, c'est dans les années 2030 que la croissance de la population âgée en perte d'autonomie – et donc la mise en tension du système de prise en charge et d'accompagnement – devrait être la plus forte, et ce quelle que soit l'hypothèse d'évolution de la dépendance retenue.

A cette fin, la mission a auditionné plus de 400 personnes (administrations, établissements, services, bénéficiaires, chercheurs, représentants d'associations, de syndicats et de fédérations) et s'est déplacée dans un échantillon de douze départements⁴ présentant des profils variés (dominante urbaine et rurale, diversité du niveau socio-économique et d'évolution démographique), et a mené des entretiens ponctuels à distance avec des représentants de six autres⁵. La mission a par ailleurs procédé à des explorations statistiques complémentaires avec l'appui méthodologique du pôle data de l'IGAS pour projeter l'offre et la demande futures.

Afin de catégoriser les départements selon leur capacité à répondre aux besoins de prise en charge des personnes âgées dépendantes, elle a procédé à des analyses en composantes principales⁶ (ACP) de la demande projetée (évolution départementale des personnes classées en GIR 1 à 4⁷ d'ici 2040, proportion départementale des personnes en GIR 1 à 4 en 2040) et de l'offre existante en termes de structures (Ehpad, résidences autonomie et résidences service senior) et de services sanitaires (médecins généralistes et infirmières de proximité) et médicosociales (Ssiad, Spasad, Saad). La mission a présenté ses productions intermédiaires à un groupe test de départements, pour confronter ses projections aux réalités territoriales perçues par les acteurs. Ces travaux ont permis d'approcher plus finement l'hétérogénéité des situations et dynamiques locales mais ne constituent qu'une analyse exploratoire qui devra être poursuivie, notamment à l'échelle des territoires de vie.

⁴ Paris, Yvelines, Seine-Saint-Denis, Val-de-Marne, Gironde, Dordogne, Landes, Loire-Atlantique, Maine-et-Loire, Oise, Savoie, Haute-Vienne.

⁵ Haute-Garonne, Meurthe-et-Moselle, Mayenne, Nord, Tarn, Vendée.

⁶ Le principe de l'ACP est de construire, à partir de variables choisies, un nouvel espace multi-dimensionnel à dimension réduite qui permet de représenter le nuage de points par projection sur de nouveaux axes. Ces axes sont des combinaisons linéaires des variables.

⁷ Les Groupes iso-ressources (GIR) permettent de quantifier le niveau d'aide selon un classement de 1 à 6, le GIR 1 étant le groupe des personnes les plus dépendantes de tierces personnes pour réaliser les actes essentiels de la vie.

Enfin, et en vue de disposer d'éléments de parangonnage, la mission a bénéficié du concours d'une inspectrice de l'IGAS vivant actuellement à proximité du Danemark qui a produit une annexe sur l'accompagnement des personnes âgées dépendantes dans le pays, combinant travail bibliographique de la littérature académique et administrative, exploitation des données statistiques disponibles et entretiens avec des parties prenantes de la société danoise⁸ ainsi que la visite d'une maison de retraite et de logements adaptés à Copenhague.

A l'issue de ces investigations, la mission présente ci-dessous ses constats, analyses et recommandations. Les développements détaillés relatifs à chaque sujet sont présentés dans 15 annexes :

- Evaluation des besoins des personnes âgées en perte d'autonomie
- Conditions et limites de la vie à domicile
- Aide et l'accompagnement à domicile
- Habitat inclusif pour personnes âgées
- Résidences autonomie
- Résidences services
- Etablissements pour personnes âgées dépendantes (Ehpad)
- Accueil familial
- Comparaison des différents types d'habitats pour personnes âgées en perte d'autonomie
- Personnes âgées et système de santé
- Personnes âgées et accompagnement de la fin de vie
- Projections démographiques de l'augmentation de la population âgée en perte d'autonomie
- Catégorisation des départements au regard de leur offre actuelle et de leur demande projetée
- Modélisation de scénarios prospectifs de répartition de la population âgée en perte d'autonomie par type d'habitat
- Parangonnage avec le Danemark

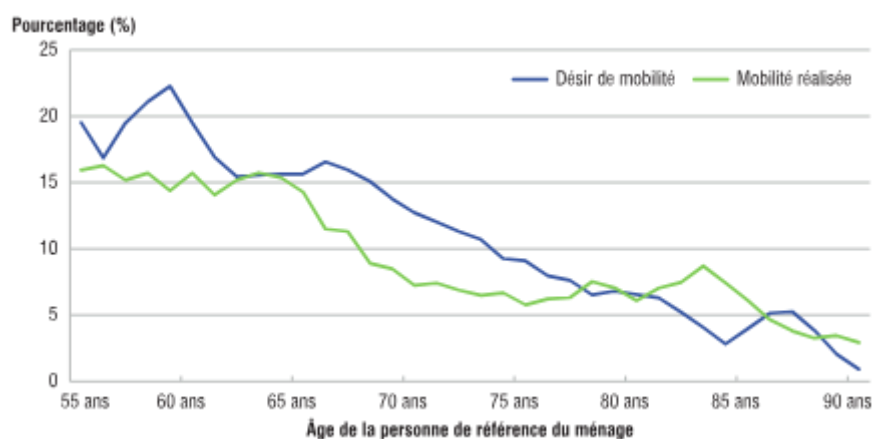
⁸ Municipalité de Copenhague, association des municipalités danoises, association représentative des personnes âgées, ambassade du Danemark en France.

1 Les conditions pour permettre à un plus grand nombre de personnes âgées en perte d'autonomie de vivre durablement chez elles ne sont pas réunies

1.1 Si vivre chez soi est un souhait partagé par toutes les générations, cette attente se heurte à de nombreuses limites pour les personnes en perte d'autonomie

De nombreuses enquêtes soulignent l'aspiration générale des personnes à vieillir chez elles⁹. Ce souhait tend à se renforcer avec l'avancée en âge : plus les personnes vieillissent, plus le fait de rester à domicile est cité comme le critère prioritaire du « bien vieillir », tandis que les désirs de mobilité résidentielle diminuent de façon constante après 60 ans.

Graphique 1 : Désir de mobilité et mobilité réalisée après 55 ans



Source : INSEE, Enquête Logement 2013¹⁰

Cette aspiration est amplifiée par une image négative des Ehpad, qui représentent souvent pour les personnes une solution subie et une mise en retrait de la société. Les Ehpad sont ainsi associés, dans certaines représentations sociales, à des « mouvoirs », des « ghettos de vieux », des lieux standardisés, aseptisés et tristes, qui favorisent l'ennui, la restriction de la liberté et les risques de

⁹ Voir notamment étude IFOP pour la Fesp, « Seniors : marché et habitat inclusif », 2019. Etude réalisée sur un échantillon de 1 507 personnes, représentatif de la population française âgée de 50 ans et plus ; Etude IFOP pour Arpavie, « Dispositif d'étude sur les attentes des seniors en matière de lieu de vie », 2023. Etude réalisée sur un échantillon de personnes de 55 à 65 ans de la région bordelaise ; Credoc, Enquête conditions de vie et aspirations, 2016.

¹⁰ Cette étude déjà ancienne est actuellement en cours de reconduction : les nouveaux résultats qui seront disponibles en 2024 devraient notamment permettre d'évaluer les évolutions du rapport au logement dans les premières générations du *baby-boom*.

maltraitance¹¹. Si le refus de l'entrée en établissement est ancien¹², il a progressé au cours des dernières années : 31 % des personnes déclaraient en 2002 que l'EHPAD n'était « pas du tout envisageable » pour elles-mêmes, contre 40 % en 2021¹³.

Le souhait des personnes est avant tout de vivre dans un « chez-soi ». Les personnes peuvent être prêtes à changer de domicile pour un logement plus adapté à leurs besoins et à leurs attentes¹⁴, certaines études suggérant que la volonté de rester chez soi tient davantage à un manque d'information et d'aide au déménagement qu'à un attachement au logement dit « historique »¹⁵. Un tel attachement est par ailleurs susceptible de diminuer dans les nouvelles générations de personnes âgées, qui ont connu davantage de mobilités spatiales au cours de leur vie¹⁶. Vivre chez soi en situation de perte d'autonomie est non seulement le désir le plus répandu mais c'est aussi une réalité pour la majorité des personnes âgées dépendantes en France, en particulier pour celles dont les besoins d'aide et de surveillance ne sont pas constants et pour lesquelles la dépendance n'est pas la plus importante (GIR 3 et 4)¹⁷.

Pour autant, ces enquêtes ne concernent pas spécifiquement les personnes en situation de perte d'autonomie, susceptibles d'entrer en établissement. Si la perspective de vieillir dans son domicile privé historique peut paraître désirable à une personne qui conserve un degré satisfaisant d'autonomie, elle ne l'est pas nécessairement dans les mêmes proportions pour celles dont les capacités fonctionnelles diminuent. Sachant que 21 % des plus de 60 ans sont isolés de leur cercle familial, et que 3 % sont en état de « mort sociale » (sans aucune interaction humaine, y compris à distance¹⁸), le domicile peut également devenir un lieu d'isolement et d'enfermement pour une personne qui n'est plus en mesure de sortir, de se déplacer et de réaliser les actes de la vie quotidienne facilement par ses propres moyens, et peut accroître les risques de troubles dépressifs et de suicide, dont la prévalence est élevée chez les personnes âgées¹⁹.

¹¹ Etude IFOP pour Arpavie, *op.cit.*

¹² On note ainsi des valeurs constantes dans les désirs de mobilité des vagues de l'enquête Logement de l'INSEE depuis 2002.

¹³ DREES, *Etudes et résultats*, « Les Français souhaitent une prise en charge par l'État de la perte d'autonomie des personnes âgées », mai 2020, n°1148

¹⁴ Fanny Auger, Vincent Caradec, Ségolène Petit, « Anticiper le grand âge ? Comment les jeunes retraités » Baby-boomers « adaptent » leur logement », *Retraite et société*, 2017/3 (N° 78) ; Sabrina Aouici, Laurent Nowik, « Mobilité résidentielle et vieillissement : pour le meilleur et contre le pire », *Retraite et société*, 2021/2.

¹⁵ Recherches conduites par Jim Ogg et Sarah Hillcoat-Nallétemby au pays de Galles sur le service « Moving On », qui propose un accompagnement et une aide au déménagement pour les personnes âgées, citées dans le rapport du HCFEA, *Mobilités résidentielles des seniors et aménagement des territoires*, 2021.

¹⁶ Bonvalet C., Ogg J., *Les Baby-boomers : une génération mobile*, Editions de l'Aube, 2009. Aouici S., Nowik L., « Mobilité résidentielle et vieillissement », *art. cit.*

¹⁷ EN 2017, 770 000 personnes bénéficient de l'APA (allocation personnalisée d'autonomie) à domicile, soit 59 % de l'ensemble des bénéficiaires de l'APA. Seul un bénéficiaire sur cinq de l'APA à domicile est confiné au lit ou en fauteuil et a besoin d'une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante (ou a des fonctions mentales altérées mais est capable de se déplacer) (in <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/profils-niveaux-de-ressources-et-plans-daide-des-beneficiaires-de>). La majorité des bénéficiaires de l'APA classé en GIR 1 ou 2 vivent en Ehpad.

¹⁸ Petits frères des pauvres, « Baromètre solitude et isolement : quand on a plus de 60 ans en France en 2021 », 2021.

¹⁹ La mortalité liée au suicide s'établit chez les plus de 85 ans à 37,9 pour 100 000 personnes, soit deux fois le taux observé pour les 25-44 ans, et 1,5 fois pour les 45-74 ans. S'agissant de la dépression, la cohorte PAQUID

Pour les personnes qui bénéficient d'une aide importante de leurs proches, les effets de la relation entre la personne aidée et le proche-aidant (refus de la personne âgée d'être « à charge », épuisement du conjoint, angoisse des enfants pour la sécurité de la personne seule à domicile...) ont également une incidence sur la volonté et la liberté de rester chez soi (voir *infra* sur les limites du domicile).

La vie à domicile suppose à ce titre que l'environnement matériel et humain permette de répondre aux besoins d'une personne en situation de perte d'autonomie. Ces besoins concernent aussi bien l'accès aux soins et à une aide professionnelle et de l'entourage suffisante et adaptée, que le besoin plus large de présence sociale, affective et de contact physique²⁰, auxquels il faut ajouter l'adaptation physique des environnements de vie (logement, quartier) en lien étroit avec les problématiques d'aménagement urbain. Les stimulations sociales externes permettent de prévenir les effets de retrait du monde de la personne âgée à son domicile, et de maintenir « la pensée du sujet en éveil, de mobiliser sa vie affective et une vie intersubjective riche, capable de soutenir son identité²¹ ».

Ils renvoient à un besoin d'estime de soi, nourrie en particulier par le maintien de la participation aux activités de la vie quotidienne en fonction de ses capacités (participation au ménage, à la cuisine, à la préparation des aliments...), ce qui suppose également un environnement matériel adapté, qui préserve la capacité à se déplacer et à agir. L'environnement doit par ailleurs répondre à un besoin de sécurité matérielle et affective, vis-à-vis des émotions les plus difficiles (angoisses nocturnes, phobie de la chute encore appelée syndrome post chute...): pour les personnes atteintes de maladies neurodégénératives (dont maladies d'Alzheimer et apparentées), ce besoin peut comprendre un besoin de présence et de surveillance permanentes. Il suppose enfin de satisfaire un besoin de reconfiguration de la vie sociale, pour permettre à la personne de s'adapter à la perte d'autonomie ou à des événements de vie (décès du conjoint, raréfaction de l'entourage, éloignement des enfants...), en soutenant son sentiment d'utilité et de participation à la vie sociale et citoyenne.

Or ces besoins ne sont pas toujours satisfaits par les conditions de la vie à domicile (voir l'annexe 2 relative aux conditions et limites de la vie à domicile). Les limites du maintien à domicile, dont les causes sont multifactorielles²², et qui peuvent entraîner une demande d'admission en établissement, ne tiennent pas à la situation objective de la personne (niveau de dépendance ou état de santé), mais à la façon dont la personne perçoit son propre état, et dont l'environnement

trouve un taux de prévalence de 13 % chez les sujets âgés. Ce taux s'élève néanmoins à 50 % pour les personnes en Ehpad.

²⁰ V.G. Cicarelli, « Attachment and obligation as daughters' motives for caregiving behavior and subsequent effect on subjective burden », *Psychology Aging*, 1993; Philipp R. Shaver, Mario Mikulincer, "Attachment in the later years: a commentary", *Attachment and Human Development*, 2004.

²¹ Melanie Freitas, Hassan Rahioui, « L'attachement chez le sujet âgé », *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*, 2017. Voir également M. Delage, *La Vie des émotions et l'attachement dans la famille*, Paris, Odile Jacob, 2013.

²² Voir notamment pour la revue de littérature, Muriel Manent et Véronique Protat, « Les facteurs déclenchant l'entrée en Ehpad : état de la connaissance bibliographique », *Géronto-Clef*, 2011 ; Miller, Weissert, « Synthèse des facteurs prédictifs de placement en institution de personnes âgées en institution, 2000.

matériel et humain parvient à s'adapter à cette situation²³. De nombreuses personnes en forte perte d'autonomie (troubles neuro-cognitifs avancés, obésité morbide avec incapacité totale de réaliser seul les actes de la vie quotidienne, pathologies lourdes, fin de vie...) vivent à domicile : cette situation concerne en 2019 un tiers des personnes classées en GIR 1-2²⁴, soit le niveau le plus élevé de dépendance²⁵.

A l'inverse, les habitants des Ehpad sont à 26 % classés en GIR 4, 5 et 6, soit autonomes ou en perte d'autonomie modérée selon le classement par la grille AGGIR²⁶. A ce titre, l'idée, promue par certains, de réserver les Ehpad aux personnes classées en GIR 1-2, et d'accompagner à domicile les personnes classées en GIR 3 à 6, se fonde sur une représentation partielle et inadéquate de l'histoire de vie des personnes âgées et des motifs d'entrée en établissement.

En plus de minimiser l'impact des défauts internes de la grille AGGIR (faible reconnaissance des besoins d'accompagnement des personnes atteintes de maladies neurocognitives longtemps classées en GIR 6, 5 et 4), une telle approche néglige par exemple le fait que certains facteurs comme l'âge favorisent l'entrée en EHPAD (à situation égale, une personne de 95 ans est plus susceptible d'entrer en établissement qu'une personne de 85 ans, notamment parce que les enfants, eux-mêmes âgés et parfois en plus mauvais état de santé que leurs parents, et les professionnels tendent davantage à imposer leur volonté à une personne plus âgée), ou que des événements de vie comme des chutes nocturnes répétées ou le décès du conjoint peuvent déclencher et précipiter l'entrée en EHPAD, alors même que ces événements n'ont pas entraîné de dégradation de l'autonomie de la personne²⁷.

Les facteurs qui mettent à l'épreuve la vie à domicile doivent donc être envisagés à partir des fragilités de l'environnement social, affectif, physique et professionnel :

- La moindre disponibilité ou l'absence des proches aidants. L'aide apportée aux personnes en perte d'autonomie est avant tout une aide de l'entourage, qui intervient dans des proportions trois à quatre fois supérieures à celles de l'aide professionnelle. Les personnes classées en GIR 1 et 2 qui vivent à domicile déclarent ainsi pour la moitié d'entre elles recevoir une aide de l'entourage d'une durée de plus de 35 heures par semaine pour les activités de la vie quotidienne, l'aide professionnelle venant en complément, à 9 heures par semaine pour la moitié d'entre eux.

²³ Voir notamment Bernard Ennuyer, « Les limites du maintien à domicile et la question des coûts », dans *Repenser le maintien à domicile*, 2014, .235-254, Simeone I., Tanzi F., 1983, « Le maintien à domicile des personnes âgées : limites, dangers, et responsabilités », *La revue de gériatrie*, tome 8, N°4 et 5.

²⁴ Les groupes iso-ressources (GIR) correspondent aux catégories de la grille AGGIR, destinée à évaluer le niveau de dépendance. Le classement va du GIR 1 au GIR 6 (personne autonome).

²⁵ Les travaux menés par la Drees (modèle Livia) prenant en compte les personnes âgées en perte d'autonomie qui ne recourent pas à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) tendent à montrer que, parmi les personnes âgées ayant une forte dépendance (équivalent à GIR 1 ou 2), qu'elles soient ou non bénéficiaires de l'APA, la majorité vit à domicile.

²⁶ EHPA, 2017.

²⁷ Voir notamment Mantonvani J., Rolland C., Andrieu S., « Etude sociologique sur les conditions d'entrée en institution des personnes âgées et les limites du maintien à domicile », DREES, n°83 – novembre 2008.

Tableau 1 : Nombre médian d'heures hebdomadaires d'aide apportées par les proches et les professionnels pour la vie quotidienne selon le GIR estimé des seniors à domicile

	Volume médian d'aide apportée par l'entourage	Volume médian d'aide apportée par un professionnel
Ensemble	5 h	0 h 55
GIR estimé 1-2	35 h 40	8 h 55
GIR estimé 3	19 h 35	5 h
GIR estimé 4	5 h 55	2 h
GIR estimé 5-6	3 h	0 h

Source : DREES, *Etudes et résultats*, « Un senior à domicile sur cinq aidé régulièrement pour les tâches du quotidien », 2019, à partir des données de l'enquête CARE 2016.

Dans ces conditions, l'épuisement (burn out par manque d'aide professionnelle à la personne aidée et de soutien aux proches) ou le décès du proche-aidant principal peuvent entraîner une entrée en établissement, autant que le renoncement à l'aide de proche-aidants potentiels (éloignement géographique des enfants, charge trop lourde au regard de la disponibilité des personnes, angoisse vis-à-vis des chutes, de l'errance d'une personne atteinte d'une maladie neuro-dégénérative, de la solitude nocturne...). Cette répartition de l'aide professionnelle et de l'aide de l'entourage pose par ailleurs la question des personnes isolées : la disponibilité d'un seul proche-aidant majore le risque d'entrée en établissement non choisi (placement), et *a fortiori* l'absence d'aidant²⁸. 17 % des personnes sont célibataires en établissement, contre 7 % à domicile²⁹ ;

- L'inadaptation de l'aide professionnelle : dans un contexte de pénurie de professionnels³⁰, la part de demandes aux services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) qui peuvent être intégralement honorées est en diminution constante au cours des dernières années, le reste des demandes devant être honorées partiellement (en-dessous du niveau des besoins évalués et du plan d'aide notifié), refusées ou reportées. Or les aides à domicile sont les piliers du monde du domicile, ces intervenants étant les plus présents auprès des personnes : ils réalisent deux tiers du volume d'heures global passées par des professionnels auprès des bénéficiaires de l'APA (contre 31 % pour les infirmiers libéraux et 7 % pour les SSIAD³¹).

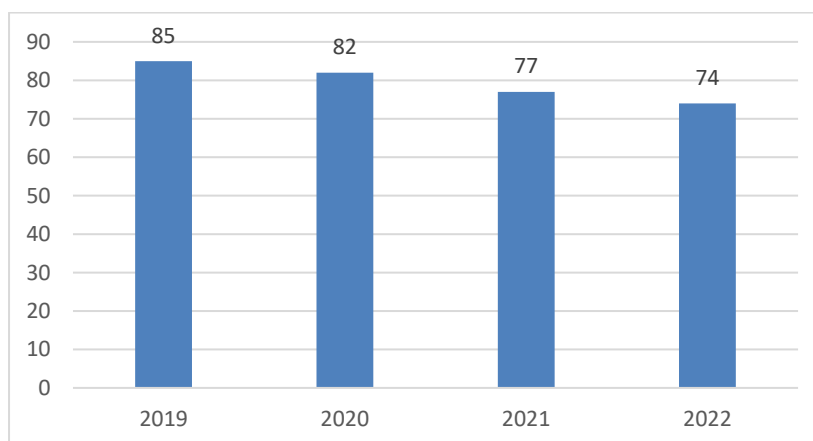
²⁸ Branch et Jette, 1982 ; Miller et Weissert 2000. Van Houvten C H, Norton E.C., Informal care and health care use of older adults, *Journal of Health Economics*, 2004, nov. 23.

²⁹ IPP, « Vieillir à domicile : disparités territoriales, enjeux et perspectives », 2023.

³⁰ Il est à noter que les Ehpad sont aussi touchés par les pénuries de personnel, ce qui peut les conduire par endroits à des gels de places.

³¹ Les dossiers de la DREES, « Accompagnement professionnel des personnes âgées en perte d'autonomie », n°51, mars 2020.

Graphique 2 : Nombre de demandes intégralement prises en charge par les SAAD sur 100 demandes



Source : Opinionway pour UNA

Sur le plan qualitatif, l'aide doit permettre de mobiliser des personnels formés, pour des interventions diversifiées et adaptées aux besoins de la personne : le rapport de l'Igas de 2023 relatif à la prise en charge des personnes atteintes de maladies neuro-dégénératives a notamment souligné le déploiement insuffisant des équipes spécialisées Alzheimer à domicile³². Des constats similaires peuvent être faits pour les prestations de vie sociale et les aides techniques au sein des plans d'aide APA, autant que pour la diversification des interventions (ergothérapeutes, psychomotriciens, psychologues...).

De façon plus structurelle, les modalités actuelles des plans d'aide accordés dans le cadre de l'APA ne permettent pas de soutenir financièrement à domicile des personnes ayant des besoins d'aide et de présence très élevés, besoins qui peuvent susciter une demande d'entrée en établissement. Le domicile devient ainsi plus coûteux qu'un EHPAD à partir d'environ 5 heures d'aide par jour (calcul mission – cf. annexe 3 Aides et accompagnement domicile pour plus de détails) : s'agissant des personnes nécessitant une présence permanente, y compris la nuit, il s'agit d'une solution inaccessible à domicile, à moins de disposer de ressources très élevées (reste à charge pour l'utilisateur estimé entre 6 000 et 8 000 euros par mois)³³. Le développement de la domotique devrait pouvoir améliorer certaines situations, mais ne permet pas pour autant de se passer complètement de présence humaine.

- Les difficultés d'accès aux soins ou de suivi du plan de soins, renforcés par les problèmes de démographie médicale et par la baisse constante des visites à domicile. En 20 ans (de 1997 à 2016), le nombre de visites médicales a été pratiquement divisé par trois³⁴.

³² Nicole Bohic, Delphine Corlay, Louis-Charles Viossat, Inspection Générale des Affaires Sociales, « Évaluation des dispositifs spécialisés de prise en charge des personnes atteintes de maladies neurodégénératives », juillet 2022, publié en 2023.

³³ Le détail des estimations est présenté dans l'annexe 3 « Aide et accompagnement à domicile ».

³⁴ Le nombre de visites à domicile est passé de 71 millions en 1997 à 24 millions en 2016, rapport du sénat « hôpital : sortir des urgences », n°582, 2021-2022, reprenant les données d'une thèse de médecine, *Etat des lieux de la visite à domicile par les médecins généralistes en France*, A. Colin, 2019).

- La dégradation de l'état de santé, en particulier pour les personnes atteintes de troubles neuro-cognitifs, lorsque surviennent des troubles du comportement (agressivité ou apathie) ou que la personne ne reconnaît plus le proche aidant, et quand la dégradation de l'état de santé conduit à des hospitalisations répétées ;
- L'inadaptation du logement ou de l'environnement de vie (quartier). Cette inadaptation peut tenir à la proximité des services, des commerces et des transports, au sentiment de sécurité et d'inclusion dans le quartier (sécurité des personnes, largeur des trottoirs, assises régulières, vie collective et solidarités de quartier...), à des problèmes de salubrité, au manque d'accessibilité du logement pour des personnes à l'autonomie réduite (étage sans ascenseur), ou au manque d'adaptation de l'habitat aux besoins et aux usages de la personne (aménagement intérieurs).

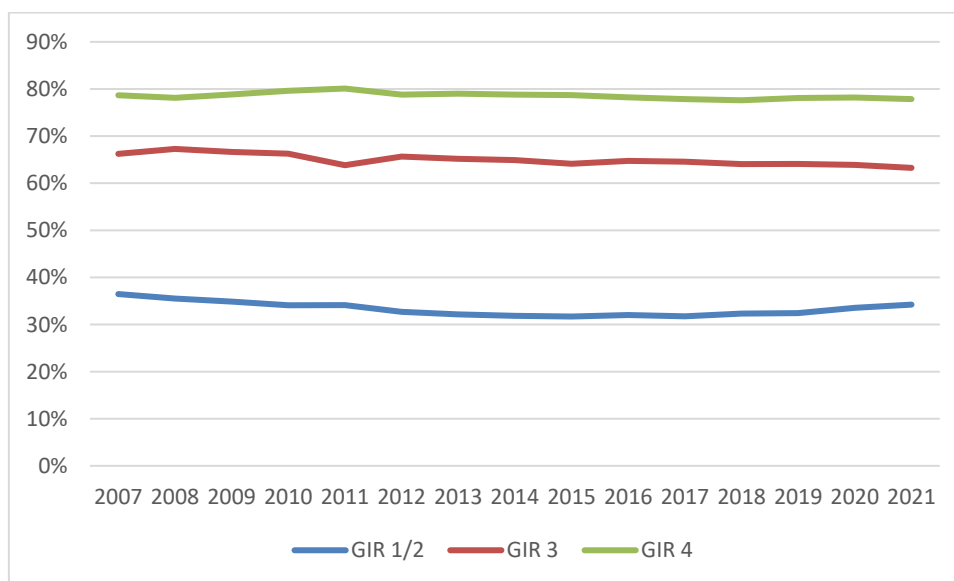
Pour répondre à ces difficultés, se sont développées depuis de nombreuses années des formes alternatives de domicile pour personnes âgées (résidences autonomie, résidences services, habitat inclusif, béguinage...). Cette offre peut être susceptible de répondre à certains besoins, en particulier en termes de sécurisation, de mobilité (en particulier pour les personnes vivant dans des immeubles ne disposant pas d'ascenseurs) et d'accès facilité à l'aide, autant qu'aux aspirations des personnes âgées. Néanmoins, les objectifs de développement actuels de ces habitats ne permettent pas pleinement d'envisager la façon dont ils pourront couvrir les besoins liés à l'évolution démographique des profils de populations qu'elles accueillent d'ores et déjà, majorée de nouvelles populations qui correspondent aux profils de personnes qui entrent actuellement en Ehpad et nécessitent un soutien à domicile plus important : dans la mesure où ces habitats sont construits sur le modèle domiciliaire, ils sont par ailleurs confrontés dans bien des cas aux mêmes situations-limites que le domicile ordinaire (voir *infra*).

1.2 Les pouvoirs publics promeuvent une politique dite de « virage domiciliaire » dont la nature et le contenu réels sont ambigus

Pour mieux répondre aux aspirations des personnes, la priorité accordée au domicile a été réaffirmée dans l'ensemble des productions publiques et plans nationaux consacrés aux personnes âgées au cours des soixante dernières années. Dès 1962, le rapport Laroque soulignait que l'aspiration première des personnes était de rester chez elles « aussi longtemps que possible », et que les politiques du grand âge devaient se donner comme ambition de permettre la réalisation de ce souhait. Cette ambition s'est notamment concrétisée dans la création de la prestation spécifique dépendance en 1997, remplacée en 2001 par l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), dans les mesures de développement des services à la personne, et dans les plans élaborés depuis le début des années 2000 (plan vieillissement et solidarité de 2003, plan solidarité grand âge de 2006, plan Alzheimer 2008-2012, plan maladies neuro-dégénératives 2014-2019, feuille de route maladies neuro-dégénératives...), qui ont décliné les actions à conduire pour permettre de repousser les limites du maintien à domicile : développement de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire, déploiement des équipes spécialisées Alzheimer, adaptation des logements, diversification de l'offre de services à domicile etc.

Pour autant, au sein des personnes bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), la part de personnes demeurant à leur domicile et la part de personnes en établissement ne paraissent pas avoir connu d'évolution significative au cours des quinze dernières années.

Graphique 3 : Part des personnes bénéficiaires de l'APA à domicile sur l'ensemble des bénéficiaires de l'APA



Source : DREES, PA – Bénéficiaire par GIR, 2022, traitement mission

Si le taux d'équipement en EHPA/EHPAD a légèrement diminué entre 2006 et 2019 de 107,6 à 101,8 pour 1 000 personnes de 75 ans et plus³⁵, cette évolution pourrait être largement due à l'augmentation de l'espérance de vie sans incapacité³⁶, et à la diminution du temps passé dans la dépendance³⁷, ainsi qu'à une évolution plus rapide de la population âgée que du nombre de places d'Ehpad.

Si les pouvoirs publics souhaitent renforcer l'objectif de diminution de la part de personnes en Ehpad par une politique qualifiée de « virage domiciliaire », ce terme paraît inadapté et fondé sur des hypothèses fragiles :

- Les projections de la politique du « virage domiciliaire » reposent sur une baisse de 4 à 5 points du taux de personnes vivant en établissement à horizon 2030, ce qui représenterait une rupture profonde avec les tendances de long terme, d'autant que le volume de personnes en perte d'autonomie est appelé à croître de plus d'1,5 millions d'ici 2050. Parallèlement, la population des plus de 95 ans devrait passer de 115 000 personnes en 2013 à 415 000 personnes en 2040 (dont 74 000 centenaires, contre 20 000 en 2013 et 30 000 centenaires en France en 2023³⁸), sachant que 42 % des personnes de 95 ans et 55 % des personnes de 100 ans vivent actuellement en institution. Il n'a pas été présenté à la mission

³⁵ Cour des comptes, *Les services de soins à domicile*, décembre 2021.

³⁶ Selon la DREES, l'espérance de vie sans incapacité progresse continuellement depuis 2008, à un rythme plus élevé que l'espérance de vie à 65 ans. Selon l'analyse de StratSeniors, sur le fondement des statistiques d'état civil de l'INSEE et des données issues de l'enquête SPCV, l'espérance de vie sans incapacité aurait augmenté de 2,1 ans pour les femmes et d'1,9 ans pour les hommes entre 2016 et 2021, à espérance de vie à 65 ans inchangée.

³⁷ DREES, « Allocation personnalisée d'autonomie : la part de l'espérance de vie passée en tant que bénéficiaire depuis 2010 diminue », 2021.

³⁸ Insee Première n° 1943, 2023.

d'éléments probants permettant de fonder ces hypothèses de diminution de 4 à 5 points³⁹, ni de mesure prise sur le domicile qui conduirait à anticiper de telles évolutions dans toutes les composantes nécessaires à l'accompagnement (sanitaire, médico-social et social). Au surplus, les paramètres retenus dans les projections ont tendance à minorer les besoins : outre de reposer sur l'hypothèse que le socle est correctement pris en charge, elles prennent en compte la hausse des effectifs APA mais pas celles de leurs besoins⁴⁰, et raisonnent à pleine capacité institutionnelle et à capacité de proches aidants constante ;

- Ces projections prennent peu en compte des publics qui sont de plus en plus fréquemment orientés vers les Ehpad, quand bien même ce lieu peut paraître insatisfaisant au regard de leur besoins : personnes handicapées vieillissantes âgées de plus de 60 ans (40 000 en Ehpad⁴¹ et 10 000 en EHPA), personnes à la rue ou en situation de marginalité sociale avec troubles du comportement souvent associés, personnes présentant des pathologies psychiatriques ;
- Le « virage domiciliaire » tend à être abordé de façon artificielle par la quasi-mise à l'arrêt de création de places d'Ehpad. Or la baisse du nombre d'entrées en établissement ne peut intervenir de façon satisfaisante que si elle correspond à une baisse de la demande, c'est-à-dire à une amélioration de l'accompagnement à domicile qui permettra de faire reculer ou de surmonter les « situations-limites » à domicile, qui conduisent à une demande d'entrée en établissement. Sans un renforcement marqué des capacités d'accompagnement à domicile, la baisse du taux d'institutionnalisation ne conduira pas à un « virage domiciliaire », mais à une dégradation des situations de vie à domicile, à une fragilisation des habitats alternatifs, à une augmentation des situations de ruptures et d'urgence critique, et à une hausse des problèmes de santé et des hospitalisations des proches aidants comme des personnes aidées. L'Etat doit se garder de reproduire en cette matière les erreurs commises dans les suites de la désinstitutionnalisation de la psychiatrie, qui, faute d'un renforcement adapté aux besoins des capacités ambulatoires et du maintien à un niveau suffisant de l'offre en établissement, s'est accompagnée d'une désorganisation de la filière et d'une dégradation de l'accompagnement et du soin des personnes ;
- L'expression de « virage domiciliaire » est construite sur une analogie trompeuse avec le virage ambulatoire de l'hôpital. Elle n'est pourtant pas employée comme la seconde pour désigner une transformation des pratiques des établissements, mais pour qualifier une plus grande capacité des personnes à vivre durablement chez elles, ce qui ne constitue pas un virage mais un prolongement des objectifs affirmés depuis plusieurs décennies.

³⁹ Pour mémoire, la Drees estimait en 2020 qu'à horizon 2030, à pratique d'institutionnalisation inchangée, il faudrait créer plus de 100 000 places d'Ehpad en France (in Études et résultats, Drees, N° 1172, déc. 2020)

⁴⁰ « Un tel scénario n'est pas satisfaisant pour tenir compte du changement de composition de la population à domicile entraînée par le virage domiciliaire (plus dépendante, avec davantage de pathologies, plus isolée socialement) », IPP 2023

⁴¹ Cour des comptes, « L'accompagnement des personnes en situation de handicap vieillissantes », septembre 2023.

La construction d'une offre qui réponde mieux aux besoins et aux attentes des personnes ne peut que reposer sur trois principes :

- Une politique de renforcement du soutien à domicile, qui permette de mieux financer les services et d'apporter une aide et un accompagnement suffisants, diversifiés et adaptés à la personne et à ses proches-aidants, de façon à repousser les situations-limites et à diminuer la demande d'entrée en établissement de façon permanente et non choisie ; les solutions souples et progressives d'accompagnement entre différentes formes d'habitat, dont celui proposé au sein des Ehpad, se développent (accueil de jour, hébergement d'urgence et/ou temporaire...) et doivent se renforcer de façon complémentaire⁴² ;
- Une offre diversifiée, qui permette de s'adapter de façon souple aux besoins individuels, ce qui suppose de mettre à niveau le parc d'Ehpad dans les territoires où sont anticipées des évolutions importantes du nombre de personnes en situation de perte d'autonomie nécessitant une aide ou une surveillance constante, et de construire des cibles quantitatives pour l'habitat alternatif qui en fasse un véritable segment de l'offre (voir la partie 4 du rapport) ;
- Une transformation domiciliaire des Ehpad eux-mêmes, qui permette de proposer à toutes les personnes de vivre dans un « chez-soi » adapté à leurs besoins au-delà des seuls besoins en soins et en aide pour la réalisation des actes essentiels de la vie quotidienne, en conformité avec l'article 2 de la charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance⁴³.

Recommandation n°1 Remplacer l'objectif de « virage domiciliaire » par une politique de « renforcement du soutien à domicile »

Recommandation n°2 Reposer comme principe fondamental le droit de toute personne à vivre dans un « chez-soi » adapté à ses besoins, quel que soit le type d'habitat

1.3 Les moyens pour réussir une politique domiciliaire ne sont pas réunis

1.3.1 L'évaluation des besoins est imparfaite, ce qui peut susciter un niveau de réponse inadapté

Quoiqu'ils soient dénoncés depuis plus de vingt ans, les défauts de la grille Aggir n'ont pas été résolus⁴⁴. Cette grille a pour objet d'évaluer le niveau de dépendance des personnes par le classement dans un groupe iso-ressources (GIR) : les personnes classées en GIR 5-6 peuvent demander une aide de leur caisse de retraite ou du département (prestation d'aide-ménagère

⁴² Etant donné le caractère récent des expériences dites « d'Ehpad hors les murs », la mission ne s'estime pas en capacité de porter un jugement sur la performance organisationnelle, RH, financière et qualitative des dispositifs testés, même si elle a auditionné plusieurs porteurs de projet. Elle note cependant que les projets déployés ne semblent pas répondre à deux enjeux cruciaux : l'isolement social (couplé à une absence d'aidants) et des troubles neuro-cognitifs productifs chez les bénéficiaires.

⁴³ 2.Cadre de vie : Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit pouvoir choisir un lieu de vie - domicile personnel ou collectif - adapté à ses attentes et à ses besoins.

⁴⁴ Les constats et analyses relatifs à cette question sont présentés dans l'annexe 1 « Evaluation des besoins ».

accordée sous conditions de ressources), tandis que les personnes classées en GIR 1-4 (plus hauts niveaux de dépendance) sont éligibles à l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA). Comme l'avait montré la commission présidée par Alain Colvez en 2003, la grille évalue un niveau de réalisation des actes essentiels de la vie quotidienne et non le niveau de besoins d'aide, alors même qu'il n'existe pas de corrélation stricte entre le niveau de dépendance tel qu'il est évalué par les GIR et le niveau de besoin d'aide et d'accompagnement. Une personne en GIR 4 peut requérir une présence plus intensive d'une aide à domicile, en particulier quand elle souffre de troubles neuro-cognitifs, qu'une personne en GIR 1 alitée, et qui bénéficie par ailleurs de l'hospitalisation à domicile et de soins infirmiers. Par conséquent, la fixation d'un plafond d'aide différent pour chaque GIR ne paraît pas adaptée pour répondre à l'objectif d'élaborer un plan d'aide selon les besoins de la personne dans un environnement donné.

Les insuffisances de la grille sont particulièrement manifestes pour les personnes atteintes de troubles neuro-cognitifs. En effet, l'algorithme de la grille Aggir, qui n'a pas été modifié depuis les années 1990, accorde très peu de points aux troubles de l'orientation et de la cohérence lorsque ceux-ci ne sont pas majeurs (codage B) ou ne s'accompagnent pas d'une incapacité à réaliser les actes essentiels de la vie quotidienne (se laver, s'habiller, se déplacer, manger...). Ceci explique que des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, qui nécessitent une présence et une attention régulière, et dont l'accompagnement constitue une lourde charge morale pour les proches aidants, puissent être classées en GIR 5 ou 6 et renvoyés au faible nombre d'heures d'aide à domicile des caisses de retraite (malgré le renforcement des actions de prévention de la perte d'autonomie et de la prévention collective prévu par le dispositif Oscar). Dans le cadre de la reconnaissance mutuelle des évaluations entre les caisses de retraite et les départements, et de la mise en place d'un dossier commun de demande CNAV-CNSA, l'éligibilité des personnes classées en GIR 5-6 pour lesquelles la grille Fragire de la CNAV met en évidence des troubles cognitifs devrait être envisagée⁴⁵. Les outils en cours de mise en œuvre ne semblent pas aller dans ce sens, puisque le Cerfa du dossier commun de demande mis en ligne en octobre 2023 ne pose pas la question des troubles cognitifs (orientation et cohérence), et dirige les personnes vers l'APA ou les caisses de retraite sur le seul fondement de leur capacité fonctionnelle à réaliser les actes de la vie quotidienne. La définition légale de la dépendance précise pourtant qu'il s'agit de personnes qui ont « besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou requiert une surveillance régulière. ». Pour les personnes classées dans les GIR 1 à 4, la levée des montants limités par GIR doit pouvoir limiter les conséquences de ce défaut de l'algorithme. De nombreux témoignages de familles de personnes âgées présentant des troubles du comportement⁴⁶ ont mis en exergue la difficulté d'évoluer du groupe 4 aux groupes 3 et 2 malgré l'augmentation des besoins des personnes (irritabilité, impatiences...) et des difficultés des proches-aidants (fatigue, épuisement...).

⁴⁵ Le rapport du comité scientifique pour l'adaptation des outils d'évaluation de l'autonomie (janvier 2003) rappelle que l'étude réalisée dans le suivi de la cohorte Paquid a montré que 49,3 % des personnes diagnostiquées démentes par le Mini Mental State sont classées dans les groupes GIR 4 à 6, et que plus de la moitié de ces sujets présentent une détérioration cognitive sévère selon le MMS (<18), en particulier les sujets classés en GIR 4.

⁴⁶ Questionnaire aux familles adressé dans le cadre de la mission IGAS « Evaluation des dispositifs spécialisés de prise en charge des personnes atteintes de maladies neurodégénératives ».

Les pratiques d'évaluation varient d'un département à l'autre. En dépit des ajustements réalisés au guide de remplissage en 2008 et en 2017, les pratiques d'évaluation restent hétérogènes, les départements mettant en œuvre des « politiques de girage » plus ou moins restrictives. Comme l'a montré le récent rapport de l'Institut des politiques publiques (IPP, 2023), l'APA à domicile sert à bien des titres de variable d'ajustement en fonction du nombre de bénéficiaires à servir, notamment en établissement⁴⁷. La mission a constaté dans ses investigations qu'une situation similaire pouvait être classée en GIR 2 ou 3 dans un département et en GIR 5 dans un autre.

L'évaluation des besoins en termes de vie sociale et de démarches du quotidien reste sous-investie dans l'APA. Contrairement aux personnes en situation de handicap qui peuvent bénéficier d'un service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS), il n'existe pas d'équivalent pour les personnes âgées isolées en perte d'autonomie. Si l'APA peut financer des prestations en lien avec la vie sociale (transport des personnes vers un accueil de jour ou vers un tiers-lieu notamment), ces aides représentent une part marginale des dépenses d'APA, et plus encore pour les personnes qui présentent des besoins d'aide importants⁴⁸. Ce facteur représente pourtant un point crucial pour la prévention de la perte d'autonomie, d'autant qu'un nombre important de bénéficiaires de l'APA sont des femmes seules qui recourent à l'aide après le décès de leur conjoint. Une prestation de vie sociale sera mise en place à partir de 2024⁴⁹ : cette prestation pourrait être enrichie d'aides spécifiques sur la dimension administrative (notamment pour le volet de la coordination au quotidien des interventions auprès de personnes sans aidant remplissant cette fonction) et l'aide à la gestion du quotidien, par l'intermédiaire des SAD. Depuis principalement l'année 2022, la CNSA soutient le développement de tiers-lieux, espace de rencontres visant à permettre à la personne âgée d'être au cœur des échanges de son territoire⁵⁰. Outre le fait qu'il sera nécessaire d'évaluer l'impact réel pour les personnes âgées en perte d'autonomie de ce dispositif en termes d'intensification de leur vie sociale, ces tiers-lieux n'existent pas partout et ne seraient, à eux seuls, pas suffisants pour couvrir les besoins de vie sociale.

⁴⁷ Institut des politiques publiques, « Vieillir à domicile », *op. cit.*

⁴⁸ DREES, « Allocation personnalisée d'autonomie : la moitié des plans incluent des aides techniques », octobre 2021. A titre d'exemple, le taux de recours au transport se situe entre 0,1 % et 0,3 % selon les GIR. L'une des avancées de la loi ASV est néanmoins d'avoir permis de dépasser le plafond des plans saturés pour les aides techniques.

⁴⁹ Adoptée en PLFSS 2023, cette aide est mise en place à compter du 1^{er} janvier 2024 (décret du 30 décembre 2023). Cette aide permet d'ajouter au maximum 9h par mois au plan d'aide de tous les bénéficiaires de l'APA à domicile. Ces heures ne peuvent être réalisées que par les aides à domicile et auxiliaires de vie. Cela vise à lutter contre l'isolement des personnes âgées en perte d'autonomie et à favoriser la détection des fragilités.

⁵⁰ Ce soutien vise particulièrement les tiers-lieux au sein d'établissement mais il existe aussi des tiers-lieux ailleurs (ex. un tiers-lieu, visité par la mission en Seine-Saint-Denis, est adossé à un café associatif).

Recommandation n°3 Améliorer le financement et la réponse aux besoins de l'aide à domicile :

- Faire de la grille Aggir un simple outil d'éligibilité à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile, en supprimant les différences de plafonds d'aide par groupe Iso-Ressources (GIR)
- Rendre éligibles à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) les personnes classées en GIR 5-6 pour lesquelles la grille Fragire de la Caisse nationale de l'assurance retraite (CNAV) reconnaît des troubles cognitifs
- Renforcer au sein de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) la prise en compte de l'aide à la vie sociale et de l'aide administrative

Sur le plan du logement et de l'environnement de vie⁵¹, les besoins sont en partie connus, et des actions sont entreprises⁵². La mise en place de MaPrimeAdapt' à partir du 1^{er} janvier 2024 pour le parc de logements privés doit fusionner plusieurs systèmes d'aide préexistants dans le domaine de l'adaptation du logement, elle devrait constituer un progrès notable en termes de lisibilité. Néanmoins, même avec cette aide, les travaux peuvent rester coûteux pour les personnes (avec un reste à charge estimé à près de 2 400 € en moyenne pour un ménage aux ressources très modestes)⁵³. Concernant l'instruction des dossiers qui est parfois longue et complexe, notamment lorsque les personnes doivent recourir à un maître d'œuvre, le dispositif MaPrimeAdapt' prévoit l'habilitation par l'Agence nationale de l'habitat (Anah) d'accompagnateurs auprès des personnes pour leur faciliter les démarches à conduire. Par ailleurs, la réalisation de travaux se heurte à des défauts d'anticipation structurels, dans la mesure où les personnes tendent à ne pas se percevoir comme étant en situation de fragilité avec des difficultés dans la réalisation des activités quotidiennes, elles mettent en place des compensations et ne ressentent pas toujours le besoin de faire des travaux d'adaptation. Cette situation se traduit par des recours souvent tardifs aux aides à l'adaptation des logements (âge moyen proche de 85 ans aujourd'hui), souvent après une première chute. Le dispositif MaPrimeAdapt' prend, lui, pour cible les personnes âgées dès 60 ans sous condition de GIR et à partir de 70 ans hors condition de GIR.

Si ces évolutions illustrent la volonté des pouvoirs publics de renforcer l'adaptation des logements, le dispositif MaPrimeAdapt' devra néanmoins faire l'objet d'une évaluation approfondie un an après sa mise en œuvre afin d'apprécier s'il atteint ou non sa cible (une large campagne de communication est prévue début 2024). Si c'est le cas, la question de son élargissement au-delà des foyers à revenus modestes méritera d'être posée, sur l'exemple de MaPrimeRénov' (droit d'attribution largement ouvert mais montant de l'aide variable selon les revenus). Si ce n'est pas le cas, il sera opportun d'envisager un changement de modèle en expérimentant des aides en nature pour l'adaptation des logements plutôt que des aides en espèces (type MaPrimeAdapt'). De ce point de vue, l'approche danoise, qui consiste en une aide en nature par la commune de résidence, qui prend le sujet de bout en bout (de l'évaluation des

⁵¹ La mission n'a pas été en mesure, faute de temps, de mener des travaux poussés sur la question de l'adaptation des environnements de vie (ex. quartier) mais plusieurs acteurs rencontrés par la mission ont fait part d'une certaine lenteur dans la prise en compte par la politique de la ville des aménagements urbains particuliers que requiert l'inclusion sociale des personnes âgées, et notamment celles en perte d'autonomie. Ce point mériterait un examen plus approfondi.

⁵² Voir l'annexe 2 « Conditions et limites de la vie à domicile ».

⁵³ Des dispositifs d'avance partielle de frais sont d'ores et déjà prévus.

besoins à la réalisation des aménagements) et envoie ses propres équipes ou un prestataire réaliser les travaux, est une expérience intéressante : elle permet de simplifier la gestion administrative pour les personnes, supprimer le reste à charge, et éviter les freins à l'adaptation que représentent la complexité des démarches et le manque d'anticipation.

Un plan d'investissement spécifique doit, par ailleurs, être conduit dans le logement social, qui n'est pas concerné par MaPrimeAdapt'. Si ces préoccupations commencent à être prises en compte par un certain nombre de bailleurs sociaux, la mission a constaté que les bailleurs comme les administrations n'avaient pas encore initié d'action à la hauteur des enjeux. Alors que les retraités pourraient représenter plus de 50 % des locataires dans certains organismes sociaux au cours des deux décennies à venir, 46,7 % des locataires de 60 à 79 ans et 44,4 % des plus de 80 ans vivent dans un logement social sans ascenseur : selon une étude conduite par Action Tank en Seine-Saint-Denis, la moitié des locataires âgés déclarent avoir un appartement inadapté à leur état de santé ou à leurs besoins. La capacité des bailleurs sociaux à proposer à leurs locataires âgés qui vivent dans des appartements de taille familiale de déménager vers des appartements plus petits et mieux adaptés doit également être développée. Ceci impliquerait de pouvoir proposer à ces locataires un loyer a minima similaire, voire moindre que celui qu'ils payaient sur un prix de référence historique⁵⁴, en mobilisant éventuellement les logements dits « article 20 » de la loi ELAN, qui permettent de réserver l'attribution de logements sociaux à des personnes âgées.

Les bailleurs sociaux doivent par ailleurs devenir des acteurs de premier plan dans l'accompagnement du grand âge et de la perte d'autonomie dans la mesure où le vieillissement de leurs locataires en fait un lieu privilégié de mutualisation des interventions à domicile. A ce titre, la présence d'un nombre important de personnes très âgées au sein d'immeubles sociaux ou de quartiers pourrait inciter à confier aux bailleurs sociaux de nouvelles missions d'accompagnement des personnes, d'animation de la vie sociale, de veille et de repérage des difficultés, que ce soit par le biais des gardiens d'immeuble ou de personnels dédiés. Si certains bailleurs ont engagé des actions en ce sens, le secteur semble encore insuffisamment investi dans cette démarche : outre le fait que cette dynamique requiert un élargissement des missions des organismes, les bonnes pratiques se font aujourd'hui de façon dispersée sans assez de capitalisation-essaimage.

La mission considère que des travaux mériteraient d'être menés afin d'élaborer une stratégie nationale sur le rôle des bailleurs sociaux auprès des locataires âgés, stratégie associant notamment le ministère de la Transition écologique et de la Cohésion des territoires (volet logement), le ministère des Affaires sociales, l'Anah, la Cnsa, la Cnav et l'Union sociale pour l'habitat (USH). Cette action viserait en particulier à développer les aides en nature pour l'adaptation des logements, à accroître la mobilité des personnes âgées vers des logements plus adaptés à leurs besoins, notamment via des incitations financières (ex. dérogation au tarif de référence du m² attractif, règles d'attribution), et à favoriser la mutualisation des moyens d'accompagnement dans les logements sociaux (partenariat avec des SAAD, SAAD intégrés, rôle

⁵⁴ D'un côté les personnes âgées qui sont souvent des locataires anciens bénéficient de prix au mètre carré faible par rapport à ceux actuels, d'un autre, déménager dans un logement à la surface plus réduite peut diminuer le loyer. Jouer sur les deux variables simultanément est nécessaire pour proposer des loyers attractifs et une incitation à déménager dans des logements plus adaptés.

des gardiens, mission d’animation voire d’aide à une vie plus partagée entre habitants). La vacance de logements de grande taille dans le parc social constitue de plus une opportunité à explorer pour développer, au sein du parc social, des habitats inclusifs pour personnes âgées à partir d’une offre de logement déjà existante : ainsi que le souligne l’Ancols en 2017, « *Les logements vacants sont majoritairement des T3 et des T4, et ce, du fait de la structure du parc principalement composé de ces deux types de logements. (...) Les grands logements (en particulier les « T5 et plus ») connaissent une sortie plus lente de la vacance que les petits logements, alors que leur taux de disponibilité est inférieur à la moyenne. Les grands logements connaissent donc des difficultés pour être reloués rapidement* »⁵⁵.

Recommandation n°4 Impulser une dynamique de meilleure prise en compte des besoins des personnes âgées vivant dans les logements sociaux :

- Lancer un plan national pour l’accessibilité et l’adaptation des logements sociaux aux personnes âgées et envisager l’évolution du rôle et des missions des bailleurs sociaux auprès des locataires âgés (mission IGAS/IGEDD d’état des lieux des bonnes pratiques et modalités de généralisation)
- Renforcer les leviers d’incitation à la mobilité des personnes âgées vers des logements plus adaptés à leurs besoins (ex. dérogation au tarif de référence du m²)
- Examiner les leviers pour favoriser la mutualisation des moyens d’accompagnement dans les logements sociaux, voire l’introduction de services d’aide à domicile intégrés ou conventionnés
- Examiner la possibilité de transformer l’offre existante en faisant de la vacance des logements de grande taille un levier de développement de l’habitat inclusif à destination des personnes âgées au sein du parc social

1.3.2 Malgré des efforts déjà conséquents, les moyens mis dans l’accompagnement à domicile demeurent insuffisants au regard des besoins

Plusieurs réformes déterminantes sont intervenues au cours des dernières années dans le champ du domicile :

- L’instauration d’un tarif horaire socle pour l’aide à domicile, pour répondre aux fortes hétérogénéités constatées entre les départements et d’une dotation qualité en loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 ;
- La création de places en SSIAD, qui s’est traduite par l’autorisation de 400 M€ de crédits pluriannuels pour la période 2022-2030, avec un objectif de création de 25 000 places d’ici 2030 ;
- La réforme de la tarification des SSIAD, prévue par l’article 48 de la LFSS 2022, qui a pour objet de corriger les biais d’anti-sélection (choix des patients les moins lourds et des interventions les moins consommatrices en temps), en associant une dotation forfaitaire du

⁵⁵ Rapport annuel d’activité 2017, Agence nationale de contrôle du logement social (Ancols).

service à des forfaits usagers hebdomadaires qui varient en fonction du profil du patient et de la nature des interventions ;

- La constitution des services autonomie à domicile (SAD), qui repose sur un couplage des SSIAD avec des SAAD, et devrait permettre d'aboutir à des services de plus grosse taille, capables de mutualiser les interventions de professionnels diversifiés, et de décloisonner l'intervention du soin et de l'aide. Si de nombreuses questions demeurent sur la mise en œuvre de ces services, en particulier sur la nature juridique du couplage et sur la cohérence des secteurs d'intervention, cette mesure représente une avancée importante dans l'organisation du secteur ;
- La création en 2022 de la 5^{ème} branche de la sécurité sociale, la branche autonomie, qui signe la mobilisation des pouvoirs publics en faveur du handicap et du grand âge ;
- Le lancement en 2022 du plan antichute des personnes âgées, levier de prévention de la perte d'autonomie ;
- La revalorisation des salaires et nouvelle classification des emplois en 2021 induites par l'avenant 43 de la convention collective de la branche de l'aide à domicile (BAD), facteurs d'une meilleure attractivité pour les métiers du grand âge.

Néanmoins, en dépit de ces avancées qui constituent une amorce de mobilisation depuis la loi d'adaptation de la société au vieillissement (ASV), le secteur du domicile a été négligé et reste peu structuré et sous-financé⁵⁶. A l'inverse des objectifs d'une politique domiciliaire, les grandes mesures du champ de l'autonomie se sont longtemps concentrées sur les établissements et sur le volet sanitaire. Le secteur de l'aide à domicile, qui constitue le socle de la politique domiciliaire (les aides à domicile représentent 78 % des professionnels du secteur du domicile⁵⁷), n'est souvent pas considéré à sa juste mesure. Les données disponibles sur le secteur sont lacunaires, aussi bien sur les professionnels que sur les prix, au même titre que les projections de besoins de financement de recrutement, alors même que les besoins sont estimés à 63 000 ETP supplémentaires d'ici 2030 pour le seul segment de l'aide à domicile⁵⁸. Si la compétence revient aux départements, les enjeux appellent un pilotage national plus robuste et des mesures d'ampleur pour :

- Assurer l'équilibre économique des services et l'égalité de prise en charge entre les territoires. La mise en place du tarif socle, porté au 01/01/2023 à 23 €/heure, a constitué une étape importante pour réduire les disparités importantes constatées entre les territoires, mais ce tarif reste nettement en-deçà du coût de revient des services⁵⁹. Sous l'effet de

⁵⁶ Voir l'annexe 3 « Aide et accompagnement à domicile ».

⁵⁷ DGCS, Conférence salariale 2021, observatoire de la branche de l'aide à domicile.

⁵⁸ Cour des comptes, « Le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes », 2016.

⁵⁹ Plusieurs estimations ont été réalisées, en se fondant sur l'existant, c'est-à-dire sans préjuger du renforcement nécessaire à un meilleur soutien à domicile pour des personnes plus fragiles. L'étude du cabinet Ernst and Young réalisée pour la DGCS en 2016 trouve un coût de revient médian de 23,55 €/heure, et un coût de revient moyen de 24,24 €/heure. Corrigé de l'inflation, l'estimation serait en 2023 de 26,7 €/heure pour la médiane, et de 27,5 €/heure pour la moyenne. L'étude du cabinet Ernst and Young pour la Fédésap sur le coût horaire en 2018 trouve un résultat inférieur, à 22,9 €/heure. Corrigé de l'inflation, l'estimation parviendrait en 2023 à 25,2 €/heure. Les différences d'estimation pourraient s'expliquer en partie par la différence de périmètre, la Fédésap regroupant des services privés lucratifs, dont le coût horaire

l'inflation, ces services sont confrontés à des tensions budgétaires qui, conjuguées aux difficultés de recrutement, menacent la continuité de l'activité. Une telle situation conduit à dégrader la qualité de l'offre, à segmenter les temps d'intervention, à recruter moins de personnel diplômé et à sous-rémunérer les frais kilométriques des professionnels. Par ailleurs, les services n'étant plus en mesure d'assurer le volume d'activité requis, de nombreuses demandes d'aide restent sans réponse (voir supra) ;

- Poursuivre la structuration du secteur. La mise en place des services d'aide autonomie à domicile (SAD), où seront fusionnés des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) avec les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)⁶⁰, est une première étape importante pour mettre fin à la segmentation des interventions d'aide et des interventions de soins, diversifier les capacités d'intervention des services (psychologues, ergothérapeutes, psychomotriciens...) et positionner les SAD comme pivots de la coordination du domicile⁶¹. Ceci implique de penser dès maintenant un système de financement global de ces services qui ne reproduise pas les difficultés constatées dans les Ehpad (système de double tarification et tutelle). La mission n'estime cependant pas qu'en l'état cette réforme sera de nature à restructurer massivement le secteur, tant en termes de zones d'intervention des acteurs (qui sont trop étendues, ce qui génèrent des inefficiences par la multiplication des déplacements) et en termes de taille critique des opérateurs (souvent de petite taille)⁶².

Les dépenses par bénéficiaires d'APA à domicile n'ont pas connu de hausse substantielle depuis sa création : si un véritable renforcement du soutien à domicile avait été opéré, on observerait sur la période récente une hausse de l'APA moyenne par bénéficiaire tenant au fait qu'on prendrait en charge plus de personnes lourdement dépendantes à domicile. Or la courbe est pour ainsi dire plane depuis le début des années 2010⁶³.

est tendanciellement plus faible. L'édition 2022 du référentiel Argos SAAD de l'UNA trouve un coût complet horaire pour 2021 de 26,72 €, soit en appliquant l'inflation un coût horaire moyen pour 2023 de 28,55 €.

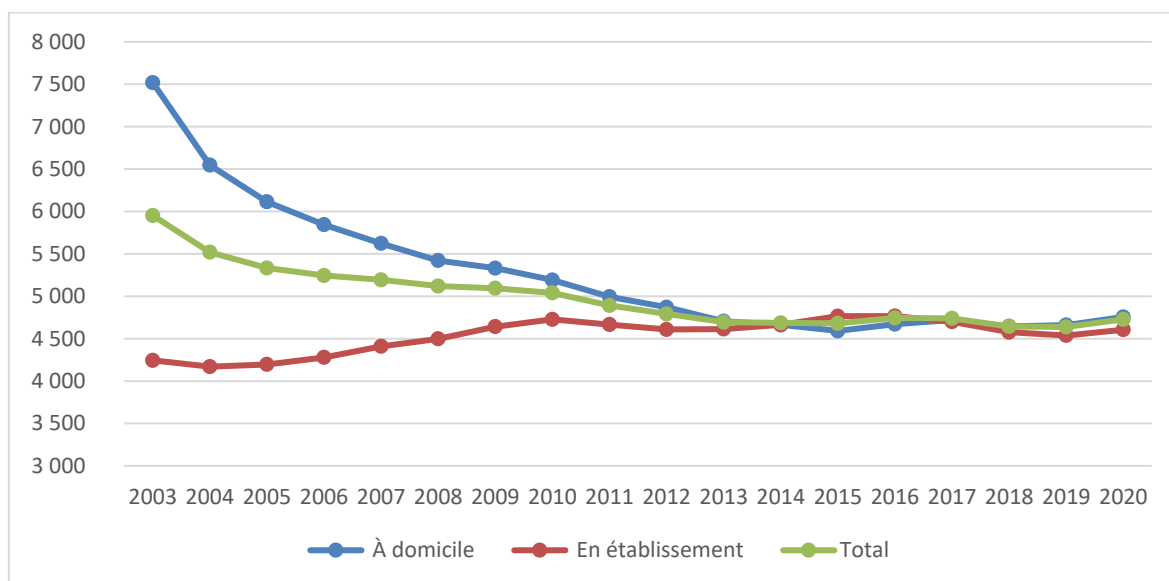
⁶⁰ La France compte près de 2000 SSIAD et près de 7000 SAAD : tous les SSIAD devront fusionner avec un SAAD mais de nombreux SAAD resteront donc seuls.

⁶¹ Notons néanmoins que rien n'oblige les bénéficiaires à choisir les soins infirmiers et les aides à domicile au sein du même SAD, ces derniers gardant leur libre choix pour toutes les prestations reçues.

⁶² Rien n'assure de surcroît à ce qu'un usager recourt au même SAD pour le volet soin infirmier et aide à domicile, ce qui fait disparaître un des grands intérêts de la réforme, à savoir favoriser de façon organique une meilleure coordination entre ces deux types d'intervention à domicile.

⁶³ Il est délicat d'interpréter les évolutions antérieures à 2010 pour les dépenses moyennes d'APA par bénéficiaire dans la mesure où elles correspondent à une phase de montée en charge du dispositif (création de l'APA en 2001), et que la nouveauté de l'APA par rapport à la prestation spécifique dépendance (PSD) qui l'a précédée est le fait que l'APA est ouverte aux personnes classées en GIR 1 à 4 alors que les personnes en GIR 4 (moins dépendantes que celles classées en GIR 1 à 3) étaient exclues de la PSD.

Graphique 4 : Evolution des dépenses moyennes d'APA par bénéficiaire, en euros constants



Source : DREES, *L'aide et l'action sociales en France, édition 2022*

Sous le double effet de l'évolution démographique et de la politique domiciliaire, les départements devraient être confrontés à une hausse importante du nombre de bénéficiaires à domicile, et à une hausse du niveau de besoin de ces bénéficiaires, ce qui risque de conduire, à budget constant, à des politiques d'octroi des aides ou de « girage » plus restrictives (contraction des plans d'aide)⁶⁴.

Les plans d'aide ne permettent, en tout état de cause pas de répondre aux besoins des personnes qui présentent des limitations importantes. Que ce soit dans un domicile classique ou alternatif, le régime actuel ne permet pas d'accompagner des situations complexes à domicile : comme expliqué *supra*, la comparaison des restes à charge est globalement défavorable au domicile à partir de 5h d'aide par jour⁶⁵, et le recours à une présence permanente est inenvisageable pour les personnes qui ne disposent pas d'un niveau très élevé de ressources.

Il faut rappeler de plus que les personnes qui résident aujourd'hui en établissement requièrent des accompagnements généralement plus conséquents que ceux qui vivent à domicile, la simple comparaison de la proportion de personnes sous protection juridique illustrant ce point : alors qu'à peine 1 % des personnes de plus de 60 ans à domicile est sous protection juridique, c'est le cas pour un quart des personnes âgées en établissement⁶⁶. Cette situation montre qu'en plus du renforcement des moyens des acteurs du domicile, il faut prévoir des éléments plus qualitatifs concernant les modalités d'accompagnement de publics à domicile qui seront plus souvent dans l'incapacité de veiller sur leurs propres intérêts (tutelle, curatelle ainsi que leurs articulations avec

⁶⁴ A horizon 2040, la croissance des dépenses d'APA est estimée en moyenne à 168 % dans les départements métropolitains, et jusqu'à 208 % pour la Martinique et 243 % pour la Guadeloupe (HCFEA, *Les politiques de soutien à l'autonomie dans les DOM*, juin 2021).

⁶⁵ Plusieurs acteurs auditionnés évoquaient même un seuil de bascule même dès 3 heures d'aide par jour.

⁶⁶ Qui vit à domicile, qui vit en établissement parmi les personnes de 60 ans ou plus ? Delphine Roy, Les dossiers de la Drees, n°104, fév. 2023.

les acteurs du domicile, tels que les services d'aide à domicile). Ce point est d'autant plus important que les personnes âgées, en particulier celles qui sont les plus vulnérables, à savoir celles en perte d'autonomie, sont particulièrement exposées aux risques d'abus de faiblesse.

Une mobilisation nationale pour construire le SAD de 2030 est nécessaire et urgente. Cette mobilisation devra permettre :

- de fixer un tarif en cohérence avec le coût de revient et avec les ambitions de qualité et de diversification des interventions, la dotation qualité actuellement prévue dans le financement étant peu opérante tant que le tarif socle est structurellement inférieur au coût de revient horaire. Si l'on considère que le coût de revient horaire réel (à partir des estimations réalisées entre 2016 et 2021 corrigées de l'inflation) se situe entre 25 € et 28 €, et que ce coût de revient ne permet pas à ce jour de disposer de personnel suffisamment formé et diversifié, l'effort à réaliser reste important⁶⁷ ;
- de reconsidérer la possibilité d'une hausse des plafonds d'APA à domicile de sorte à ce que l'APA reste un levier efficace de solvabilisation de la demande, à la lumière du rapport Libault⁶⁸ et des récents travaux de l'Institut des politiques publiques⁶⁹.
- de reposer les cahiers des charges des interventions, en particulier pour les soins à domicile, et réaffirmer la place centrale du SAD, interlocuteur quotidien de la personne accompagnée, dans la coordination des interventions et des professionnels. A ce titre, le financement de responsables de secteur dans des fonctions de coordination au sein des SAD, pour assurer le lien entre les aides à domicile et les professionnels médicaux et paramédicaux, paraît essentiel. En effet, la coordination du quotidien⁷⁰ ne peut être assurée que par les services à domicile en lien avec les proches qui assurent dans la majorité des cas ces fonctions de coordination qui connaissent et voient la personne sur une base très régulière, et en premier lieu par les aides à domicile. Cette activité nécessite néanmoins que des relais existent pour établir un contact facile avec les partenaires. Cette fonction va connaître une importance croissante dans les années à venir à mesure que le volume d'aidants risque de décroître (voir ci-dessous).
- À moyen terme, d'envisager les conséquences de la réunion des services de soins infirmiers et des services d'aide à domicile au sein des SAD. La réintroduction d'un double système de

⁶⁷ A noter, à l'occasion des débats parlementaires, le gouvernement a fait part de son souhait de promouvoir un tarif non plus horaire mais global (logique de forfait). Quelle que soit la forme in fine retenue, le financement doit permettre de couvrir les coûts des structures et d'assurer la qualité des interventions.

⁶⁸ Ce rapport issu de la concertation Grand âge et autonomie de 2019 préconisait notamment une hausse des plans d'aide en actionnant plusieurs leviers : « Les services d'aide à domicile bénéficieraient d'un tarif de référence national qui s'imposerait également comme plancher de tarification et, pour les services habilités à l'aide sociale, d'une dotation socle forfaitaire permettant de financer l'amélioration des conditions de travail et de la qualité de service. En outre, la barrière d'âge pour l'accès à la PCH serait relevée à 65 ans et l'APA serait supprimée au profit d'une nouvelle prestation autonomie à 3 volets (aide humaine, aides techniques, répit). »

⁶⁹ Note n°96 de novembre 2023 de l'IPP, *Perte d'autonomie des personnes âgées : quels besoins et quels coûts pour accompagner le virage domiciliaire ?*

⁷⁰ On pourrait aussi qualifier cela de « micro-coordination », par différence avec la notion de coordination utilisée dans l'expression des dispositifs d'appui à la coordination qui remplit une autre fonction, notamment de déverrouiller des difficultés sanitaires quand un usager ne parvient par exemple pas à se faire prendre en charge.

tarification et de tutelle, assorti de modalités de financement différentes, ne paraît pas de nature à assurer une qualité de service satisfaisante (tarification à l'heure en SAAD, réforme de tarification des SSIAD fonction des profils pris en charge et des modalités d'intervention (nuit, situation d'isolement, complexité de la situation...)).

En l'absence d'une refonte plus globale du mode de financement des SAAD (par exemple en basculant à un financement à la place dépendant de la lourdeur des profils accompagnés), la mission préconise, a minima, de les financer d'une manière plus proche de leurs coûts de revient de sorte à limiter les effets économiques de fragilisation systémique du secteur.

Recommandation n°5 Valoriser le financement des aides et soins à domicile à hauteur des coûts des services

- Fixer un financement aligné sur le coût de revient moyen des services
- Dans la perspective d'une sortie de la tarification horaire, lancer des travaux complémentaires sur l'harmonisation des modalités de financement des services de soin et d'aide au sein des services autonomie à domicile (SAD)

Recommandation n°6 Reconnaître le rôle des services d'aide à domicile (SAD) comme piliers du domicile, notamment en finançant les fonctions de coordination des interventions du quotidien en lien avec la personne et ses proches-aidants.

Cette mobilisation devra être articulée à une poursuite de la structuration du secteur. A ce titre, le périmètre géographique d'intervention n'est pas toujours favorable à l'optimisation des moyens, lorsque plusieurs services de petite taille coexistent sur le même territoire : cette coexistence conduit à des effets de concurrence entre services, et à une augmentation du temps passé dans les transports et des frais kilométriques, lorsque plusieurs services se partagent un périmètre plus vaste. Ces inefficiences sont en grande partie dues au mode d'organisation du secteur pour lequel la régulation des périmètres territoriaux d'intervention des SAAD est faible⁷¹. Or, les tensions RH des années à venir (voir partie 2) requièrent une optimisation de ces structurations géographiques, ce qui nécessite de restreindre ces périmètres (diminution des temps de transport des professionnels⁷²). Cela implique de réduire le nombre de SAD⁷³ intervenants sur une même commune ou intercommunalité (un nombre plus réduit de SAD sur le territoire limitera de plus les effets de concurrence et assurera une plus grande viabilité économique aux structures présentes). Un tel objectif, à prévoir dans les schémas départementaux et les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), appelle une refonte d'ampleur concernant l'implantation des SAD en passant, par exemple, à une logique d'appel à projet des conseils départementaux sur des zones territoriales données (communes, intercommunalités, territoires de vie) non pas seulement pour les nouveaux SAD à créer mais aussi pour l'existant. Dans ce cadre, la mobilisation de l'Etat, des collectivités et de la sécurité sociale

⁷¹ La réforme en cours des services d'aide à domicile prévoit la nécessité d'un territoire commun entre activités d'aide et de soin (les SSIAD ont généralement des territoires plus petits que les ex-SAAD).

⁷² Rapport Labazée de mars 2017 remis au Premier ministre « Mission relative à la tarification et aux perspectives d'évolution des services d'aide et d'accompagnement à domicile » (page 44).

⁷³ La mission considère néanmoins que pour conserver un libre choix aux bénéficiaires il ne doit pas y avoir, quand c'est possible, un seul et unique SAD par territoire.

pour permettre un meilleur financement du secteur et un suivi renforcé de la qualité des interventions irait de pair avec cette dynamique de révision des périmètres d'intervention. Le lancement d'une mission Igas pour expertiser les modalités concrètes de mise en œuvre d'une telle recommandation serait utile.

Recommandation n°7 Restreindre le nombre de service d'aide à domicile (SAD) autorisés sur chaque commune/intercommunalité

Indépendamment des capacités de fonctionnement des services, les risques qui s'attachent à la vie à domicile pour des personnes en situation de perte d'autonomie ne doivent pas être négligés. Ces personnes peuvent être victimes de diverses formes de maltraitance et d'abus de faiblesse, de la part de leur famille, de personnes extérieures ou de professionnels, ou par l'organisation même des services, en particulier lorsqu'elles sont isolées avec de faibles possibilités de recours. Or la nature des contrôles et du regard sur ce qui se passe à domicile rend particulièrement difficile le repérage et le traitement de ces situations, qui doivent faire l'objet d'un travail spécifique.

Recommandation n°8 Construire un axe de travail spécifique sur le domicile pour le déploiement de la stratégie nationale de la maltraitance issue des états généraux

1.3.3 Les domiciles alternatifs (résidences et habitats inclusifs) peuvent répondre à certains besoins, mais la cible de ces habitats est incertaine et le développement de l'offre peu encadré

Les formes de domiciles alternatifs peuvent répondre aux besoins de sécurisation et de vie collective, et participer à la prévention de la perte d'autonomie⁷⁴ :

- Les résidences autonomie, qui relèvent du statut des établissements médico-sociaux et également de celui du code de la construction et de l'habitat, et les résidences services (généralement complétés du qualificatif de « seniors »), qui relèvent du droit de la construction et de l'habitation, proposent un logement individuel (classiquement un T1 ou un T2) au sein d'un immeuble dans lequel existent par ailleurs des espaces collectifs (restauration, salle d'animation, bibliothèque...). Elles ont pour objet d'offrir un cadre sécurisé pour les personnes âgées, ainsi qu'un cadre collectif permettant le maintien de la vie sociale et des prestations dont la nature varie selon les résidences (restauration, blanchisserie, téléassistance...⁷⁵) ;
- L'habitat inclusif, qui a d'abord été porté par le secteur du handicap, consiste le plus souvent dans des logements collectifs de petite taille (8 à 10 personnes). Les locataires s'accordent sur le type de services mutualisés dans le projet de vie sociale partagée, qui définit le fonctionnement de l'habitat. La présence d'un animateur-coordonateur, financée

⁷⁴ Voir les annexes « Résidences autonomie », « Résidences services seniors » et « Habitat inclusif »

⁷⁵ S'agissant des résidences autonomie, un certain nombre de prestations sociales doivent être fournies par les résidences autonomies depuis la loi de 2015 (décret n° 2016-696 du 27 mai 2016). La liste des prestations minimales est définie dans le code de l'action sociale et des familles. Pour les résidences services, le contrat de location précise les prestations non individualisables incluses dans le prix, et les prestations individualisables, optionnelles pour le locataire.

par l'aide à la vie partagée versée par le département (entre 5 000 et 10 000 euros par an par habitant), permet d'alimenter la vie sociale interne et de favoriser la solidarité entre habitants, tandis que l'organisation d'activités communes est souvent favorisée par l'implication de bénévoles dans le projet ;

- D'autres formes d'habitat collectif existent dans des proportions moindres, dans le champ médico-social (accueil familial) comme dans le champ de l'habitation de droit commun (béguinages, colocations intergénérationnelles...).

Ce segment de l'offre constitue l'une des clés de la politique domiciliaire, dans la mesure où il permet d'offrir une solution à des personnes qui n'ont pas de besoin d'accompagnement continu, mais pour qui le domicile ordinaire devient difficile. Néanmoins, sa place dans l'offre globale reste très limitée et ambiguë.

Ces habitats se sont majoritairement construits en ciblant un public de personnes âgées autonomes ou modérément dépendantes⁷⁶, c'est-à-dire en premier lieu comme des alternatives au domicile. Néanmoins, l'évolution du nombre de personnes âgées dépendantes devrait selon toute probabilité conduire, dans un contexte d'arrêt d'ouverture de nouvelles places en Ehpad, à une élévation du niveau de dépendance des locataires de ce parc (cf. partie 3). D'ores et déjà, nombre de ces habitats ont constaté un écart entre le public cible et les personnes qui s'adressaient à eux, les personnes autonomes ou modérément dépendantes ne ressentant pas nécessairement le besoin de quitter leur domicile privé. Or ces habitats ne sont pas nécessairement prêts à assurer un tel accompagnement.

S'agissant des résidences autonomie, l'attribution du forfait soins courants, qui permettait notamment de financer du temps médical et paramédical, éventuellement mutualisé entre plusieurs résidences, a été gelé depuis plusieurs années, si bien qu'environ une résidence autonomie sur huit seulement a aujourd'hui un forfait soins⁷⁷. A cet égard, la mission recommande de relancer l'attribution du forfait soins aux résidences autonomie afin d'accompagner leur montée en charge concernant les publics âgés en perte d'autonomie. Cette nouvelle dynamique devra se faire en fonction de critères relatifs à la composition des publics accueillis, au degré de dépendance constaté et au projet de l'établissement.

Les résidences services constituent un ensemble composite, avec des gestionnaires venant d'horizon divers (hôtellerie, Ehpad, promotion immobilière...), si bien que, pour nombre d'entre eux, l'articulation entre la résidence et l'offre médico-sociale d'accompagnement des personnes est faiblement travaillée.

Quant à l'habitat inclusif, des projets de toute nature coexistent, qui peuvent concerner des colocations entre personnes autonomes ou l'accompagnement de personnes très dépendantes, notamment pour les habitats Alzheimer.

⁷⁶ En 2019, une personne sur quatre en résidences autonomie était dépendante (principalement en GIR 4) (enquête Drees EHPA).

⁷⁷ Pour plus de détails sur le forfait soins courants, voir l'annexe 5 relative aux résidences autonomie. Un travail d'homogénéisation des forfaits soins délivrés par résidence/résident devrait être mené car les hétérogénéités sont aujourd'hui fortes (à titre d'exemple, d'après les informations fournies à la mission par la DGCS, les montants alloués à la place pour les RA de Bretagne bénéficiaires oscillent entre 500 et 3000 euros par an).

Les limites rencontrées dans ces domiciles alternatifs sont en grande partie les mêmes que celles rencontrées en domicile ordinaire car les acteurs qui y interviennent sont les mêmes. Ainsi, la plupart des habitats alternatifs auditionnés par la mission ont indiqué qu'ils n'étaient pas en mesure d'accueillir des personnes atteintes de troubles neuro-cognitifs avec des comportements de déambulation nocturne, d'errance ou des troubles du comportement, ni de personne entièrement isolée sans proche-aidant, ou encore de personnes dont la situation nécessiterait des aides continues. A ce titre, il n'est pas garanti, dans la structuration actuelle du secteur, que ces habitats conduisent à une baisse significative de la demande d'entrée en Ehpad.

Pour autant, la mission a eu connaissance en plusieurs endroits de France d'exemples d'habitations de droit commun (colocations notamment...) s'étant retrouvées en difficulté, du fait de flottements et/ou de glissements dans l'accueil, avec un public vulnérable ou l'étant devenu, privé des garanties et des protections légales auxquelles sa fragilité lui donnait droit. Une articulation étroite doit être prévue entre préfecture départementale (au titre de la protection des personnes), conseil départemental et agence régionale de santé pour repérer ces situations et intervenir, sachant qu'il est possible que ce type de situation se développe dans les années à venir.

Les résidences doivent par conséquent être mieux préparées à accueillir des personnes en situation de perte d'autonomie importante. Ceci implique qu'elles puissent fonctionner avec un SAD intégré, comme c'est le cas dans un certain nombre d'entre elles, ou a minima avoir conventionné avec un service extérieur, quand bien même les personnes restent libres de refuser le service qui leur est proposé⁷⁸. L'intégration des résidences dans l'environnement partenarial (médecins, infirmiers, hospitalisation à domicile (HAD), équipes mobiles) et leur implication dans l'activité de coordination des services extérieurs sont également essentielles à ce titre. Par ailleurs, les habitants des résidences ne peuvent aujourd'hui accéder à l'aide à la vie partagée (AVP), ce qui pose question dans la mesure où, par nature, ces habitats correspondent à la finalité de regroupement d'habitants âgés et de mutualisation des charges (notamment d'animation). Leur ouvrir ce droit serait non seulement une manière de valoriser et de renforcer le travail collectif qui y est réalisé mais aussi de contribuer à la construction d'un modèle économique plus viable les concernant (nombre de résidences autonomie n'atteignent l'équilibre budgétaire que grâce à des subventions d'équilibre communales). L'instauration d'un suivi annuel préconisé infra par la mission permettra par ailleurs de mieux cerner les profils des résidents et l'évolution de leurs besoins.

S'agissant des habitats inclusifs accueillant des personnes avec troubles neurocognitifs (en particulier type colocation Alzheimer), il faut également veiller à l'existence de liens avec une ressource spécialisée (filière gériatrique, équipe de soin Alzheimer à domicile) en appui des professionnels intervenants (notamment SAAD) pour pouvoir les conseiller/accompagner, notamment en cas de troubles du comportement⁷⁹, une évaluation de ces habitats devant par ailleurs être menée pour en définir les bonnes conditions de fonctionnement (voir reco 14).

Recommandation n°9 Relancer l'attribution du forfait soins en résidences autonomie

⁷⁸ Actuellement, l'accueil de personnes en GIR 4 en résidences autonomie requiert l'élaboration d'un projet d'établissement ainsi que des conventions de partenariat avec un Ehpad et un service de soins infirmiers à domicile ou équivalent (Spasad, CSI, établissement de santé) (Art. D. 313-15 et Art. D. 313-24-1 du CASF).

⁷⁹ Voir plus loin dans le rapport et en annexe 4 (3.3.2).

Recommandation n°10 Instaurer une obligation pour toutes les résidences, et pour les habitats inclusifs orientés sur les personnes ayant des troubles neuro-cognitifs, de disposer d'un service autonomie à domicile (SAD) intégré ou d'un conventionnement avec au moins un SAD (et avec des services de soins infirmiers quand le SAD n'en dispose pas), ainsi qu'avec une équipe d'hospitalisation à domicile et, pour les troubles neurocognitifs, de liens avec le champ spécialisé (filrière gériatrique, équipe spécialisée Alzheimer)

Recommandation n°11 Créer une obligation déclarative annuelle émanant des résidences et habitats inclusifs et de leur services autonomie à domicile (SAD) de conventionnement vers les agences régionales de santé (ARS) et les départements concernant le profil et les besoins des habitants

Recommandation n°12 Ouvrir le droit à une version adaptée de l'aide à la vie partagée pour les personnes vivant en résidences autonomie

Les besoins quantitatifs de ce segment d'offre doivent être appréhendés en conséquence :

- En relançant les efforts sur les résidences autonomie, tant pour la mise à niveau d'un parc en partie vétuste, et dont un certain nombre de collectivités sont prêtes à se défaire, que pour l'investissement dans de nouvelles places (voir partie 4) ;
- En intégrant les places en résidences services seniors dans les schémas départementaux et régionaux, pour construire une vision globale de l'offre en cohérence avec les projections démographiques ;
- En opérant un passage à l'échelle pour les habitats inclusifs, notamment à destination des personnes atteintes de troubles neuro-cognitifs, dès lors que les conditions de sécurisation du fonctionnement de ce type d'habitat pour ce type de public seront posées (mutualisation de l'accompagnement et de la surveillance, articulation avec les acteurs du sanitaire, développement des équipes spécialisées Alzheimer, impact financier pour les personnes...).

Dans la mesure où ces habitats logeront selon toute probabilité - voire logent déjà - un nombre important de personnes vulnérables et de plus en plus fréquemment en perte d'autonomie⁸⁰, les conditions d'accueil et de contrôle doivent être sécurisées :

- Le décalage entre le statut médico-social des RA et le statut des RSS ne paraît pas justifié : le statut des RSS implique que les autorités publiques ont peu de droit de regard sur les pratiques dans ces résidences⁸¹, ni en termes d'autorisation (pas d'inscription de cette offre dans les schémas ARS et CD de planification de l'offre d'accompagnement) ni en termes de contrôle, et qu'un habitat collectif de personnes vulnérables s'y organise sans que les outils de la loi de 2002 ne soient mobilisés. Cette situation a pu aboutir à des contrôles de la gendarmerie, de l'Agence régionale de Santé (ARS), du conseil départemental ainsi que de

⁸⁰ Pour plus de détails, voir l'annexe 14 relative aux scénarios prospectifs de répartition de la population âgée en perte d'autonomie selon le type d'habitat et l'annexe relative aux résidences services senior

⁸¹ Une seule exception, portant sur une partie étroite de l'activité : le cas où une résidence services a obtenu du conseil départemental le droit de disposer d'un service d'aide et d'accompagnement à domicile intégré à la résidence.

la direction départementale de la protection des populations (DDPP) de la Préfecture, contrôles qui ont conduit à constater qu'une RSS fonctionnait, de fait, comme un Ehpad mais sans les autorisations nécessaires. Pour assurer une protection adaptée des populations accueillies, permettre un pilotage et un contrôle efficace par les pouvoirs publics de ce segment de l'offre et harmoniser le régime des résidences services avec celui des résidences autonomie (le type de services délivrés est très similaire tout comme la tranche d'âge du public accueilli, à savoir des personnes très âgées ayant en moyenne 86 ans en RSS contre 84 ans en RA), la mission préconise d'intégrer les RSS au code de l'action sociale et des familles (CASF)⁸² ;

Recommandation n°13 Intégrer les résidences services sénior (RSS) dans le code de l'action sociale et des familles (CASF) afin d'harmoniser le régime des résidences autonomie et des résidences services séniors en termes d'autorisation, de contrôle et de droits des usagers

- S'agissant de l'habitat inclusif, le caractère familial et parfois artisanal des projets, qui fait souvent leur force, peut impliquer un faible niveau de culture juridique et institutionnelle des gestionnaires et des coordinateurs. La mission a noté au cours de ses visites des locaux inadaptés à l'accueil de personnes dépendantes, un trop faible encadrement des pratiques et une insuffisante maîtrise du cadre juridique et institutionnelle qui les entoure (gestion des événements indésirables graves et des phénomènes d'agressivité des personnes accueillies⁸³, isolement, contention...) dans un contexte d'absence de relation structurée avec les partenaires du soin spécialisé (hôpitaux, HAD, équipes spécialisés Alzheimer, filière gériatrique ...). Sans remettre en question le caractère favorable des petits lieux de vie pour les personnes, il est nécessaire de renforcer au niveau territorial auprès de la conférence des financeurs⁸⁴ une cellule de pilotage de l'habitat inclusif pour personnes âgées, qui puisse intervenir tant au stade de l'ingénierie de projet qu'en appui et en accompagnement des pratiques, et qui soit en mesure de structurer les partenariats entre les habitats et les acteurs du soin spécialisé ;

Mais pour assurer le développement de ce segment de l'offre pour les personnes âgées ayant des troubles neuro-cognitifs comme cela a pu être fait en Allemagne (colocations Alzheimer), il est indispensable au préalable de caractériser les conditions dans lesquelles de telles structures pourraient demain fonctionner de façon sécurisée (organisation, fonctionnement, financement, qualité, sécurité), par le biais d'une analyse approfondie des expériences françaises et étrangères, l'élaboration d'un guide HAS à destination des porteurs de projet et gestionnaires d'habitats, voire en posant la question de leur éventuelle intégration dans le code de l'action sociale et des familles.

⁸² Concernant les RSS qui sont en copropriété, un examen juridique devra être mené afin d'examiner les modalités particulières à adopter pour mettre en œuvre cette recommandation.

⁸³ Épisode de violence géré en interne sans soutien aux professionnels non formés pour cela. A cet égard, la présence de troubles psychiatriques associés qui peuvent compliquer certains accompagnements pose plus globalement la question des conditions d'accueil des personnes, sachant qu'au-delà des soutiens de professionnels de santé auxquels pouvoir faire appel notamment pour stabiliser les troubles, il faut aussi avoir la possibilité d'orienter les personnes en cas de besoin vers un autre lieu plus adapté, ce à quoi la famille peut s'opposer s'agissant d'une colocation.

⁸⁴ <https://www.cnsa.fr/outils-methodes-et-territoires/conference-des-financeurs>

Recommandation n°14 Poser les conditions organisationnelles, financières et RH dans lesquelles des habitats inclusifs pourraient accueillir des personnes âgées présentant des troubles neuro-cognitifs (examen des expériences françaises et étrangères, risque de maltraitance, encadrement des pratiques, sécurisation des accompagnements et des lieux...) en vue développer un véritable segment d'offre sécurisée et accessible

1.3.4 Aucun mouvement d'ampleur n'a été engagé en faveur d'une transformation domiciliaire des Ehpad eux-mêmes

Une politique domiciliaire suppose de favoriser dans tous les segments de l'offre la possibilité de vivre dans un logement autonome permettant de se sentir et d'être « chez-soi ». Cette orientation ne doit pas concerner uniquement le monde du domicile privé (ordinaire ou alternatif) mais aussi les Ehpad eux-mêmes⁸⁵. A titre d'exemple, la politique conduite au Danemark depuis 1987 a permis de faire disparaître les maisons de retraite dans leur forme traditionnelle pour poser le principe d'un logement autonome dont les personnes sont locataires, les hébergements allant de la résidence sans personnel permanent aux hébergements avec des équipes permanentes et des services de soins intégrés. Le fondement de l'approche repose sur une dissociation entre le logement et le soin, le type de logement ne devant pas être corrélé au niveau ou au type de soins. Ainsi, les *plejeboliger*, qui ont remplacé depuis la fin des années 1980 les maisons de retraite, offrent des services équivalents à ceux d'une maison de retraite médicalisée (personnel et offre de soins sur site), mais dans un immeuble composé de logements autonomes.

Les principes qui devraient permettre de mettre en œuvre ce type d'évolution dans les Ehpad sont bien connus, et mobilisent localement des énergies de terrain. Une telle transformation suppose notamment un espace privatif de taille suffisante, nettement séparée de l'espace collectif, la disparition des grands espaces de restauration et de salon au profit de petites unités de 8-10 personnes, l'emploi de matériaux et de mobilier proches de ceux d'un habitat classique, la participation des personnes aux tâches de la vie quotidienne (cuisine, entretien...) lorsqu'elles ont la capacité et le souhait d'y contribuer, des modalités de délivrance des prestations plus personnalisées. Ces éléments doivent permettre de retrouver les caractéristiques du « chez-soi » : la liberté de faire ce que l'on veut, quand on veut et comme on veut⁸⁶ ; la liberté de recevoir de la visite de ces proches quel que soit le moment de la journée (le confort d'un espace façonné à l'image de la personne, pour s'adapter aux habitudes de vie et aux manières de faire ; le bien-être permis par le respect de l'espace intime et privatif ; l'acceptation d'une prise de risque maîtrisée dans la conduite de la vie quotidienne⁸⁷...). Pour certaines structures (certes désormais très minoritaires dans l'offre globale), il existe aussi des enjeux bâtimentaires du type chambre double ou sanitaires hors des chambres. Un certain nombre d'établissements se sont engagés dans ces démarches, avec l'appui de cabinets d'architectes spécialisés, tandis que la note de cadrage de la HAS validée en 2022, dans la perspective du référentiel de bonnes pratiques « Accompagner vers

⁸⁵ Voir l'annexe 7 « Ehpad » pour une présentation détaillée des Ehpad aujourd'hui.

⁸⁶ La limite étant pour la mission que cela se fasse sans mise en danger d'autrui ni transfert de responsabilité aux établissements et aux professionnels en cas de conséquences dommageables pour soi.

⁸⁷ Pascal Dreyer, « Habiter chez soi jusqu'au bout de sa vie », *Gérontologie et société*, 2017/1 (vol. 39 / n° 152) ; Marie Delsalle, Représentations croisées sur les notions de liberté, risque/sécurité, confort et bien-être. J'y suis, j'y reste ! Volet 2, Recherche psychosociale sur les motivations des personnes âgées à rester chez elles. Les chantiers Leroy Merlin Source, n° 18, 2016.

et dans l'habitat », a reposé de façon nette les principes qui doivent présider à l'habitat des personnes quel que soit le lieu.

Dans la continuité du plan d'aide à l'investissement Ségur (2,1 milliards d'euros sur 2021-2025), de nombreux projets de modernisation d'Ehpad sont en cours de réalisation sous le pilotage de la CNSA. Cette dernière a par ailleurs lancé en 2023 en partenariat avec l'ANAP (agence nationale de la performance sanitaire et médico-sociale) une Mission nationale d'appui à l'investissement immobilier médico-social, en plus de l'installation par la CNSA en 2021 d'un laboratoire des solutions de demain.

Sur ces bases, doit être initiée une démarche nationale d'ampleur de transformation domiciliaire des Ehpad, qui permettrait de mettre fin à un Ehpad construit sur un modèle hospitalier et souvent vu par les personnes comme un repoussoir. Dans son avis de 2019, le conseil de la CNSA rappelle que le fait de vivre en Ehpad ne permet aujourd'hui pas de se sentir chez soi, dans la mesure où les personnes doivent se plier aux contraintes de l'organisation et changer leurs habitudes de vie pour les adapter au rythme et aux exigences de l'organisation⁸⁸.

Recommandation n°15 Lancer un plan national de transformation domiciliaire des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad)

La mission tient à souligner qu'il n'y a pas contradiction entre l'accueil de personnes en perte d'autonomie fortement requérantes en aides et en soins et cette transformation domiciliaire des Ehpad qu'elle appelle de ses vœux. C'est avant tout une posture institutionnelle dans la délivrance des services et accompagnements et dans l'organisation de l'habitat ainsi que le déploiement de moyens adaptés qui permettent, dans un projet d'établissement refondé, de concilier intelligemment les deux dimensions. Contrairement à une idée répandue, la transformation domiciliaire des Ehpad n'est pas nécessairement coûteuse sur le plan financier. Si certaines actions ont un coût notable (amélioration des taux d'encadrement, suppression des chambres doubles, installation de sanitaires dans les chambres), de nombreuses autres ont un coût financier faible, voire inexistant : décoration, postures et tenue vestimentaire du personnel, boîte aux lettres personnelle pour les résidents, liberté de visite, possession d'un animal domestique...

1.4 Personnes handicapées vieillissantes, personnes âgées en situation de grande précarité, personnes âgées ayant des troubles psychiatriques : des entrées en Ehpad pas toujours adaptées

Les publics accueillis en Ehpad se caractérisent par leur hétérogénéité de profil même s'ils ont en commun de bénéficier d'un niveau de vie annuel moyen plus faible que les personnes âgées à domicile et ce jusqu'à 95 ans, âge où les niveaux de vie se rejoignent. Il s'agit pour une part importante de personnes âgées présentant des limitations fonctionnelles et des problèmes de santé ne relevant pas de l'hospitalisation. Ces publics, pour lesquels l'Ehpad a été initialement pensé, ont vu leur âge augmenter et leur état de santé se dégrader, avec un niveau moyen de

⁸⁸ Démarche prospective du conseil de la CNSA, « Chapitre 2 : chez-soi, l'approche domiciliaire », juillet 2019.

dépendance de plus en plus important et une fréquence accrue des pathologies, au point de les rapprocher progressivement de ceux accueillis en USLD⁸⁹.

Si cette évolution justifie de renforcer le niveau de médicalisation des Ehpad, elle met aussi en question leur capacité à accueillir dans de bonnes conditions certaines catégories de résidents plus jeunes apparus au fil du temps, au premier rang desquels les personnes handicapées vieillissantes (PHV) et, plus rarement, les personnes présentant des profils de grande précarité.

La Cour des comptes⁹⁰ voit dans le vieillissement des personnes handicapés un phénomène structurel, insuffisamment anticipé par le secteur du handicap, évoquant des personnes « dont la déficience psychique ou le handicap neurologique lourd s'est heurté à la forte insuffisance d'une offre médico-sociale adaptée conduisant à des situations d'exclusion sociale, à des hospitalisations de longue durée et à des sorties vers des établissements non adaptés ». Les analyses de la mission tendent à montrer que cette dynamique va se poursuivre (voir l'annexe 7 relative aux Ehpad).

Dans un contexte où les proches-aidants sont moins nombreux, les tensions dans le secteur médico-social trouvent une résolution au moins partielle dans les Ehpad, principal lieu d'accueil des PHV, au terme de parcours souvent complexes. Leur profil y est singulier dans la mesure où il s'agit de personnes dont la majorité ont moins de 75 ans et qui, pour la plupart, résidaient déjà dans un établissement médico-social avant leur entrée en Ehpad.

Contrairement à celles présentant des troubles moteurs, viscéraux ou sensoriels, les PHV souffrant de troubles psychiques (séquelles AVC, maladie psychiatrique...), intellectuels et cognitifs ont un fort besoin d'accompagnement médico-social de la même façon que les personnes plus âgées accueillies habituellement en Ehpad. Pour les PHV relevant plutôt des foyers d'accueil médicalisés (FAM)⁹¹, et bien qu'ils puissent y trouver des réponses à d'éventuels besoins de soins (nursing, notamment) que les foyers de vie non médicalisés peinent parfois à satisfaire, l'Ehpad constitue une solution par défaut⁹² au regard de l'ensemble des besoins qui sont les leurs.

Dans certains Ehpad, des unités spécialisées se sont créées pour accueillir des PHV (jusqu'à environ 5000). Mais dans l'ensemble, les Ehpad sont insuffisamment financés et outillés pour accueillir ce public spécifique. Pour devenir une solution acceptable d'hébergement, ils doivent donc adapter leur prise en charge au handicap accueilli sous réserve de bénéficier des conditions financières associées à cet accueil.

Au-delà des pistes évoquées par la Cour des comptes pour améliorer les prises en charge en Ehpad des PHV⁹³, la mission a recherché les voies permettant de leur proposer des habitats plus adaptés à leurs besoins en dehors des Ehpad. Il faut pour cela pouvoir offrir une solution d'accompagnement et de vie sociale à domicile, voire proposer pour certains un accueil familial (cf. annexe 8 relative à l'accueil familial), l'adaptation de l'accompagnement et des lieux de vie des personnes en situation de handicap vieillissantes constituant un enjeu à la fois pour les

⁸⁹ Rapport de mission des professeurs Jeandel et Guérin, USLD et Ehpad, juin 2021.

⁹⁰ Cour des comptes, Accompagnement et prise en charge des personnes en situation de handicap vieillissantes, sept 2023.

⁹¹ Les moyens mis à disposition (et donc les taux d'encadrement) entre FAM et Ehpad ne sont pas les mêmes : 200 euros à la place par jour en FAM vs 150 euros par jour avec le soin en Ehpad.

⁹² Faute de personnels et/ou de compétences adaptées.

⁹³ Financement adapté aux besoins et conservation de moyens antérieurs, adaptation des projets d'établissement et contrats d'objectifs, grille d'évaluation des besoins spécifiques notamment.

établissements du champ du handicap, pour ceux du champ du grand âge et pour les acteurs du monde du domicile⁹⁴.

Un autre public, également moins âgé (entre 40 et 60 ans avec une perte d'autonomie non repérée par l'algorithme de la grille AGGIR⁹⁵), comprend des résidents en situation de grande précarité⁹⁶, dont l'entrée en Ehpad, parfois facilitée par la baisse des taux d'occupation pendant la crise sanitaire, s'explique aussi par la faiblesse de l'offre d'hébergement alternatif. S'il n'était pas accueilli en Ehpad, ce public qui présente souvent des troubles du comportement en rapport avec son parcours de vie (traumatismes, alcoolisme, addictions...) et/ou des problèmes psychiatriques, aurait bien souvent de grandes difficultés, tant sur le plan social que du point de vue de l'état de santé, à vivre dans un domicile ordinaire ou à être admis en résidence autonomie (risque d'effet repoussoir)⁹⁷.

De même, si la pension de famille offre la possibilité d'une vie collective à de grands exclus qui n'ont pas de perspective de recouvrement de leur autonomie à court ou moyen terme, il n'est pas toujours facile d'y rester pour certains qui en ont été renvoyés avant d'être admis en Ehpad.

Si l'absence de décompte et de suivi statistique ne permet pas de savoir comment va évoluer cette population, on peut tout de même penser qu'il s'agit d'un phénomène durable susceptible d'augmenter avec la précarisation des conditions de vie et les risques de désaffiliation sociale qui y sont attachés. Les associations en contact avec ces publics se disent d'ailleurs « de plus en plus confrontées au « vieillissement prématuré » des personnes hébergées et accompagnées, à la dégradation de leur état de santé comme à la survenue des dépendances »⁹⁸.

Hormis les Ehpad, d'autres solutions doivent être envisagées pour adapter certaines structures aux spécificités de ce public (petites unités de vie rattachées à un ESMS type résidences autonomie, CHRS ou pension de famille).

⁹⁴ Une partie des PHV au profil trop lourd et complexe pour aller en Ehpad (AVC avec séquelles lourdes, polyopathie et/ou polyhandicaps sévères requérant une prise en charge spécifique, complexe et prolongée, maladie psychiatrique chronique suffisamment active et invalidante pour compromettre une admission dans le secteur médico-social, ...) pourraient être orientés vers les unités de soins prolongés complexes (USPC). Par ailleurs, les maisons d'accueil rural pour personnes âgées (MARPA) accueillent parfois certaines catégories de PHV (troubles sensoriel, déficience intellectuelle, handicaps psychiques légers).

⁹⁵ Les GIR 5-6 en Ehpad comprennent des PHV et des personnes présentant des troubles psychiques et/du comportement, des personnes avec maladies neurovégétatives en début d'évolution, des personnes dont l'extrême isolement génère aussi de la dépendance et qui bénéficient du fait de vivre dans le collectif de l'Ehpad, et des personnes en situation de grande précarité. Si leur part a logiquement diminué avec l'altération du profil moyen des résidents, ces publics à faible GIR (GIR 5-6) n'ont pas pour autant disparu (39 000 en 2019).

⁹⁶ Sans pouvoir s'appuyer sur des données d'enquête, la mission a pu constater qu'en dehors des PHV dont l'âge est souvent inférieur à 75 ans, bon nombre de résidents d'Ehpad de 60-74 ans sont issus de la rue ou de CHRS.

⁹⁷ A l'exception notable de résidences autonomie, comme certaines en Ile-de-France, qui intègrent l'accueil de ce type de public à leur projet d'établissement.

⁹⁸ Plaidoyer vieillissement et précarité de la Fédération des acteurs de la solidarité (FAS) et de la Fédération des établissements hospitaliers d'aide à la personne (FEHAP), 2022. Le document indique que 13 % des personnes accueillies en CHRS ont plus de 50 ans. Dans les autres centres d'hébergement, la part des personnes de plus de 50 ans représente 17 % des personnes accueillies tandis qu'elle atteint 55 % en pensions de famille / résidences sociales. De plus, selon l'enquête de 2017 de la FAS Ile-de-France, les CHRS répondants indiquent que 25 % des personnes accompagnées sont en situation de perte d'autonomie.

Une partie des résidents avec des troubles du comportement⁹⁹ posent des problèmes spécifiques au sein de l'Ehpad : qu'il s'agisse de patients venant de filière santé mentale et de long séjour psychiatrique dont le capacitaire se réduit, de PVH ayant des troubles psychiques ou de résidents en situation de grande précarité, ils sont généralement plus jeunes que les autres résidents, pour lesquels ils peuvent parfois présenter des risques, et plus compliqués à prendre en charge pour les équipes qui n'y sont pas habituées.

L'amélioration de la prise en charge psychiatrique est une demande des établissements au regard des besoins considérés comme croissants de ces personnes dont plusieurs responsables ont indiqué à la mission qu'elles séjournaient plus longtemps en Ehpad (10 ans) de par leur âge moyen plus jeune. Cela suppose à la fois de former et de renforcer les équipes en moyens d'intervention dans un contexte de forte tension du système de soins psychiatriques (peu nombreuses, les équipes mobiles géronto-psychiatriques ou psycho-gériatriques peinent à se déployer, voyant même par endroit leurs moyens diminuer, cf. annexe 10 relative au système de soin). A défaut, le risque est la déstabilisation des équipes d'Ehpad, la mauvaise prise en charge des patients et des effets éventuels sur les autres résidents.

La question est aussi de savoir si cela fait sens de faire cohabiter des publics ayant des besoins si différents et dans la foulée, de réfléchir à des alternatives à l'Ehpad telle qu'il s'en déploie sur certains territoires (transformation de foyers de vie spécialisés en FAM pour PVH avec troubles psychiatriques).

Recommandation n°16 Faire l'inventaire des modes d'accompagnement des publics précaires âgés et des personnes âgées ayant des troubles psychiatriques pour les prendre en charge de façon plus adaptée, en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), habitat alternatif, domicile ordinaire ou autre forme d'hébergement

⁹⁹ Agressivité, comportements inappropriés ou envahissants..., avec parfois risques de violence et d'agressions.

2 L'accroissement du nombre de personnes âgées en perte d'autonomie dans les années à venir pourrait encore fragiliser l'objectif de transformation domiciliaire

2.1 L'augmentation à venir du nombre de personnes en perte d'autonomie représente un défi quantitatif majeur, d'ampleur et de nature variables selon les départements

D'ici 2030, le nombre de personnes âgées en situation de perte d'autonomie va augmenter d'environ 16 % par rapport à 2020 (soit +465 000, de 2,7 millions à près de 3,1 millions¹⁰⁰), de plus de 36 % d'ici 2040 (+975 000) et de près de 46 % d'ici 2050 (+1 226 000)¹⁰¹, soit une croissance plus rapide que celle des plus de 60 ans en France : +31 % d'ici 2050¹⁰². Ces évolutions moyennes masquent des différences marquées entre territoires¹⁰³ (voir cartes ci-dessous) : ainsi, la Corse, l'Île-de-France, Rhône-Alpes et l'arc atlantique vont être beaucoup plus concernés par l'accroissement de la dépendance¹⁰⁴. A titre d'exemple, la croissance du nombre de personnes âgées en situation de perte d'autonomie va être quatre fois plus forte en Haute-Savoie¹⁰⁵ que dans l'Indre¹⁰⁶.

¹⁰⁰ Les données présentées ici s'appuient sur le modèle Livia de la Drees de la population âgée dépendante projetée suivant un GIR estimé. Ce ne sont donc pas les mêmes valeurs que celles du nombre futur de bénéficiaires de l'allocation personnalisée autonomie, le décalage provenant du fait qu'un grand nombre de personnes, en particulier à domicile, ne sollicite pas l'APA. Cette approche permet néanmoins de mieux apprécier l'évolution de la demande potentielle.

¹⁰¹ Ces estimations s'appuient sur le modèle Livia avec une hypothèse démographique d'espérance de vie basse (correspondant au scénario démographique central de l'Insee) et une hypothèse d'évolution de la dépendance intermédiaire (voir l'encadré ci-dessous pour l'explicitation de cette hypothèse). La dynamique d'évolution de la population âgée en perte d'autonomie serait moitié moindre si l'hypothèse d'évolution de la dépendance retenue était l'optimiste.

¹⁰² Données projetées à partir du GIR estimé au sein de la population âgée dans le modèle Livia de la Drees.

¹⁰³ Ces projections s'appuient sur les données de l'Insee qui reproduisent, pour l'avenir, les mobilités interdépartementales des personnes constatées aujourd'hui. Elles ne captent donc pas d'éventuels changements de comportement concernant par exemple les rapprochements familiaux ou des migrations dues à la crise climatique (ex. du sud vers le nord).

¹⁰⁴ Les simulations prospectives du modèle Livia de la Drees n'existe pas à une maille territoriale infra-départementale (ex. territoires de vie). Il est néanmoins très probable qu'à l'intérieur des départements, les dynamiques seront contrastées, notamment entre zones urbaines, périurbaines et rurales.

¹⁰⁵ Les départements suivants vont connaître d'ici 2040 des hausses supérieures à 50 % : départements d'Outre-mer, Haute-Corse, Haute-Savoie, Ain, Vendée, Seine-et-Marne, Hautes-Alpes, Loire-Atlantique, Savoie.

¹⁰⁶ Évolution de la population âgée dépendante entre 2019 et 2040 : +63 % (Haute-Savoie) versus +16 % (Indre) - annexe 13 relative à la catégorisation des départements.

Carte 1 : Evolution de la population âgée en perte d'autonomie par département entre 2015 et 2050, en pourcentage

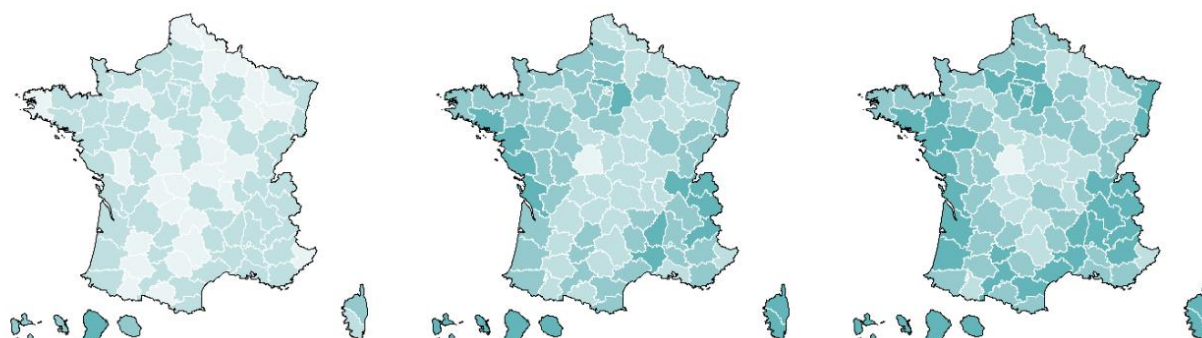
Évolution par rapport à 2015 des personnes dépendantes :



2030

2040

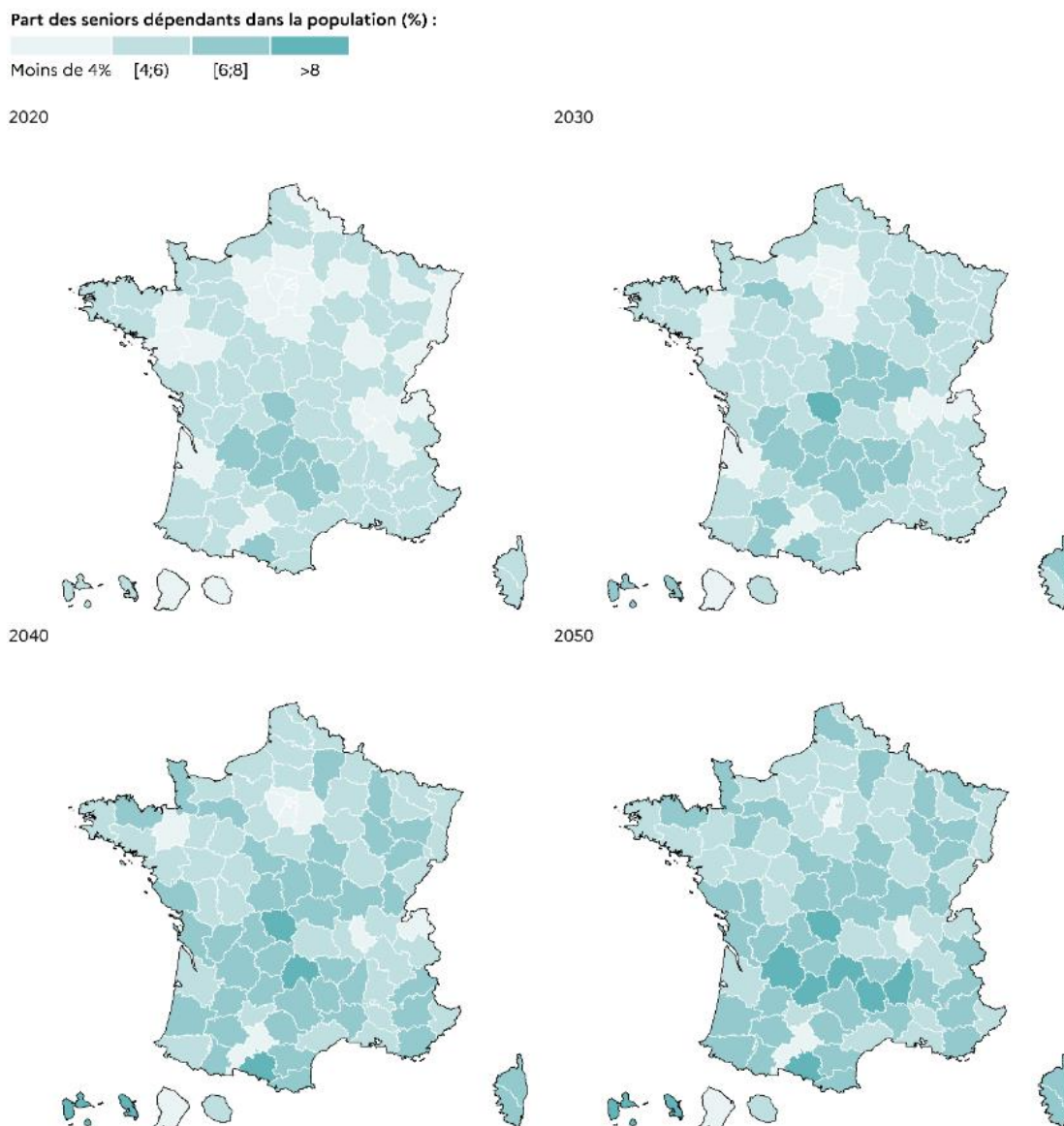
2050



Source : LIVIA-DREES, hypothèse démographique d'espérance de vie basse (scénario central Insee), hypothèse d'évolution de la dépendance intermédiaire. Mise en forme mission.

Les territoires du centre de la France vont en effet avoir des taux de croissance nettement plus faibles, ce qui s'explique par le fait qu'ils ont déjà connu des phases de vieillissement fortes par le passé, et ne partent donc pas en 2020 de la même situation. Les enjeux y seront en partie différents mais n'y seront pour autant pas moindres : plus qu'ailleurs, les personnes en situation de perte d'autonomie représenteront une part élevée de la population globale (voir cartes ci-dessous). Ainsi, en 2040, moins d'une personne sur trente vivant à Paris sera une personne âgée en situation de perte d'autonomie (3,1 %) contre près d'une personne sur dix dans la Creuse (9,5 %).

Carte 2 : Part des personnes âgées dépendantes dans la population, tout âge confondu, en 2020, 2030, 2040 et 2050



Source : LIVIA-DREES, hypothèse démographique d'espérance de vie basse (scénario central Insee), hypothèse d'évolution de la dépendance intermédiaire. Mise en forme mission.

Notons que certains territoires vont cumuler forte croissance en volume de leur population âgée en perte d'autonomie et forte proportion de ces personnes dans la population globale, comme l'Ardèche.

De telles augmentations de la population âgée en perte d'autonomie nécessiteraient, à pratiques inchangées en termes de capacités de maintien à domicile, de créer à horizon 2030 entre 103 000 et 140 000 places en Ehpad/Usld et résidences autonomie (voir encadré ci-dessous). L'effort à fournir serait encore plus conséquent lors de la décennie suivante : entre 2030 et 2040, ce serait entre 130 000 et 163 000 qui devraient s'ajouter aux précédents. Cette accélération s'explique par le fait que c'est au milieu des années 2030 que la croissance d'une année sur l'autre du nombre

supplémentaire de personnes âgées en perte d'autonomie va être la plus forte (voir l'annexe 12 relative aux projections démographiques de population âgée en perte d'autonomie).

Projection du nombre de seniors en Ehpad et en résidences autonomie entre 2019 et 2040 à politique publique de maintien à domicile inchangée

Le modèle Livia élaboré par la Drees permet de projeter, à pratique inchangée de maintien à domicile, le nombre de seniors qui vivraient en Ehpad et en résidence autonomie dans les années à venir. Trois hypothèses d'évolution de la dépendance peuvent être retenues dans le modèle : une optimiste, une pessimiste et une intermédiaire. L'hypothèse optimiste estime que le gain d'espérance de vie se passe dans un niveau d'autonomie totale. L'hypothèse pessimiste estime que ce gain se traduit en années de dépendance modérée, et l'hypothèse intermédiaire partage le gain d'espérance de vie entre dépendance modérée et autonomie totale, au prorata de ce qui est observé aujourd'hui.

Des travaux récents réalisés par la Drees (Etudes et Résultats n°1212) tendent à montrer que l'hypothèse pessimiste peut être écartée. La hausse du nombre de personnes âgées dépendantes pourrait dès lors se situer à des niveaux proches de ceux projetés avec les hypothèses optimiste ou intermédiaire¹⁰⁷. Le tableau ci-dessus détaille les projections pour 2030 et 2040 avec ces deux hypothèses. On observe ainsi qu'à pratiques inchangées, il faudrait créer entre 103 000 et 140 000 places en Ehpad-RA à horizon 2030, et plus du double à horizon 2040.

Tableau : Projection du nombre de seniors en Ehpad et résidences autonomie entre 2019 et 2040, à politique publique de maintien à domicile inchangée

Hypothèse d'évolution de la dépendance	Lieux de vie	Nombre de seniors en 2019	Nombre de seniors en 2030	Nombre de seniors en 2040	Différence 2019-2030	Différence 2019-2040
Optimiste	En Ehpad et assimilés	611 000	685 068	792 882	74 068	181 882
	En résidence autonomie	104 000	132 974	154 951	28 974	50 951
	Total : en Ehpad et RA	715 000	818 042	947 833	103 042	232 833
Intermédiaire	En Ehpad et assimilés	611 000	721 846	863 053	110 846	252 053
	En résidence autonomie	104 000	133 242	155 344	29 242	51 344
	Total : en Ehpad et RA	715 000	855 088	1 018 397	140 088	303 397

Source : Drees, modèle LIVIA, <https://drees.shinyapps.io/projection-pa/> (consultation le 15 janvier 2024), hypothèse démographique d'espérance de vie basse. La donnée relative à 2019 provient de la publication faite par la Drees en 2020 (Etudes et résultats n°1172 Perte d'autonomie : à pratiques inchangées, 108 000 seniors de plus seraient attendus en Ehpad d'ici à 2030) qui était recalée sur les derniers effectifs réels disponibles, à savoir ceux de l'année 2019 (les données prospectives 2030 à 2050 de cette publication n'ont en revanche pas été retenues ici car elles reposaient sur l'hypothèse démographique centrale ; or les actualisations récentes des projections de population et d'espérance de vie de l'Insee indiquent que l'hypothèse démographique à retenir au sein du modèle Livia est en fait l'hypothèse démographique basse, hypothèse retenue dans le présent tableau).

¹⁰⁷ Par lisibilité des cartes, graphiques et tableaux du présent rapport, il a été décidé après échanges avec la Drees de présenter les données de projections reposant sur l'hypothèse d'évolution de la dépendance intermédiaire.

Ces projections démographiques comportent par nature une part d'incertitude. Divers phénomènes peuvent avoir pour effet de diminuer la prévalence de la dépendance, que ce soit une plus grande efficacité des actions de prévention de la perte d'autonomie (ex. programme Icope de l'OMS, plan de prévention des chutes) ou des progrès dans les soins et dans les habitudes de vie permettant un allongement de l'espérance de vie sans incapacité. A l'inverse, les projections ne tiennent pas compte des effets d'éventuelles épidémies ou de canicules à répétition sur la structuration par âge de la population. Notons que les phases de confinement (par protection face à une épidémie ou à de fortes chaleurs) peuvent également contribuer à diminuer l'autonomie des personnes et à dégrader leur état de santé, sous l'effet du manque d'activité physique et d'une diminution des stimulations sociales. Actualiser régulièrement le modèle Livia de projections départementales de la dépendance serait nécessaire (modèle actuel étalonné sur 2015 – la Drees prévoit son actualisation en 2024).

2.2 La capacité à faire face à ce défi est hétérogène entre territoires

Les territoires français ne sont pas armés de la même façon en termes d'offre sanitaire et médico-sociale à destination des personnes âgées. La mission a mené un travail exploratoire pour typologiser les départements français en quatre classes suivant sept paramètres (voir tableau ci-dessous) : Ehpad, résidences autonomie, résidences services, SSIAD, SAAD, infirmières et médecins généralistes de proximité¹⁰⁸. Cette catégorisation des départements selon leur offre a été mise en regard de la demande (évolution des personnes âgées en perte d'autonomie et part – pour plus de détails sur la méthodologie suivie et les résultats obtenus voir l'annexe relative à la catégorisation des départements). Les résultats obtenus montrent une certaine cohérence avec les retours de terrain de la mission. Il est ainsi vraisemblable que des départements comme la Vendée ou la Savoie vont connaître des difficultés d'une ampleur plus grande que la Haute-Vienne : la Haute-Vienne va avoir un taux de croissance de la population âgée en perte d'autonomie deux fois moindre alors qu'elle est beaucoup mieux armée du côté des acteurs du domicile tant médico-sociaux (SAAD, SSIAD-SPASAD) que sanitaires (infirmières et médecins généralistes de proximité), sans que la part des personnes âgées en perte d'autonomie dans la population y soit sensiblement différente (elle est même inférieure en Haute-Vienne à celle de la Vendée).

¹⁰⁸ Voir le détail de la méthodologie et des résultats dans l'annexe 13 Catégorisation des territoires.

Tableau 2 : Départements par catégorie (classe d'offre /groupe de demande)

Classe d'offre / Groupe de demande	Groupe A : Croissance très forte des personnes âgées dépendantes et part limitée dans la population	Groupe B : Croissance modérée des personnes âgées dépendantes et poids intermédiaire dans la population	Groupe C : Croissance très forte des personnes âgées dépendantes et poids élevé dans la population	Groupe D : Croissance soutenue des personnes âgées dépendantes et poids intermédiaire dans la population
Classe 1 : des départements à l'offre plus fragile en particulier sur le volet sanitaire	Ain, Haute-Savoie, Loiret, Seine-et-Marne, Yvelines, Essonne, Hauts-de-Seine, Val-d'Oise, Eure, Loire-Atlantique, Maine-et-Loire	Nièvre, Indre, Haute-Marne	Charente, Vendée	Côte-d'Or, Saône-et-Loire, Cher, Eure-et-Loir, Indre-et-Loire, Loir-et-Cher, Calvados, Manche, Orne, Deux-Sèvres, Vienne, Mayenne, Sarthe
Classe 2 : des départements à l'offre plus étoffée en Ehpad	Tarn-et-Garonne	Allier, Loire, Ardennes, Meuse, Corrèze, Hautes-Pyrénées	Ardèche, Cantal, Haute-Loire, Creuse, Dordogne, Ariège, Aude, Lozère, Hautes-Alpes	Puy-de-Dôme, Jura, Yonne, Territoire de Belfort, Côtes-d'Armor, Aube, Vosges, Aisne, Lot-et-Garonne, Aveyron, Gers, Tarn
Classe 3 : des départements avec une offre sanitaire libérale plus dense	Ille-et-Vilaine, Bas-Rhin, Gironde, Haute-Garonne, Hérault	Haute-Vienne, Alpes-Maritimes, Nord	Drôme, Morbihan, Charente-Maritime, Landes, Gard, Alpes-de-Haute-Provence	Finistère, Somme, Pyrénées-Atlantiques, Pyrénées-Orientales, Bouches-du-Rhône, Var, Vaucluse
Classe 4 : des départements à l'offre fragile en Ehpad	Isère, Doubs, Haut-Rhin, Oise, Seine-Saint-Denis, Val-de-Marne	Meurthe-et-Moselle, Rhône, Paris	Savoie, Haute-Saône, Lot	Marne, Moselle, Pas-de-Calais, Seine-Maritime

Source : Pôle data Igas. France métropolitaine, hors Corse.

Ce travail d'analyse de l'offre permet ainsi d'approcher, de façon différentielle, les forces et faiblesses de chaque département face à l'accroissement du nombre de personnes âgées en situation de perte d'autonomie. Ainsi, l'Oise et l'Ille-et-Vilaine vont connaître une croissance similaire du nombre de personnes en situation de perte d'autonomie (+48-49 % d'ici 2040), qui représenteront une proportion comparable de leur population (environ 4 %), mais, tandis que l'Ille-et-Vilaine pourra s'appuyer sur une offre à domicile dense et sur un niveau d'équipement important en Ehpad (par exemple pour adapter la nature des publics qui y sont accueillis), l'Oise est à l'inverse plus fragile sur ces deux aspects. Dans un autre ordre d'idée, l'Ardèche et la Haute-Garonne, qui vont connaître une croissance équivalente – forte - du nombre de personnes âgées en perte d'autonomie, ont des situations presque inverses l'un par rapport à l'autre : la Haute-Garonne dispose d'une capacité de maintien à domicile bien plus forte, avec une offre en SAAD trois fois plus dense, plus d'infirmières et de médecins de proximité, un niveau de vie médian de la population près de 10 % plus élevé et une part deux fois moindre des personnes âgées dépendantes dans la population en 2040. A l'inverse, l'Ardèche dispose d'un taux de structures (Ehpad et RA) plus élevé, ce qui pourrait lui permettre, en privilégiant l'accueil en établissement des publics les plus requérants en personnel, d'amortir pour partie la hausse des personnes en situation de forte perte d'autonomie.

Ces analyses comparées de l'offre doivent naturellement être prises avec précaution : la demande d'entrées en Ehpad varie aussi en fonction de différences culturelles. Ainsi, alors que près d'un tiers des personnes vivant dans l'Ouest (Bretagne, Pays-de-la-Loire, Poitou-Charentes) ou l'Est (Alsace, Franche-Comté, Lorraine) se déclarent prêtes à faire entrer un proche parent en établissement s'il devenait dépendant, elles sont moins d'une sur dix sur la zone méditerranéenne (Languedoc-Roussillon, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Corse)¹⁰⁹ (pour plus de détails, voir l'annexe 13 relative à la catégorisation des départements). Les taux départementaux d'équipements en Ehpad sont pour partie la traduction d'une demande sociale qui varie indépendamment des indicateurs épidémiologiques habituels¹¹⁰ et qui doit être mise en lien avec l'histoire politique et culturelle des départements.

Cette exploration territoriale conduit la mission à considérer que plus d'une trentaine de départements vont connaître des difficultés plus marquées encore sur les Ehpad, même si la croissance du nombre de personnes en situation de perte d'autonomie va nécessiter une mobilisation partout en France, y compris là où l'offre est en apparence plus robuste aujourd'hui. Les approches pour déterminer l'ampleur des départements concernés sont développés dans l'annexe 14 relative aux scénarios prospectifs. Ce travail exploratoire mené par la mission à l'échelle des départements mériterait des approfondissements afin de prendre en compte une gamme plus large d'indicateurs (ex. niveau de vie des personnes âgées, population active prévisionnelle) et de descendre à l'échelle des territoires de vie¹¹¹. Il permet néanmoins de prendre la mesure des hétérogénéités territoriales à venir et de la nécessité de fortement ancrer localement les stratégies de développement de l'offre par type d'habitat.

2.3 Des tensions persistantes sur les personnels et une diminution du nombre de proches aidants pourraient compromettre la politique domiciliaire

2.3.1 Des métiers du grand âge insuffisamment attractifs

Face à l'accroissement du nombre de personnes âgées en situation de perte d'autonomie à accompagner, disposer de personnels à la fois qualifiés et en nombre suffisant représente un défi considérable. Les projections réalisées par le rapport El Khomri de 2019 établissent un besoin de recrutements de 352 600 aides-soignants et accompagnants à horizon 2025. Si l'on reprend les projections de la Cour des comptes, 63 000 ETP supplémentaires seraient nécessaires dans les seuls SAAD à horizon 2030, ce qui représente des besoins de recrutement bien supérieurs si l'on prend en compte les départs à la retraite, le turn-over, les postes actuellement vacants et la part de l'emploi direct.

¹⁰⁹ In baromètre d'opinion de la Drees, 2021.

¹¹⁰ Notons aussi que la nature de l'offre à proximité (ex. Ehpad privé lucratif ou non) peut aussi avoir un effet sur la demande.

¹¹¹ Un travail plus fin sur les mobilités interdépartementales à venir serait aussi utile, le tout adossé sur une version actualisée du modèle Livia qui, constitué en 2015, ne prend pas en compte l'impact de la crise sanitaire de 2020 dans ses projections populationnelles.

Or, après plusieurs décennies de croissance de sa population active, la France a atteint un plateau depuis 2020 et connaîtra une baisse nette à compter de 2040 (baisse dans le quart Nord-Est de la France dès le milieu des années 2020¹¹²). Cet effet ciseaux risque d'induire une concurrence exacerbée entre secteurs de l'économie française pour attirer la main d'œuvre, phénomène d'ores et déjà rapporté à la mission dans plusieurs territoires (ex. Loire-Atlantique, Savoie). Le manque de personnels a des effets en cascade : difficultés pour les personnels en place à prendre leurs congés et à partir en formation continue, nécessité pour les gestionnaires d'employer tous les moyens nécessaires (intérim, recrutement de personnel non qualifié, y compris pour des prises en charge complexes) pour couvrir les postes vacants, risque d'épuisement professionnel, accroissement du turn over des effectifs, dégradation de la qualité rendue... L'enjeu de ressources humaines concernera tous les professionnels, médicaux, paramédicaux, soignants, aides à domicile et personnels administratifs et de direction.

Or, si l'on en juge les tensions d'ores et déjà rencontrées par les métiers du grand âge¹¹³ (sous-consommation des plans notifiés d'aide APA à domicile par manque de personnel dans les SAAD, réduction de tournées dans des SSIAD, gels de places dans des Ehpad du fait d'effectifs insuffisants, déserts médicaux et paramédicaux), la question de l'attractivité du secteur se pose de façon majeure, sans que les actions d'ores et déjà entreprises n'aient permis de régler le problème. Les signaux d'alerte du côté des écoles de formation sont, qui plus est, inquiétants : on relève des taux élevés d'abandon en cours de formation d'infirmières et d'aides-soignantes¹¹⁴.

Dans une note d'analyse récente (déc. 2023)¹¹⁵, France Stratégie montre que les aides à domicile appartiennent à un groupe de métiers à très bas salaires et à trajectoires professionnelles défavorables, avec de fortes contraintes horaires compliquant substantiellement la conciliation entre vie familiale et vie professionnelle, groupe à la configuration jugée « particulièrement défavorable » par rapport aux autres métiers étudiés. Les métiers du grand âge (aides à domicile, aides-soignantes, employés de maison...) cumulent faible qualité de l'emploi et faibles rémunérations, ce que France Stratégie résume en disant que « les salaires ne viennent pas compenser les différences de qualité de l'emploi ». Or, les besoins de recrutement sur ces métiers à horizon 2030 sont majeurs. France Stratégie de conclure que, parmi les quinze professions aux plus forts déséquilibres anticipés entre les besoins de recrutement en 2030 et le vivier potentiel de jeunes qui y débuteraient, « quatre [métiers] affichent des scores particulièrement défavorables (appartenant au 25 % les plus faibles) en termes de rémunérations. Il s'agit des employés de maison, des aides-soignants et des deux métiers présentant les déséquilibres les plus importants – plus de 550 000 emplois à eux deux –, soit les agents d'entretien et les aides à domicile. Outre ces conditions de rémunérations, ces quatre métiers obtiennent des scores inférieurs à ceux de l'ensemble des salariés sur la quasi-totalité des dimensions, ce qui signale une qualité de l'emploi particulièrement

¹¹² <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6453758?sommaire=6453776> . Voir l'annexe 3 relative aux aides et accompagnements à domicile.

¹¹³ D'après la Dares et Pôle emploi, les métiers d'aide à domicile, aide-ménagère et aide-soignante connaissent une tension élevée en 2021 (<https://dares.travail-emploi.gouv.fr/publication/les-tensions-sur-le-marche-du-travail-en-2021>).

¹¹⁴ Voir l'annexe 10 relative aux personnes âgées et le système de santé. Les étudiantes en formation d'infirmières sont trois fois plus nombreuses à abandonner en première année en 2021 qu'en 2011 (in Marion Simon, Études et résultats, n° 1266, mai 2023, Drees). Pour les aides-soignants, c'est une sur dix qui abandonnerait sa formation en cours d'études.

¹¹⁵ *Qualité de l'emploi : une question de métiers ?*, France Stratégie, La Note d'Analyse, déc 2023, n° 130

défavorable. Ce constat souligne la nécessité de mettre en place de véritables politiques multidimensionnelles d'amélioration de la qualité de ces emplois, pour en renforcer l'attractivité ».

Que ce soit en établissement ou à domicile, aucun mode d'accompagnement ne peut fonctionner durablement et de façon satisfaisante en situation de pénuries chroniques de personnel. A fortiori, accompagner une part plus importante de personnes chez elles dans le cadre d'une politique domiciliaire requiert un surcroît de personnels à mobiliser dans le secteur du grand âge : en effet, le suivi à domicile est plus consommateur en ressources humaines du fait des temps de déplacements des professionnels entre chaque logement, contrairement à l'habitat en établissement¹¹⁶.

Une mobilisation massive des pouvoirs publics en faveur des métiers du grand âge est donc un impératif identifié depuis plusieurs années ; Les leviers sont multiples :

- revaloriser fortement ces métiers pour fidéliser les collaborateurs présents et attirer de nouveaux professionnels : augmentations salariales, amélioration des conditions et de la qualité de vie au travail, reconnaissance sociale, meilleur déroulé de carrière. Les enjeux ne se posent pas dans les mêmes termes dans toutes les structures (ex. en Ehpad, prévention de l'épuisement professionnelle ; à domicile, prévention de l'isolement professionnel) ;
- optimiser l'utilisation des ressources humaines par des organisations territorialement plus efficaces : mutualisation de services entre bénéficiaires au sein de logements sociaux ; développement des offres d'habitats regroupés (ex. au sein d'un immeuble, d'une résidence ou d'un quartier) ; réalisation d'une transformation domiciliaire des Ehpad pour les rendre plus attractifs (les Ehpad constituent intrinsèquement une offre RH de services intégrée), régulation plus efficace du territoire d'intervention des SAAD... ;
- faire appel à des personnes étrangères en faisant des métiers du grand âge une priorité de la stratégie nationale concernant les migrations internationales de travail.

Le plan d'action pour les métiers du grand âge et de l'autonomie adopté en 2020¹¹⁷ est une première étape. Il vise à initier un mouvement diversifié pour doter le secteur des moyens en ressources humaines dont il aura besoin. Cette problématique RH étant centrale au regard de l'accroissement des besoins et de l'intensification de la concurrence intersectorielle pour attirer la main d'œuvre, il paraît indispensable de poursuivre et d'amplifier les actions entreprises (ex. examen territorialisé de la main d'œuvre à disposition, revalorisation prenant en compte l'inflation). Prévue dans le cadre de la stratégie bien vieillir, la création d'une délégation interministérielle aux métiers du social, du médico-social et du soin devrait donner plus de portée à ce plan.

¹¹⁶ Ces temps de déplacement ont été estimés en situation réelle observée par la mission (immersion) à environ 20 % du temps de travail d'une aide à domicile en milieu urbain dense.

¹¹⁷ https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/tableau_avancee_des_mesures_plan_action_metier_gaa.pdf. Les quatre axes du plan sont : Axe 1 - Des métiers mieux rémunérés, un secteur professionnel mieux organisé ; Axe 2 - Répondre aux besoins en matière de ressources humaines ; Axe 3 - Des formations mieux adaptées et plus nombreuses ; Axe 4 - Des métiers plus sûrs, une qualité de vie au travail améliorée.

Recommandation n°17 Amplifier le plan d'action pour les métiers du grand âge et de l'autonomie adopté en 2020 et organiser tous les ans une conférence sociale de suivi du plan au niveau national et par région

Cette action publique plus vigoureuse encore sur le volet RH doit permettre de ne pas laisser les familles seules face à des choix difficiles. En effet, les risques sont sinon multiples : recourir, pour celles qui en auront les moyens, à des emplois directs coûteux sans garantie quant au niveau de qualification des personnels et sans suivi professionnel par des pairs compétents ; se résigner à une dégradation de la qualité de vie de leur parent dépendant ; intensifier leur rôle d'aidants au risque de l'épuisement et d'inégalités accrues entre femmes et hommes (ex. retrait prématuré et subi du marché du travail avec perte de trimestres de cotisation retraite). Sur ce dernier point, les données prospectives sur le nombre d'aidants suggèrent qu'il est peu probable que les proches-aidants des personnes âgées puissent demain se substituer massivement à des pénuries d'aides professionnelles (voir ci-dessous)¹¹⁸.

2.3.2 Une réduction probable du nombre de proches-aidants potentiels

La présence de proches aidants est bien souvent indispensable au maintien à domicile des personnes en situation de perte d'autonomie. D'après des travaux de recherche récents¹¹⁹, la composition familiale aurait même un impact plus grand sur les modes de prises en charge (domicile/établissement) que les caractéristiques de l'offre d'accompagnement environnante, même si une offre étoffée en SAAD et SSIAD-IDEL par construction la facilite.

¹¹⁸ Illustration du fait que la tension va intervenir de toute part concernant l'accompagnement humain des personnes âgées en perte d'autonomie, l'Institut des politiques publiques opère dans sa note n°96 de novembre 2023 le raisonnement inverse : il tente d'estimer le surcroît d'aide professionnelle qu'il va falloir mobiliser (et financer) dans les années à venir du fait de la baisse du volume des aidants. Tension Rh et baisse du volume d'aidants risquent en réalité fort de jouer défavorablement de façon simultanée.

¹¹⁹ *Le recours aux établissements pour personnes âgées en France (2008-2015) : le rôle de l'entourage familial*, Economie et statistiques, Carrère-Cambois-Fontaine, n°538, 2023, p43 : « L'augmentation relativement contenue de la part des 75 ans et plus vivant en établissement [entre 2008 et 2015] n'est pas tant due à une plus grande propension à rester au domicile qu'à des effets de composition (...) (plus d'hommes dans la population, plus de personnes en couple et avec enfants). (...) Au total, la part de l'évolution non expliquée par le changement de composition est modeste et non significative. (...). La progression contenue du recours aux établissements en France ne semble pas s'expliquer par l'encouragement au maintien au domicile et une évolution du système de prise en charge, d'autant qu'elle ne s'est pas traduite par un accès plus grand à des dispositifs d'assistance. (...) En France, le virage domiciliaire n'a pas vraiment opéré. Il n'est donc pas surprenant, in fine, que la propension à recourir à l'institution n'ait pas substantiellement changé et que l'augmentation contenue de la proportion de personnes âgées résidant en institution s'explique par la présence plus fréquente de l'entourage familial, notamment pour les femmes. Ce résultat, s'il se confirme dans le temps, irait dans le sens d'un transfert de la prise en charge vers les aidants familiaux, qu'elle soit facilitée par une offre de service et des limitations fonctionnelles moins complexes permettant aux familles de garder les proches au domicile, ou qu'elle s'impose du fait de la saturation de l'offre en établissement ».

On relève par ailleurs que le rôle du proche aidant croît à mesure que la perte d'autonomie s'aggrave¹²⁰. Ainsi, les personnes en perte d'autonomie importante (GIR 1 ou 2) à domicile sont aidées en moyenne par 1,7 personnes de leur entourage pour une quotité horaire hebdomadaire médiane supérieure à 35h (cf. tableau 1 de la partie 1.1)¹²¹. La mobilisation des proches aidants varie fortement d'un territoire à l'autre : moins de 6 % des personnes de plus de 60 ans sont aidés par un proche en Seine-et-Marne, contre 16,1 % dans l'Ariège¹²².

Les aidants se rangent en trois cercles de mobilisation, par ordre décroissant de probabilité d'aide : 1/ les conjoints, 2/ les enfants, 3/ des relations plus éloignées (ex. fratries, relations amicales, voisinage¹²³). Le 1^{er} cercle d'aidants (qui sont en pratique souvent des conjointes) pourrait se réduire dans les années à venir du fait de la hausse de la déconjugalisation observée au cours des dernières décennies, due notamment à l'augmentation des divorces¹²⁴ et du célibat. Ce phénomène aura une incidence en croissance plus forte chez les hommes car nombre de femmes vieillissent d'ores et déjà seules du fait de leur espérance de vie supérieure aux hommes en moyenne. On observerait même plus de femmes en couple et moins d'hommes en couple en 2030¹²⁵.

Concernant le 2^e cercle de mobilisation (les enfants), la baisse de fécondité des générations nées après-guerre va réduire le nombre d'enfants aidants potentiels¹²⁶, ce qui devrait conduire à une concentration du besoin d'aide sur un nombre plus restreint d'enfants¹²⁷. Les enfants aidants habitent généralement à immédiate proximité de la personne aidée (moins de 30 km¹²⁸). Or, la distance géographique entre les parents âgés et leurs enfants a eu tendance à s'accroître

¹²⁰ Notons toutefois que plusieurs acteurs auditionnés par la mission ont estimé qu'une personne ayant des troubles neuro-cognitifs avec des bonnes capacités fonctionnelles (ex. déplacement) est souvent plus difficile à accompagner à domicile (ex. risque de fugue, refus de soin) qu'une personne confinée au lit ou dans un fauteuil sans trouble neuro-cognitif. La question du phasage dans l'apparition des différents types de perte d'autonomie joue donc fortement sur la capacité des proches à accompagner ou non à domicile une personne âgée.

¹²¹ Voir l'annexe 2 relative aux conditions et limites du maintien à domicile.

¹²² Enquête Vie Quotidienne et Santé 2021, DREES, calcul des auteurs.

¹²³ Les proches aidants : une population hétérogène > Les dossiers de la DREES n° 110 > mai 2023

¹²⁴ <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3303338?sommaire=3353488>.

¹²⁵ L'institut des politiques publiques (IPP) relève ainsi « une hausse nette du nombre d'hommes en perte d'autonomie sans conjointe ni enfant, de 6 % environ en 2015 à 8 à 11 % en 2040 ». La part des hommes mariés ou pacsés après 60 ans pourrait baisser de près de 10 points de pourcentage en une dizaine d'années d'ici 2030.

¹²⁶ L'IPP (op. cit.) note ainsi que « Les femmes en perte d'autonomie ont en moyenne entre 2,3 et 2,4 enfants en début de période [2015], jusqu'en 2020, et les hommes en perte d'autonomie entre 2,1 et 2,2. En fin de période, vers 2040, les femmes en perte d'autonomie ont en moyenne entre 2 et 2,1 enfants, et les hommes en perte d'autonomie entre 1,9 et 2,1 enfants. »

¹²⁷ S'il est d'ores et déjà fréquent que l'aide quotidienne se concentre plus particulièrement sur un des enfants de la fratrie, le fait de disposer d'une fratrie large présente de multiples avantages pour éviter l'épuisement de l'enfant aidant : aide ponctuelle des frères et sœurs, notamment pour des périodes de congés, soutien financier pour faire appel à de l'aide professionnelle si besoin...

¹²⁸ Les trois quarts des enfants aidants qui ne cohabitent pas avec le senior habitent à moins de 30 km et à moins de 40 minutes du domicile du senior (in Les proches aidants des seniors et leur ressenti sur l'aide apportée > Les dossiers de la DREES n° 45 > novembre 2019).

nettement¹²⁹, la France étant un des pays d'Europe où la distance parent-enfant est parmi les plus grandes¹³⁰. L'effet croisé de la baisse de la fécondité et de l'éloignement croissant des familles risque soit de rendre plus difficile pour les enfants le fait d'apporter une aide quotidienne à leur parent, soit de concentrer l'aide sur un seul enfant (celui qui habiterait le moins loin), faisant courir le risque d'un épuisement accéléré de l'aidant. S'ajoute à cela le fait qu'en raison de l'augmentation de l'espérance de vie sans incapacité (âge médian d'entrée dans l'APA de 84 ans en 2011), nombre d'enfants aidants sont eux-mêmes âgés au moment où leurs parents ont besoin d'être aidés, et doivent parfois cumuler une activité professionnelle avec leur rôle d'aidants, d'autant plus que l'âge effectif de départ à la retraite recule.

Cette distance entre parents âgés et enfants peut néanmoins être à l'origine de mobilités résidentielles au moment de la perte d'autonomie : ainsi, les personnes de plus de 85 ans déménagent deux fois plus fréquemment hors de leur commune de résidence que les personnes de 75-79 ans¹³¹. Ces mobilités tiennent non seulement à des entrées en établissements mais aussi à des rapprochements géographiques avec les enfants, ces deux aspects ne faisant souvent qu'un¹³².

La mission n'a pas été en mesure d'estimer l'ampleur de la mobilisation du 3^e cercle d'aidants dans les années à venir, faute d'études portant sur le rôle des fratries. Cependant, si ces dernières jouent aujourd'hui un rôle mineur du fait de l'importance des proches aidants des 1^{er} et 2^e cercles, les fratries pourraient occuper une place non négligeable pour les premières générations d'après-guerre : par construction, ces classes d'âge ont des frères et sœurs nombreux et plus jeunes, ce qui représente un nombre important de personnes qui pourraient potentiellement devenir proche aidant de leur frère ou sœur. A l'inverse, les générations suivantes (85 ans dans les années 2040) risquent de moins pouvoir bénéficier de ce type de proches aidants.

Dans une approche globale de la question des aidants (aidants de personnes âgées, personnes en situation de handicap, personnes malades...), le gouvernement a adopté à l'automne 2023 une stratégie de mobilisation et de soutien pour les aidants 2023-2027¹³³ (ex. dispositifs de répit, congé proches-aidants, surveillance étroite de la santé des aidants). Elle est d'autant plus importante

¹²⁹ Près de 32 % des parents de plus de 50 ans avaient leur enfant le plus proche à plus de 25 km en 2004, contre un peu moins de 25 % en 2004 (in Rémi Gallou et Julie Rochut, « Vieillir seule : quelle proximité géographique des enfants ? », Revue européenne des sciences sociales, 55-1 | 2017, 69-96).

¹³⁰ Sur neuf pays examinés (Suède, Danemark, Autriche, Hollande, France, Suisse, Allemagne, Espagne, Italie), la France est celui où la proportion de parents de plus de 50 ans ayant leur enfant le plus proche à plus de 25 km est la plus forte en 2013 (Gallou/Rochut, op. cit.).

¹³¹ *La mobilité résidentielle des seniors*, Ronan Mahieu, QPS n°38, études du Groupe Caisse des dépôts et consignations, novembre 2022. Sur la tranche d'âge des personnes de plus de 55 ans, les personnes de plus de 85 ans sont celles qui ont la mobilité résidentielle la plus forte.

¹³² En effet, la mobilité résidentielle aux âges avancés est vraisemblablement moins souvent associée que par le passé à un départ vers le domicile des enfants. De fait, la propension des Français à accueillir chez eux un parent devenant dépendant a très fortement baissé dans la période récente : de 31 % en 2000, elle n'est plus que de 19 % en 2022 (baisse encore plus marquée en région parisienne, dans le Nord-Pas-de-Calais et dans l'Ouest (Bretagne, Pays de la Loire, Poitou-Charentes) (calcul des auteurs d'après les données 2000-2022 du baromètre d'opinion de la Drees).

¹³³ <https://solidarites.gouv.fr/presentation-de-la-strategie-de-mobilisation-et-de-soutien-pour-les-aidants-2023-2027?source=36884f36-85b0-4856-aba5-53bfec8a010b>

que la substituabilité de l'aide de l'entourage par de l'aide professionnelle est faible¹³⁴. Pour autant, certaines tâches généralement remplies par les proches aidants (fonction administrative, notamment, de coordination au quotidien des intervenants – prise de rendez-vous, rappel de rendez-vous, gestion d'imprévu...) pourraient être financées par l'APA et remplies par les services d'aide à domicile. Une telle évolution permettrait à la fois d'aider les personnes isolées et de décharger les proches aidants de tâches fastidieuses pour leur laisser plus de temps en soutien psychologique, affectif et social auprès de leur parent. Dans cette logique, la mission préconise (voir Partie 1), d'autoriser le financement par l'allocation personnalisée d'autonomie d'un temps de gestion administrative et de coordination du quotidien des intervenants.

2.4 Les impacts multiples de la crise climatique sur les enjeux du vieillissement sont mal connus alors qu'ils sont vraisemblablement majeurs

La canicule de 2003 a permis une prise de conscience des dangers du réchauffement climatique pour les personnes âgées et conduit à l'adoption de différentes mesures de prévention (plan national de gestion des vagues de chaleur, obligation de disposer d'une pièce rafraîchie dans les établissements d'hébergement des personnes âgées...). Pour autant, l'ampleur des actions entreprises interroge : ainsi, en 2019, 45 % des établissements d'hébergement pour personnes âgées (Ehpad, USLD, RA) n'ont pas de climatisation pour l'ensemble de leurs espaces de vie commune ; seul un établissement sur quinze déclare que ses espaces privatifs sont climatisés (EHPA 2019). La climatisation permet pourtant de décloisonner établissements et domiciles : un directeur d'Ehpad auditionné a rapporté la venue de personnes âgées du voisinage dans la pièce rafraîchie de son établissement lors de vagues de chaleur.

Par ailleurs, de nombreux effets de la crise climatique sont aujourd'hui mal connus. Les épisodes répétés de canicule risquent non seulement de causer des décès prématurés (près de 33 000 décès liés à la chaleur entre 2014 et 2022¹³⁵) mais aussi d'induire une baisse prolongée d'activité physique chez les personnes âgées confinées chez elles, ce qui pourrait ne pas être sans lien avec l'apparition ou l'aggravation précoces de pertes fonctionnelles. Le réchauffement climatique pourrait aussi accroître demain la mobilité géographique des personnes âgées vers des territoires moins exposés à la chaleur (ex. Bretagne, Normandie, Hauts-de-France¹³⁶), ce qui signifierait que les projections actuelles à la fois sous-estiment les besoins à couvrir dans certains territoires et les surestiment dans d'autres. Enfin, la question de la contribution de la politique du grand âge et de l'autonomie à la réduction des émissions de gaz à effet de serre (- 43 % à horizon 2030) nécessaire pour limiter l'augmentation de la température à 1,5°C au-dessus des niveaux préindustriels (accord de Paris de 2015 - COP 2021) est un sujet encore peu abordé : or, l'empreinte carbone différenciée entre accompagnement en établissement (ex. résidences, Ehpad) et le même

¹³⁴ En nombre d'heures hebdomadaires, l'aide de l'entourage est plus de quatre fois plus élevée que l'aide professionnelle (médiane).

¹³⁵ <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2023/fortes-chaleurs-et-canicule-un-impact-sur-la-mortalite-important-necessitant-le-renforcement-de-la-prevention-et-de-l-adaptation-au-changement-cl>

¹³⁶ Voir Carte page 2 in *Un habitant sur sept vit dans un territoire exposé à plus de 20 journées anormalement chaudes par été dans les décennies à venir*, Insee Première, n° 1918, Août 2022.

accompagnement dans des domiciles dispersés (multiplication des transports et des déplacements de professionnels auprès des personnes) n'est pas aujourd'hui calculée.

3 A défaut d'une politique ambitieuse sur le domicile et du fait du quasi-arrêt de création de places en Ehpad, les évolutions démographiques pourraient conduire à une saturation des Ehpad et des hôpitaux, et à une dégradation de la qualité de vie à domicile

3.1 De nombreux territoires sont d'ores et déjà confrontés à une tension sur l'offre, tension qui risque de s'intensifier dans les années à venir

3.1.1 Des tensions d'ores et déjà observables dans certains territoires

A chacun de ses déplacements, la mission a pu observer des situations de tensions sur les grands compartiments de l'offre (hôpital, domicile, Ehpad), souvent renforcées par les pénuries de personnels¹³⁷.

En Loire-Atlantique, certains acteurs se disent d'ores et déjà très préoccupés, observant une pression importante sur les Ehpad (taux d'occupation supérieur à 95 % d'après le conseil départemental) et dans le secteur de l'accompagnement à domicile, ainsi que des difficultés en sortie d'hospitalisation. En Seine-Saint-Denis où la pression RH est plus limitée sur le médico-social (peu de postes vacants, stabilité des personnels), l'insuffisance de moyens sanitaires (médecine de ville, médecin coordonnateur en Ehpad) et le faible taux d'équipement en Ehpad retentissent sur l'ensemble des accompagnements et sur l'hôpital, obligeant ce dernier à mieux structurer sa filière gériatrique pour tenter de plus réguler les entrées et sorties des personnes âgées de l'hôpital. La Haute-Vienne présente, quant à elle, une offre de soins infirmiers de proximité étoffée (SSIAD et IDEL) et un taux d'équipement en Ehpad dans la moyenne, mais pâtit de tensions importantes sur le recrutement, que ce soit pour les aides-soignantes ou pour les aides à domicile et auxiliaires de vie (turn-over, contrats courts, personnels non formés, etc.) dans un contexte de désertification, d'enclavement des zones rurales et de services d'urgences débordés (attente prolongée sur des brancards).

En Savoie, la mission a relevé les tensions les plus marquées, avec une situation démographique complexifiée par l'afflux de personnes à la retraite sans aidants, et ce alors que le département n'est qu'au début de sa phase d'augmentation du nombre des personnes âgées. La Savoie n'est pas un territoire particulièrement mal doté en Ehpad (taux d'équipement proche de la moyenne nationale) mais le conseil départemental relève un taux d'occupation élevé (proche de 95 %), une

¹³⁷ La mission a constaté, qu'en l'état actuel des choses, nombre d'acteurs ne disposent pas d'informations sur les taux d'occupation dans les structures et que, lorsqu'ils en ont, ils peinent à les exploiter tant les modalités de décompte sont peu claires (ex. prise ou non en compte des places qui, en pratique, sont gelées faute de personnel) et non partagées entre acteurs locaux (ex. ARS/départements). L'annexe 7 relative aux Ehpad présente quelques données sur ce point mais elle a rencontré des difficultés de même nature.

centaine de places sur les mille existantes étant gelées faute de personnel. Les tensions RH sur les soins de proximité et les services d'aides à domicile conduisent des personnes âgées à des prises en charge dégradées, loin des logiques d'autodétermination (maintien à domicile dans des conditions insatisfaisantes, entrée par défaut ou, à l'inverse, trop tardive en Ehpad). A Aix-les-Bains, où cette situation est particulièrement marquée faute des ressources humaines suffisantes en SAAD (et en SSIAD), des situations de maltraitance à domicile ont été rapportées à la mission dans un contexte d'offre sanitaire locale très tendue (tensions hospitalières et en médecine générale, difficultés à se déplacer à domicile des médecins libéraux et des équipes mobiles gériatriques, faiblesse de la filière gérontologique faute de personnels avec Ehpad saturés, sélectifs ou repousseurs...). Travaillant dans des conditions parfois extrêmes, certains professionnels ont fait part à la mission de leur sentiment d'impuissance, évoquant le « burn out » de collègues et la dégradation des prises en charge.

Plusieurs acteurs du département se disent inquiets, redoutant un gros report sur les familles et les proches aidants, étant observé que les aidants, quand il y en a, sont souvent exténués et parfois eux-mêmes hospitalisés le temps qu'on trouve des solutions en urgence. Si elle constitue un condensé des problématiques observées dans d'autres endroits, cette situation donne tout de même une idée des difficultés qui pèsent sur les territoires très exposés à l'augmentation du nombre des personnes en situation de perte d'autonomie et doit, à ce titre, constituer une alerte plus générale.

Sans un renforcement conséquent de l'offre sur nombre de territoires (personnels, capacitaires), les accompagnements risquent de se grever d'effets de bord et de pertes de chance, ayant pour conséquence une détérioration de l'état des personnes aidées, avec parfois une altération de l'état de celles qui leur viennent en aide.

3.1.2 Un risque de saturation des Ehpad

Comme indiqué précédemment, les projections conduites par la mission sur les vingt prochaines années combinant évolutions démographiques et données sur l'offre laissent craindre une saturation des Ehpad sur une partie croissante du territoire. Si la part des personnes en perte d'autonomie qui résident en établissement demeurerait stable (ce qui signifierait entre 74 000 et 111 000 ouvertures de places d'Ehpad d'ici 2030 et entre 182 000 et 252 000 d'ici 2040 – voir encadré de la partie 2.1), cela supposerait un accroissement en parallèle de plusieurs centaines de milliers de personnes en perte d'autonomie à domicile à horizon 2040. Or les pouvoirs publics visent une baisse du taux d'institutionnalisation en Ehpad en 2030. A parc constant d'Ehpad-Uslid et avec un accroissement de la proportion des personnes les plus lourdement dépendantes en établissement (GIR 1-2 et GIR 3 avec troubles neuro-cognitifs), la tension sur les places deviendrait dès 2030 très forte dans plus d'une trentaine de départements (voir l'annexe 14 relative aux scénarios prospectifs pour plus de détails). Parmi eux, elle serait plus importante encore chez certains que chez d'autres, en particulier les départements tels que la Haute-Savoie, la Savoie, le Val d'Oise, la Haute-Saône, la Vendée ou encore les Alpes-de-Haute-Provence¹³⁸.

¹³⁸ Cas aussi des départements d'Outre-mer et de la Corse. Le gouvernement a initié un premier plan de rattrapage fin 2022.

3.1.3 Un changement prévisible des profils des personnes habitant en résidences

Cette saturation progressive des Ehpad pourrait induire une hausse du degré de dépendance des personnes vivant en résidences. Dans un département comme la Savoie où la situation de tensions sur les Ehpad est préoccupante et où les résidences autonomie connaîtraient des listes d'attente (phénomène sans rapport dans l'immédiat avec les autres territoires visités par la mission), l'ensemble des parties prenantes (gestionnaires de structure, département, délégation territoriale de l'agence régionale de santé) déclarent que les habitants des résidences autonomie ont plus de besoins de soins et d'accompagnement qu'avant avec des profils se rapprochant tendanciellement de ceux présents en Ehpad au début des années deux mille pour l'âge et pour les niveaux de dépendance, et qu'un certain nombre d'entre eux souffrent de troubles cognitivo-comportementaux, autant d'éléments qui mettent en difficulté les personnels qui n'y sont pas formés. Dans ce contexte, le département craint un glissement des résidences autonomie vers l'accueil de personnes nécessitant plus d'aide pour les actes de la vie quotidienne, sans disposer en parallèle des moyens intégrés existants dans les Ehpad.

Dans l'hypothèse où les mesures prises sur le domicile ne conduiraient pas à un accompagnement très nettement supérieur des personnes en domicile ordinaire (sous-financement du secteur, tension RH sur les aides à domicile, surcoût financier, manque d'aidants...), le profil des personnes habitant en résidences pourrait radicalement changer. Ainsi, en l'absence de création de places d'Ehpad, les locataires des résidences autonomie pourraient se rapprocher dans la décennie 2030-2040 du profil des personnes actuellement accueillies en Ehpad ou, a minima, être majoritairement en perte d'autonomie (principalement classée en GIR 3 -4) (cf. annexe 14 relative aux scénarios prospectifs d'hébergement des personnes âgées dépendantes)¹³⁹. Or les résidences autonomie comme les résidences services ne sont pas préparées à une telle évolution. De fait, contrairement aux équipes d'Ehpad, qui disposent de moyens pour accompagner les personnes les plus en difficulté (moyens qu'il faudra toutefois renforcer pour faire face à la hausse inévitable du niveau de dépendance – Gir moyen pondéré (GMP)), les résidences ont de faibles capacités d'accompagnement. Elles n'ont pour la plupart que peu de liens avec l'écosystème de soins et d'aide à domicile. Certaines, peu nombreuses, ont un SAAD intégré (13 % des résidences autonomie ont des conventions avec un SAAD) et, seule une résidence autonomie sur huit bénéficie du forfait soins courants financé par les ARS¹⁴⁰.

3.2 Ces tensions peuvent être amplifiées par des difficultés d'accès aux soins, qui tendent à reporter la saturation sur les hôpitaux

La capacité de maintien à domicile des personnes âgées requérant des soins est particulièrement fragilisée quand les tensions sur l'offre des différents types d'acteurs se cumulent sur un même territoire. Les besoins en soins des personnes en perte d'autonomie nécessitent en effet de mobiliser des compétences pluridisciplinaires qui supposent, idéalement, de la part des

¹³⁹ Le rapport publié par le Commissariat au plan et le Think tank Matières grises en février 2023 « Quand les babyboomers auront 85 ans : projections pour une offre d'habitat adapté à l'horizon 2030-2050 » appelle de ses vœux une telle dynamique consistant à loger plus de personnes dépendantes en habitat intermédiaire, considérant que ces habitats pourraient être une réponse à la question des aidants (diminution prévisible).

¹⁴⁰ Non cumulable avec le forfait autonomie financé par la CNSA via les départements, le forfait soins est facteur d'efficacité des interventions de santé, et améliore sensiblement la coordination avec les médecins traitants (cf. annexe 5 relative aux résidences autonomie).

intervenants d'être formés aux spécificités du grand âge, de disposer de temps et de pouvoir se coordonner (cf. annexe 10 relative au système de soins). Un responsable de SSIAD d'un département en crise démographique (plus de personnes âgées et moins de professionnels actifs) résume la situation en ces termes : « entre les tensions sur l'hôpital, le manque de médecins et de places en Ehpad, beaucoup de points dans la boucle de prise en charge compromettent le virage domiciliaire ».

Les carences en temps médical mais aussi paramédical ont une incidence tant sur les possibilités de soutien à domicile que sur le fonctionnement des Ehpad¹⁴¹. A ces difficultés s'ajoutent un appui encore insuffisant, faute de moyens, à domicile ou en établissement de la part des structures mobiles hospitalières comme les dispositifs d'hospitalisation à domicile (HAD) les équipes mobiles gériatriques (EMG), géronto-psychiatriques (EMGP) ou psychiatriques pour personnes âgées (EMPPA) (cf. annexe système de soins).

Ces carences se traduisent par des passages par défaut aux urgences des personnes âgées où le temps de passage et les risques sont plus importants pour elles, la mortalité hospitalière en cas de nuit passée sur un brancard¹⁴² augmentant de près de deux fois pour celles ayant une autonomie limitée¹⁴³. Ces passages aux urgences débouchent sur une hospitalisation près d'une fois sur deux. D'importance croissante, ces orientations par défaut vers l'hôpital y accentuent la prédominance des patients âgés, les personnes âgées représentant déjà près de 30 % des séjours hospitaliers en soins aigus, 40 % de l'hospitalisation à domicile et 50 % des soins de suite et de réadaptation.

Les hospitalisations de personnes âgées, dont un tiers serait évitable¹⁴⁴ exposent ces dernières à plusieurs types de complications (risque de dépendance iatrogène, décès, sortie prématurée avec risque de réhospitalisation non programmée, aggravation de leur perte d'autonomie) et emportent parfois, faute de solutions d'aval, des séjours longs, complexes et inadaptés pour des motifs ne relevant plus des soins hospitaliers¹⁴⁵.

Cette situation pèse aussi sur le niveau des dépenses de l'hôpital comme des dépenses publiques de façon générale. En effet, le coût moyen d'une journée en MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) est, d'après les calculs de la mission, au moins quatre fois plus élevé que celui d'une journée en Ehpad¹⁴⁶.

Entre saturation potentielle des Ehpad et difficultés à accompagner correctement les personnes à domicile (manque d'aidants, manque d'aides à domicile et pénuries médicales et paramédicales dans certains territoires), une hausse non contrôlée du nombre de personnes âgées en perte d'autonomie admises au sein des services hospitaliers dans les années à venir est à craindre, avec

¹⁴¹ Une partie n'a pas de médecin coordonnateur ou manque de médecin traitant, d'IDEC ou d'infirmière de nuit.

¹⁴² <https://www.aphp.fr/contenu/etude-no-bed-night-une-nuit-passee-sur-un-brancard-aux-urgences-augmente-de-pres-de-40-le>

¹⁴³ Le risque était augmenté de 40 % pour l'ensemble des patients de 75 ans et plus ayant passé la nuit aux urgences (15,7 % vs 11,1 % pour les patients de 75 et plus n'ayant pas passé la nuit aux urgences).

¹⁴⁴ Évaluation de la prise en charge des personnes âgées selon le référentiel de certification, certification des établissements de santé - Fiche pédagogique - Personnes âgées - HAS septembre 2020.

¹⁴⁵ Situation parfois désignée sous la dénomination de « bed blocking »

¹⁴⁶ Pour la puissance publique, le coût moyen en MCO est d'environ 400 euros/jour/résident (un séjour moyen en MCO avoisinant les 2000 euros et durant 5,5 jours d'après ATIH 2019) contre 100 euros/jour/résident en Ehpad (19 milliards d'euros selon Les comptes de la sécurité sociale de septembre 2021, rapportés à 555 000 résidents permanents et à 365 jours).

les effets de bords évoqués supra pour les personnes et pour les établissements de santé, l'IRDES¹⁴⁷ ayant déjà montré que des dépenses insuffisantes dans le secteur médico-social et dans les soins de ville pour la prise en charge personnes atteintes de troubles neurodégénératifs conduisaient à un surcroît de dépenses hospitalières et à un coût global supérieur pour les finances publiques.

Cette hausse sera d'autant plus problématique qu'elle s'ajoutera aux effets liés au vieillissement de la population¹⁴⁸, l'accroissement du nombre de personnes âgées à domicile allant conduire de façon mécanique à une forte augmentation des hospitalisations les concernant¹⁴⁹ : au taux d'hospitalisation actuel et considérant l'augmentation du vieillissement, le nombre de journées d'hospitalisation des personnes de 75 ans et plus devrait passer d'environ 23 millions aujourd'hui à près de 45 millions en 2050, et la part de l'activité hospitalière correspondant à ce public de 37 % à 51 %¹⁵⁰.

Sous peine d'induire une hausse non maîtrisée et dommageable des dépenses publiques (surcroît de dépenses de l'assurance maladie), des mesures de renforcement du secteur domiciliaire et des établissements sont nécessaires (cf. partie 4) mais il est aussi nécessaire de structurer l'hôpital de sorte à mieux prendre en charge les personnes âgées.

A ce titre, l'accent mis actuellement sur la prise en charge aigue à l'hôpital doit être couplé à une approche plus globale des personnes âgées au regard de leurs spécificités (limitations fonctionnelles, troubles neuro-cognitifs, polypathologies, isolement social), l'objectif de maintien de leurs capacités à l'occasion d'une hospitalisation devant devenir une priorité, tant au bénéfice des personnes que de l'hôpital (éviter des ré-hospitalisations).

Recommandation n°18 Lancer une mission de l'IGAS sur la qualité des pratiques et de la prise en charge des personnes âgées à l'hôpital, dans une logique de prévention de l'aggravation de la perte d'autonomie

3.3 De la prévention de la perte d'autonomie jusqu'aux soins palliatifs : le nécessaire renforcement de toute la chaîne de prise en charge et d'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie

Si une meilleure coordination entre les acteurs et un renforcement du temps médical et médico-social dédié aux personnes âgées sont souhaitables pour mieux prendre en charge la perte d'autonomie, il est aussi nécessaire de renforcer les actions de prévention de la dépendance et les soins palliatifs pour accompagner la fin de vie.

¹⁴⁷ Les inégalités territoriales de financement et d'accessibilité des soins médico-sociaux : quel impact sur les dépenses de santé des seniors ?, QES n°279, mai 2023, Irdes.

¹⁴⁸ Le taux d'hospitalisation augmente à mesure que l'âge s'élève et la durée moyenne de séjour est d'autant plus longue que les personnes sont âgées. En conséquence, le vieillissement de la population française va mécaniquement conduire à une augmentation de la part des personnes âgées dans l'activité hospitalière (en plus, de pousser à une augmentation intrinsèque du volume d'activités des hôpitaux). (cf. annexe 10 relative au système de santé)

¹⁴⁹ Le taux d'hospitalisation s'accroît avec l'âge et la durée moyenne de séjour lors d'une hospitalisation est, elle aussi, plus élevée quand les patients sont plus âgés.

¹⁵⁰ Calcul mission, pôle data.

3.3.1 Développer la prévention de la perte d'autonomie

La prévention de la perte d'autonomie est centrale à plusieurs titres : non seulement elle permet d'améliorer la qualité de vie des personnes qui, grâce à elle, peuvent réduire, voire supprimer, certaines pertes de capacités à agir dans leur vie quotidienne, mais aussi de réduire le nombre de personnes confrontées à une perte d'autonomie. Il est donc primordial de coupler la stratégie de l'offre à une politique ambitieuse de prévention¹⁵¹ de la perte d'autonomie¹⁵².

Il existe différents types d'actions de prévention porteuses, telles que les plans de prévention des chutes ou le programme ICOPE¹⁵³. Ce programme repose sur une approche proactive du vieillissement dont l'enjeu est de retarder ou de limiter la perte d'autonomie en repérant précocement les facteurs de fragilité chez les personnes de 60 ans et plus, autonomes et vivant à domicile avec une priorisation sur les seniors en situation de vulnérabilité¹⁵⁴.

Rappelant qu'un gain d'une année d'espérance de vie sans incapacité représenterait une économie de 1,5 Md€¹⁵⁵ pour l'Assurance maladie, la fédération hospitalière de France a proposé de faire de la prévention un « objectif de santé publique opposable » en appelant à la généralisation d'ici 2027 d'ICOPE ou la systématisation de la consultation de prévention à 75 ans¹⁵⁶.

Dans son avis¹⁵⁷ produit à la suite de l'installation du CNR « Bien vieillir » en novembre 2022, le Conseil économique, social et environnemental (Cese) fait aussi des préconisations très opérationnelles telles que l'extension d'ICOPE à de nouveaux territoires et la mise en place d'un rendez-vous de prévention dès 55 ans pour sensibiliser et repérer les risques de dépendance¹⁵⁸. Une partie de ces propositions de prévention tout au long de vie ou consultations de prévention à partir de 65 ans figure dans la stratégie nationale de santé 2023-2033.

Au Danemark, les programmes de réhabilitation mettent l'accent sur l'autonomisation de la personne ayant des limitations fonctionnelles et se distinguent d'une approche purement compensatoire de la perte d'autonomie en mobilisant les capacités des personnes âgées pour

¹⁵¹ Les données présentées proviennent de l'annexe 10 « Personnes âgées et système de santé ».

¹⁵² Déployée par les pouvoirs publics depuis le début des années 2000, la prévention de la perte d'autonomie a fait l'objet de focus récents tels que le Plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie (2015), la feuille de route Grand âge et autonomie (2018) et la stratégie « Vieillir en bonne santé » 2020-2022. Dans la perspective de « repousser les limites » du domicile, la prévention des chutes et la lutte contre l'isolement constituent également des objectifs prioritaires (cf. annexe 10 système de santé).

¹⁵³ L'approche ICOPE (Integrated care for older people ou soins intégrés pour les personnes âgées) est un programme validé en 2018 par l'OMS qui vise le dépistage multidimensionnel du déclin fonctionnel lié à l'âge. A partir de tests simples, une évaluation des six fonctions essentielles (locomotion, état nutritionnel, santé mentale, cognition, audition et vision) est réalisée de manière périodique en auto-évaluation ou par un professionnel avec l'appui d'outils numériques. Si une fragilité est repérée, une évaluation approfondie est réalisée et un suivi personnalisé mis en place, permettant à la personne de s'impliquer dans le renforcement ou la préservation de ses capacités

¹⁵⁴ Prévues dans le cadre de la stratégie « Vieillir en bonne santé » 2020-2022 et soutenues par le ministère de la santé, des expérimentations article 51 du repérage précoce des déficiences en institution comme à domicile sont en cours pour s'assurer de la faisabilité du modèle en vie réelle et dans différents contextes territoriaux.

¹⁵⁵ *La prévention de l'autonomie des personnes âgées*, rapport de la Cour des comptes, novembre 2021.

¹⁵⁶ Projet de loi portant mesures d'urgence et structurelles en faveur d'une société de la longévité, FHF, 2023

¹⁵⁷ La prévention de la perte d'autonomie liée au vieillissement, avis du Cese, avril 2023.

¹⁵⁸ Alimentation, activité physique, sommeil, lien social, chutes, polymédication, dépistages, logement.

préserver leur niveau d'autonomie¹⁵⁹. Il s'agit à la fois d'améliorer leur indépendance et leur bien-être dans leur vie quotidienne, en partant de leur propre vision de leur situation et de leurs objectifs de vie, et de limiter ainsi les dépenses de soins à domicile.

Recommandation n°19 Former les intervenants sanitaires, sociaux et médico-sociaux aux spécificités du vieillissement et à la prévention de la perte d'autonomie ainsi qu'au maintien des capacités fonctionnelles des personnes âgées et renforcer la prévention et l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie

3.3.2 Renforcer les soins palliatifs en Ehpad et à domicile

Un peu moins d'un quart de l'ensemble des décès ont lieu au domicile en France¹⁶⁰. Dans un rapport consacré à la fin de vie à domicile¹⁶¹ dont les constats concernent, de fait, en grande partie les personnes âgées, l'Igas relève que le développement des prises en charge y est « limité par un pilotage insuffisant et une offre fragmentée », pointant le risque d'une absence de soins palliatifs pour une part importante des personnes en nécessitant¹⁶², étant toutefois observé que le domicile (ordinaire ou habitat alternatif) n'est pas le lieu adapté à toutes les situations de fin de vie, en exigeant une large disponibilité de l'entourage comme des soignants de proximité¹⁶³.

L'hôpital où se produisent près de 53 % des décès annuels en France, assure une partie importante des accompagnements palliatifs pour personnes âgées mais cible principalement les trajectoires de fin de vie marquées par un déclin rapide. Par ailleurs, un quart des décès annuels concernent des résidents d'Ehpad¹⁶⁴ dont une partie importante décèdent sur le lieu même de l'Ehpad¹⁶⁵. Au-delà des interventions ponctuelles des équipes de HAD et des équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP), les prises en charge palliatives reposent sur les équipes soignantes des Ehpad¹⁶⁶, une partie des personnes en toute fin de vie étant transférée vers les hôpitaux pour y bénéficier d'un accompagnement de fin de vie du fait de leur complexité ou faute d'organisation et/ou de moyens adaptés. Confrontés à des résidents de plus en plus susceptibles de requérir un accompagnement palliatif, les Ehpad sont très sous-équipés en termes d'organisation, de personnels et de compétences¹⁶⁷.

Bien que s'étant largement développée ces dernières années, l'offre de soins palliatifs n'est pas en capacité de couvrir des besoins qui vont s'accroître du fait de la hausse du nombre des fins de vie et de la complexification de leur profil. Le renforcement de l'offre et de la culture palliative

¹⁵⁹ Des visites de prévention à domicile sont aussi proposées de manière systématique à toute personne de plus de 75 ans, voire avant pour les personnes considérées comme « à risque » (suite à la perte d'un conjoint, à une sortie d'hôpital, ou en cas d'isolement social). Les visites sont proposées annuellement à partir de 80 ans.

¹⁶⁰ Les données suivantes proviennent de l'annexe 11 « personnes âgées et accompagnements de la fin de vie ».

¹⁶¹ Les soins palliatifs et la fin de vie à domicile, rapport IGAS 2016-064, 2017.

¹⁶² Si l'Igas estime que ce risque peut potentiellement concerner 3 personnes sur 4, elle ne se prononce pas sur le pourcentage de personnes bénéficiant réellement de soins palliatifs, soulignant que « le système de soins est aveugle » à ce sujet, faute notamment d'actes de soins spécifiques relatifs aux soins palliatifs.

¹⁶³ Pour des soins palliatifs accessibles à tous : former, anticiper, accompagner, rapport d'information n° 866 (2020-2021) fait au nom de la commission des affaires sociales du Sénat, 2021

¹⁶⁴ Drees, enquête EHPA 2019. En 2019, 158 700 résidents sont décédés, soit 26 % de l'ensemble des décès.

¹⁶⁵ 75 % des décès de résidents surviennent à l'Ehpad (enquête Drees EHPA 2019)

¹⁶⁶ Les soins palliatifs, communication de la Cour des comptes, à l'Assemblée nationale, juillet 2023.

¹⁶⁷ Pour des soins palliatifs accessibles à tous, rapport d'information n° 866 (2020-2021).

est nécessaire, notamment dans les Ehpad et au domicile privé où le nombre de personnes âgées en situation de besoins en soins palliatifs va croître. Cela passe notamment par un nombre suffisant de professionnels formés et coordonnés et des liens effectifs avec les acteurs du soin palliatif (hôpital, EMSP, HAD, réseaux...). En Ehpad, où l'intervention de l'HAD réduit les transferts des résidents à l'hôpital et aux urgences tout en augmentant le recours aux soins palliatifs en fin de vie, il est à cet égard indispensable de reconsidérer le niveau de financement approprié et les compétences internes nécessaires pour assurer les besoins de soins courants¹⁶⁸.

Hors de l'hôpital et de l'Ehpad, notamment au sein des résidences, le défi est de préparer les acteurs qui vont y être plus fréquemment confrontés à faire face à des situations de fin de vie et à s'organiser pour anticiper ces besoins. Quant aux habitats alternatifs appelés à se développer, tout reste à construire en ce domaine mais il est vraisemblable que plus l'accompagnement à la fin de vie progressera en général dans les domiciles ordinaires, plus ces habitats en bénéficieront.

Cette amélioration des soins palliatifs en direction des personnes âgées en fin de vie (comme de leur accompagnement plus global) est d'autant plus nécessaire dans la perspective de l'adoption d'une loi à venir sur la fin de vie. Le Comité consultatif national d'éthique¹⁶⁹ fait observer que « les difficultés économiques présentes et à venir, couplées à la charge démographique croissante des personnes âgées voire très âgées, peuvent induire dans la société une tentation de ne pas prolonger la vie de personnes perçues comme « inutiles » en raison de leur grand âge et de leur grande dépendance, ajoutant que « cette dévalorisation de la vie humaine peut être intégrée par les personnes âgées elles-mêmes et les pousser à s'auto-exclure de la société », et considérant de surcroît « qu'une modification de la loi ou des pratiques qui favoriserait l'amoindrissement du soin relationnel et l'affaiblissement du devoir d'accompagnement, ne serait pas éthiquement admissible. Toute évolution de la loi qui laisserait penser que certaines vies ne mériteraient pas d'être vécues ou sauvées (en contexte de crise ou de tension sanitaire par exemple) serait inacceptable ».

Le plan décennal soins palliatifs-prise en charge de la douleur et accompagnement de la fin de vie en France 2024-2034 doit réexaminer plus précisément l'organisation des soins palliatifs. En tout état de cause, un des enjeux importants est de poursuivre l'effort entrepris dans les structures médicosociales accueillant des personnes âgées pour accompagner la fin de vie (formation et acculturation aux soins palliatifs, EMSP, HAD...) et de renforcer la capacité de soins palliatifs à domicile afin de permettre aux personnes qui le souhaitent de finir leur vie chez elles quand c'est possible.

¹⁶⁸ L'intervention de l'HAD en Ehpad réduit les transferts des résidents à l'hôpital et aux urgences tout en augmentant le recours aux soins palliatifs en fin de vie, Questions d'économie de la santé n°283, IRDES, novembre 2023.

¹⁶⁹ Questions éthiques relatives aux situations de fins de vie : autonomie et solidarité, Avis 139, CCNE, septembre 2022.

4 La politique domiciliaire de l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie requiert un effort capacitaire massif tant vers les domiciles ordinaires qu'en résidences, habitats inclusifs et Ehpad

4.1 Un soutien massif à organiser pour renforcer les acteurs du domicile, en particulier sur les recrutements et la fidélisation de leurs équipes

Comme indiqué précédemment, le nombre de personnes en perte d'autonomie vivant à domicile pourrait augmenter de 36 % d'ici 2040 si l'on gardait un taux de personnes en Ehpad stable, et de plus encore¹⁷⁰ en l'absence d'ouverture de nouvelles places d'Ehpad¹⁷¹. Cette situation générera vraisemblablement une tension dans l'accès aux places d'Ehpad et la nécessité d'accompagner des personnes âgées maintenues à domicile alors qu'elles seraient auparavant parties en Ehpad (plus forte dépendance, état de santé plus dégradé, isolement social plus grand que les personnes actuellement à domicile). La mobilisation RH pour soutenir les acteurs du domicile sera d'autant plus importante que les personnes à accompagner seront dispersées dans l'habitat ordinaire diffus (peu de mutualisations entre bénéficiaires, fort temps passé par les professionnels sanitaires, médico-sociaux et sociaux en déplacements entre chaque domicile). A cette aune, toutes les solutions permettant une meilleure mutualisation des services (meilleure organisation des SAD par les bailleurs sociaux, habitats regroupés, fonctionnement de services en îlot de quartier) seront susceptibles de réduire les tensions RH à venir.

4.2 Une transformation prévisible des profils des publics par type d'habitat

La raréfaction relative des places d'Ehpad risque d'avoir des effets en cascade sur l'ensemble du secteur du grand âge, en domicile ordinaire comme dans les habitats alternatifs. Selon les capacités d'accompagnement à domicile, plusieurs tendances envisageables ont été testées par la mission, dans des projections territoriales présentées en annexe¹⁷² :

- Progrès de l'accompagnement à domicile portant principalement sur les personnes dépendantes classées en GIR 3-4 notamment en l'absence de troubles neuro-cognitifs¹⁷³

¹⁷⁰ Voir les travaux de l'IPP : note n°96 de novembre 2023, *Perte d'autonomie des personnes âgées : quels besoins et quels coûts pour accompagner le virage domiciliaire ?*.

¹⁷¹ D'après les échanges que la mission a eu avec la direction de la sécurité sociale, hors Corse et Outre-mer, l'ouverture de quelques milliers de places serait prévue dans les années à venir, pour l'essentiel des reliquats de plan de création et crédits antérieurs non encore réalisés, ce qui, par comparaison au volume de places existantes (près de 600 000) revient à une quasi-stabilité de l'offre de places d'Ehpad.

¹⁷² Pour le détail méthodologique et la présentation des résultats, voir l'annexe 14 relative aux scénarios prospectifs de répartition des personnes âgées en perte d'autonomie selon leur type d'habitat

¹⁷³ En d'autres termes, cela signifie une baisse du taux d'entrée en établissement pour ces profils concomitante à la forte hausse par ailleurs de leur nombre (cf. entrée dans la dépendance de personnes appartenant à les générations du babyboom). Dans le même temps, le taux d'institutionnalisation en Ehpad

Dans cette perspective, les publics accueillis en Ehpad seraient davantage classés en GIR 1 et 2, ou en GIR 3 avec troubles neuro-cognitifs. Une telle évolution nécessiterait des améliorations des capacités d'accompagnement et de soins au sein des Ehpad, tant en termes de taux d'encadrement et de médicalisation que d'accompagnement à la fin de vie, ces derniers hébergeant un profil de public tendant à se rapprocher de celui des unités de soins de longue durée hospitalières. Dans le même temps, les résidences verraient s'accroître de façon forte et rapide le niveau de dépendance parmi leurs habitants, au point que, selon certaines simulations faites par la mission, il pourrait y avoir au milieu des années 2030 en résidences autonomie une majorité de personnes âgées en situation de perte d'autonomie (principalement des personnes en GIR 4 et, dans une moindre mesure, des personnes en GIR 3). Une telle dynamique représenterait pour les résidences un changement de paradigme complet, sachant que la quasi-totalité des résidences se sont jusqu'à présent construites pour des personnes pour l'essentiel autonomes. Cette offre pensée pour les personnes âgées autonomes ou quasi-autonomes se réorienterait ainsi de fait vers l'accompagnement de publics modérément dépendants au sens de la grille AGGIR (mais pouvant présenter des troubles neuro-cognitifs).

- Progrès de l'accompagnement à domicile égal pour tous les niveaux de perte d'autonomie des personnes âgées

Dans ce schéma optimiste, le profil des publics accueillis en Ehpad resterait inchangé, ce qui présenterait un avantage conséquent en termes d'attractivité tant pour les personnels (conditions de travail) que pour les personnes hébergées (lieu de vie, animation sociale). De façon corolaire, le nombre de personnes classées en GIR 1, 2 et en GIR 3 avec des troubles neuro-cognitifs accompagnées à domicile augmenterait de façon très substantielle. Cette dynamique poserait la question des modalités d'accompagnement de ces publics en domicile ordinaire, dans un contexte de diminution du nombre de proches aidants potentiels, de tensions RH croissantes (cf. atonie puis baisse de la population active décrite précédemment) et de transformations lentes des environnements de vie (notamment sur l'accessibilité des aménagements urbains et des bâtiments). La demande sociale d'entrée en résidence risquerait donc fort de s'accroître, potentiellement au point de faire converger le profil des personnes habitant en résidences vers celui des personnes accueillies en Ehpad. Or, en l'état actuel des choses, ce mouvement atteindrait rapidement ses limites, dans la mesure où les résidences ne sont pas du tout armées aujourd'hui pour un tel accompagnement.

Ces simulations faites par la mission ont principalement pour utilité d'être des aides à penser. Outre l'incertitude qui peut exister sur les projections démographiques de la dépendance (par exemple sur l'évolution de l'espérance de vie avec incapacité), la mission a relevé une grande diversité de situations locales ainsi que de type d'Ehpad, signe de la grande pertinence qu'il y a à offrir, sur un territoire, un continuum d'offres d'habitat et d'accompagnement (domicile ordinaire, domicile alternatif, Ehpad), et il ne lui apparaît pas souhaitable de définir, en surplomb, une stratégie de répartition des publics par type d'habitat selon le niveau de dépendance des

des personnes GIR 1-2 et des personnes en GIR 3 avec troubles neuro-cognitifs serait stable. Les simulations de la mission montrent néanmoins que, si la capacité de prise en charge à domicile des personnes les plus dépendantes se dégrade, même légèrement (ex. hausse de 10 % de leur taux d'institutionnalisation), par exemple du fait de la baisse du volume d'aidants, les tendances constatées ici sur les Ehpad (transformation en USLD de fait) et les résidences (transformation en Ehpad de fait) seront plus marquées et plus précoces.

personnes. Pour autant, au regard de l'ampleur de certains phénomènes constatés nationalement ou localement, ces simulations permettent d'identifier un certain nombre de voies à suivre pour les années à venir concernant l'offre d'habitat à promouvoir.

4.3 Une stratégie capacitaire qui doit mobiliser territorialement l'ensemble du spectre des habitats pour personnes âgées en perte d'autonomie

4.3.1 Les enseignements à tirer de l'expérience danoise : une transformation domiciliaire, y compris des Ehpad, à inscrire dans le temps long et requérant des moyens financiers substantiels

Le travail approfondi mené par la mission sur la situation danoise¹⁷⁴ (voir l'annexe 15 en question) montre qu'après une phase de désinstitutionnalisation forte, le Danemark est aujourd'hui à la croisée des chemins : parti d'un taux d'institutionnalisation nettement plus élevé que la France, il se situe aujourd'hui à un niveau proche¹⁷⁵, certains acteurs sociaux appelant désormais à la construction massive de logements spécialisés grand âge fortement médicalisés (correspondant à une version domiciliaire des Ehpad en France) pour faire face à l'avancée en âge des générations d'après-guerre. Cette demande sociale est aussi la traduction des limites rencontrées dans l'accompagnement à domicile, notamment en termes de report de charge sur les proches aidants, en particulier les femmes¹⁷⁶.

Si l'expérience du Danemark doit donc être nuancée en termes de désinstitutionnalisation par comparaison avec la France, plusieurs enseignements peuvent en être tirés :

- Les évolutions qui y ont été conduites dans une logique de transformation domiciliaire, y compris des structures d'hébergement équivalant à nos Ehpad, se sont étalées sur plusieurs décennies ;
- Le pays fait face à des tensions RH fortes, qui, comme en France, vont aller en s'accroissant ;

¹⁷⁴ Le Danemark est un pays européen qui constitue un point de comparaison instructif pour la France dans la mesure où ses données épidémiologiques notamment en termes d'espérance de vie sont relativement proches de la France, à la différence par exemple de son voisin la Suède qui connaît une espérance de vie avec incapacités bien plus faible qu'elle n'est en France.

¹⁷⁵ D'après les données de l'OCDE, la part de bénéficiaires en soins de longue durée en établissement parmi les personnes de 65 ans et plus étaient en 2006 de 5,4 % au Danemark, de 6,3 % en Suède et de 6,9 % aux Pays-Bas contre 4 % en France. Cette part se situe désormais entre 3,4 et 4,2 % pour l'ensemble de ces quatre pays (pour plus de détails, voir l'annexe 15 relative à l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie au Danemark).

¹⁷⁶ Pays aussi pionnier dans le développement de l'accompagnement à domicile, la Suède est aujourd'hui confrontée à une relative remise en cause de son modèle domiciliaire. Outre que les risques d'isolement des personnes âgées à leur domicile sont soulignés avec de plus de plus de force, notamment avec la crainte de voir les nouvelles technologies se substituer à la présence humaine auprès de la personne âgée, l'allongement des files d'attente en établissement et le raccourcissement de durées de résidence concentrées sur la fin de vie contribuent à voir le maintien à domicile de plus en plus considéré comme une contrainte, en contradiction manifeste avec l'objectif affiché de respect du libre choix des personnes. Enfin, les proches aidants suédois dénoncent le report d'une partie de la charge de l'accompagnement au domicile sur l'aidant.

- Le Danemark déploie, à destination des personnes très âgées, des moyens financiers sans commune mesure avec ceux de la France : en 2019, le niveau de dépense sur ces publics rapportée au PIB y est près de 50 % plus élevé que celui de la France (socialisation élevée des dépenses au sein d'un système d'accompagnement fortement adossé sur des aides en nature, et non, comme en France, sur des aides en espèces).

Comme indiqué précédemment, la politique domiciliaire dans l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie ne peut être par elle-même source d'économies dès lors que sont comparés les coûts actuels entre le domicile et les établissements. Les projections budgétaires actuelles de l'administration ne prennent pas en compte le fait que la désinstitutionnalisation supposera en effet d'accompagner à domicile des personnes plus en difficulté et de déployer un niveau de dépenses par personne plus élevé. Or, l'Institut des politiques publiques (IPP) a publié une note récente soulignant que le renforcement du soutien à domicile nécessaire pour réduire la proportion de personnes âgées en perte d'autonomie accueillies en Ehpad coûterait à horizon 2040 4,6 milliards d'euros de plus qu'à pratique d'institutionnalisation inchangée¹⁷⁷.

Les travaux et projections sur le financement de la dépendance doivent impérativement intégrer les coûts que représenterait cette politique domiciliaire pour la montée en puissance des moyens du domicile, quelle que soit l'origine et la nature publique ou privée des financements supplémentaires qui pourraient être nécessaires (diverses pistes de mobilisation des dépenses publiques et privées font l'objet de débats de fond sur le financement de la dépendance – solidarité nationale, cotisations dépendance sur les retraités, imposition sur les héritages¹⁷⁸, liquéfaction des patrimoines¹⁷⁹, reste à charge pour les familles, assurance privée... – sans qu'un consensus n'ait été trouvé à ce jour : il n'appartenait pas à la mission d'expertiser ce point).

¹⁷⁷ Perte d'autonomie des personnes âgées : quels besoins et quels coûts pour accompagner le virage domiciliaire ? P. Mendras, notes IPP, n°96, novembre 2023 : « Face aux prévisions d'évolution du nombre de personnes âgées dépendantes et dans l'optique d'un « virage domiciliaire », les effectifs d'aides professionnelles nécessaires à la prise en charge de la perte d'autonomie à domicile et en Ehpad devraient augmenter respectivement de 42 % et de 14 % d'ici à 2040 par rapport à 2020. À politique publique de prise en charge inchangée, l'augmentation du nombre de bénéficiaires de l'APA conduirait à une hausse de 30 % des dépenses totales d'APA entre 2020 et 2040. Mais le « virage domiciliaire » signifie que vivront à domicile des personnes aux besoins plus importants qu'aujourd'hui : il nécessitera des revalorisations des salaires pour permettre le recrutement de professionnels. En intégrant ces changements, la dépense totale d'APA augmenterait de 4,8 milliards d'euros d'ici à 2040, soit 80 % par rapport à 2020 (en euros réels). Ces nouveaux besoins pourraient également se traduire par une diminution de la sous-exécution des plans d'aide d'APA notifiés. En supposant que les plans d'aide notifiés sont exécutés en totalité, les dépenses d'APA pourraient quasiment doubler entre 2020 et 2040 pour atteindre 12,4 milliards d'euros ».

A l'horizon 2040, une politique d'accompagnement du virage domiciliaire de ce type coûterait 4,6 milliards d'euros de plus que celle à prise en charge inchangée, soit 60 % de plus.

¹⁷⁸ La prestation spécifique dépendance abandonnée en 2002 et remplacée par l'APA prévoyait une reprise sur succession. Pour mémoire, le rapport Libault de 2019 issu de la concertation Grand âge et autonomie préconisait de mieux prendre en compte les patrimoines des personnes. Il ne recommandait pas leur imposition mais « de mieux valoriser le patrimoine dans le calcul de la nouvelle « prestation autonomie » à domicile en intégrant la valeur de la résidence principale dans les ressources prises en compte pour le calcul de la prestation ».

¹⁷⁹ Le rapport Libault proposait plusieurs pistes pour avancer dans cette voie : création d'un prêt viager-dépendance réservé aux personnes en perte d'autonomie lourde, à domicile ou en établissement ; labellisation à dimension sociale de produits viagers innovants ; création d'un observatoire du viager.

4.3.2 L'accueil familial : une piste à l'apport quantitatif limité, excepté pour des personnes handicapées vieillissantes

L'accueil familial pour personnes âgées est peu développé aujourd'hui (moins de 20 000 personnes âgées accueillies). Ce mode d'hébergement paraît mal adapté aux personnes ayant des besoins importants en termes de suivi médical. Cependant, il est vraisemblable que, pour certaines personnes handicapées vieillissantes, ce mode d'hébergement peut constituer une alternative adaptée à l'admission en Ehpad permettant un accompagnement des personnes dans un cadre plus familial. La difficulté à recruter des accueillants familiaux, tant pour des raisons de surenchérissement du foncier (organiser un accueil familial nécessite de disposer d'une surface de logement relativement grande) que pour des raisons plus sociétales (le métier d'accueillant familial requiert un engagement fort et durable qu'il n'est pas toujours aisé de concilier avec une vie personnelle, ce qui explique sans doute que les accueillants familiaux soient souvent des personnes issues des métiers du médico-social) ne doit pour autant pas être sous-estimée. Par ailleurs, la diversité des formats d'accueil qui émergent (habitats labellisés inclusifs et partagés bénéficiant de l'aide à la vie partagée, colocation sous une forme ou une autre...) appellent des travaux d'évaluation plus poussés pour déterminer les conditions d'accueil les plus sûrs et les plus adaptés aux besoins des personnes handicapées vieillissantes susceptibles d'en bénéficier.

Ces réserves posées, ce type d'offre doit s'inscrire dans la stratégie de diversification des options possibles d'hébergement sur un département, en particulier pour les territoires ruraux où cela peut être une perspective intéressante¹⁸⁰ (cf. faible implantation de structures d'hébergement autres que les Ehpad pouvant conduire à des admissions en établissement pour ainsi dire par défaut faute d'autres types d'offre disponible).

4.3.3 L'habitat inclusif : une offre qui pourrait atteindre un volume suffisant pour constituer un véritable segment d'hébergement, notamment pour les personnes âgées ayant des troubles neuro-cognitifs

Dans la majorité des situations étudiées par la mission Igas, les habitats inclusifs ne sont pas pensés pour accueillir des personnes dont les besoins d'accompagnement quotidiens seraient très élevés, en particulier lorsque ces personnes ne bénéficient pas de l'aide régulière d'un proche aidant (aide administrative, prise de rendez-vous médicaux et accompagnement aux rendez-vous...). Ce sont donc aujourd'hui des alternatives à la vie dans un domicile ordinaire, notamment pour des personnes se sentant isolées ou insécurisées, mais pas des structures à même d'accueillir des publics en perte forte d'autonomie ou manquant d'aides de l'entourage comme on peut en trouver en Ehpad. Comme indiqué dans la première partie, la définition du public de l'habitat inclusif reste néanmoins ambiguë et pourrait être sujette à évolution, dans la mesure où une partie des personnes âgées pourrait demain choisir d'y entrer lorsque la perte d'autonomie menace la capacité à rester à domicile (notamment lorsqu'elles ne parviennent plus à conduire ou à cuisiner seules, le phénomène ayant déjà été observé dans des habitats inclusifs visités par la mission) ou

¹⁸⁰ Les MARPA, implantées sur les espaces à dominante rurale, disent accueillir des personnes handicapées vieillissantes (malvoyance, personnes ayant exercé en ESAT avec handicaps psychiques légers), ce qui semble corroborer ce travail particulier qui mérite d'être mené pour les espaces ruraux.

désirer s’y maintenir après être entrées autonomes mais avoir vu leur état de santé se dégradé au fil du temps¹⁸¹.

Par ailleurs, le développement d’un segment de l’habitat inclusif à destination des personnes atteintes de troubles neuro-cognitifs (« colocations Alzheimer ») présente un intérêt spécifique même si les garanties de qualité de l’accompagnement doivent être sécurisées (cf. partie 1). Outre la mutualisation des dépenses d’aide à domicile, ce type d’habitat peut présenter plusieurs des conditions particulièrement favorables pour les personnes vivant avec des troubles cognitifs : petit groupe d’habitants, environnement contenant et apaisant, continuité de la référence et de la présence humaine, accès facilité à un extérieur, etc.

Néanmoins, ce type d’habitat se compte aujourd’hui au mieux en dizaines de places, si bien qu’il représente un volume résiduel d’hébergement et ne peut être considéré à ce jour comme un segment de l’offre, contrairement à ce qui existe en Allemagne¹⁸². Une fois expertisées les conditions de mise en œuvre tant sanitaires et médico-sociales qu’organisationnelles et financières nécessaires au fonctionnement sécurisé et pérenne de tels habitats, la mission considère qu’il faudrait en faire un segment accessible de l’offre, par exemple avec une cible de 15 000 personnes âgées logées dans des colocations Alzheimer à horizon 2030 réparties sur l’ensemble du territoire national¹⁸³.

4.3.4 Les résidences autonomie : un plan de créations de 100 000 logements à lancer

A pratiques inchangées de maintien à domicile (taux de personnes âgées dépendantes à domicile stable), le modèle Livia de la Drees permet de prévoir qu’à horizon 2030, un besoin de 106 000 à 143 000 places supplémentaires en Ehpad-USLD et résidences autonomie sera nécessaire (cf. hypothèses optimiste et intermédiaire d’évolution de la dépendance – voir l’annexe 14 relative aux scénarios prospectifs de répartition de la population âgée en perte d’autonomie par type d’habitat). La volonté des pouvoirs publics étant de baisser le taux d’institutionnalisation en Ehpad, plusieurs dizaines de milliers de personnes âgées dépendantes qui, aujourd’hui seraient allées en Ehpad, demain seront accompagnées hors des Ehpad, c’est-à-dire à domicile, que ce domicile soit leur domicile ordinaire « historique » (logement privé dans le diffus) ou un domicile alternatif (ex. résidences autonomie).

Or, les travaux conduits par la mission montrent que plusieurs phénomènes risquent de fortement dégrader les capacités de maintien en domicile ordinaire dans les prochaines années : baisse du volume d’aidants, tension sur les personnels médico-sociaux et/ou sanitaires... Les recommandations faites par la mission de renforcement du soutien à domicile (ex. renforcement

¹⁸¹ La mission a ainsi eu connaissance d’un habitat collectif dans l’Ouest qui, ayant suivi cette dynamique, a finalement été fermé en 2022 (le niveau de dépendance des personnes logées s’est accru au fil du temps mais les contrats de séjour ne permettaient pas d’organiser la sortie des personnes, contre leur gré, quand elles ne pouvaient plus être accompagnées de façon sécurisée dans les lieux) et les personnes orientées pour la grande majorité d’entre elles vers des Ehpad.

¹⁸² L’Allemagne comptait environ 2500 habitats type colocation Alzheimer en 2017 pour un capacitaire de près de 20 000 personnes.

¹⁸³ Avec une moyenne de 8 personnes par colocation, cette cible permettrait d’installer a minima une colocation par bassin de vie et plus dans les bassins de vie les plus densément peuplés.

et diversification du rôle des services d'aide à domicile) visent à contrecarrer ces dynamiques contradictoires, tablant du même coup sur le fait que l'effort ainsi fourni permettrait que les capacités de maintien en domicile ordinaire des personnes âgées en situation de perte d'autonomie restent demain à un niveau, a minima, comparable à celui qu'elles ont aujourd'hui. Cet objectif, pour partie optimiste quant aux capacités de maintien en domicile ordinaire demain, a pour traduction le fait qu'un nombre élevé de personnes ne vont, malgré tout, pas parvenir à se maintenir chez elles mais ne pourront pas pour autant entrer en Ehpad. C'est donc sur l'offre d'habitat alternatif que vont se reporter ces publics.

Les résidences autonomie sont la forme d'habitat intermédiaire qui permet les mutualisations RH et logistiques les plus fortes et qui est le plus accessible financièrement pour la population (voir l'annexe 5 relative aux résidences autonomie pour une comparaison avec les résidences services). C'est donc prioritairement vers ce type d'habitat intermédiaire qu'il faut orienter les créations d'offre pour les années à venir. Au regard des volumes identifiés ci-dessus, cela conduit la mission à préconiser à horizon 2030 la création de 100 000 logements en résidence autonomie. Une cible inférieure de créations de résidence autonomie nécessiterait de construire à l'inverse un plus grand nombre de places d'Ehpad.

Or, cette offre supplémentaire de résidences autonomie présente, qui plus est, plusieurs avantages, au regard des incertitudes qui pèsent sur les projections populationnelles et les besoins prévisibles à couvrir : si la dynamique future correspond à ce qui est ici anticipée, les résidences créées trouveront pleinement leur utilité pour accueillir des publics dépendants ; a contrario, au cas où la dynamique populationnelle serait plus défavorable qu'anticipée (volume plus grand que prévu de personnes dépendantes, et notamment très dépendantes), une partie des résidences autonomie créées pourraient être transformées en Ehpad. Ce phénomène de transformation a déjà été observé dans le passé. Cela requiert donc de construire les résidences autonomies supplémentaires prioritairement en les adossant à des Ehpad déjà existants de sorte à les faire bénéficier si besoin du plateau-technique d'un Ehpad et de mutualisations diverses¹⁸⁴, ou, a minima, en intégrant dans les normes de construction du bâti de ces nouvelles résidences le fait qu'elles pourraient accueillir une part élevée de personnes dépendantes, principalement classées en GIR 3 et 4 (largeur des couloirs et porte, rampe murale, ascenseur, douches et sanitaires aménagés...). Si, à l'inverse, la dynamique future était plus favorable (moins de personnes âgées en perte d'autonomie qu'anticipé), ce type d'habitat intermédiaire pourrait être transformé en logement ordinaire, étudiant, social ou intergénérationnel.

Sous l'effet concomitant de la raréfaction relative des places d'Ehpad et d'un risque d'isolement social plus grand des personnes âgées en domicile ordinaire (déconjugalisation, éloignement et diminution du nombre d'enfants), la mission anticipe une hausse du niveau de dépendance en résidences autonomie ainsi qu'une demande sociale croissante. Plusieurs opérateurs auditionnés par la mission observent d'ores et déjà le phénomène (ex. Savoie). La sous-occupation actuelle d'un grand nombre de résidences autonomie trouble logiquement un certain nombre d'acteurs

¹⁸⁴ Une telle logique consiste, non pas à changer les personnes de lieu de vie en fonction de l'évolution de leur situation (avec le risque de soumettre les personnes à des pertes de repères successives), mais à adapter les services proposés en maintenant autant que possible les personnes dans leur environnement de vie (déplacement des services, non des personnes). Nombre de gestionnaires d'Ehpad disposant de foncier (cf. parc attenant) pourraient être intéressés par ce type d'extension, la création de nouvelles places d'Ehpad ne constituant plus depuis plusieurs années un axe de développement de leur activité.

qui peinent à voir le devenir de cette offre, qui plus est lorsque la commune délégataire doit chaque année verser une subvention d'équilibre pour combler le déficit des structures (ex. Seine-Saint-Denis). Or cette sous-occupation conjoncturelle s'explique pour l'essentiel par la quasi-absence ces vingt dernières années de promotion par les pouvoirs publics de ce type d'habitat, qui, dans l'opposition entre Ehpad et domicile ordinaire, a peiné à se frayer un passage et à imposer une image favorable. L'absence de vision positive et prospective pour ce segment de l'offre a eu des effets dommageables très concrets, comme un sous-investissement chronique des propriétaires (au premier rang desquels les bailleurs sociaux en lien avec les communes), ce qui a fait perdre en attractivité les résidences jugées trop vétustes¹⁸⁵ ; or, contrairement aux Ehpad, les entrées en résidences se font rarement dans l'urgence, l'impréparation ou sous la contrainte des familles.

Au regard de ces constats et simulations, la mission préconise donc le lancement d'un plan de construction de résidences autonomie de sorte à doubler le parc à horizon 2030 (soit 100 000 logements à créer dans un temps bref). Certains départements sont d'ores et déjà en train d'entrer dans cette dynamique (ex. Loire-Atlantique). Ce plan doit être lancé de façon urgente dans la mesure où il faudra compter plusieurs années avant l'accueil effectif d'habitants au sein de ces nouvelles résidences. Cette recommandation doit naturellement s'accompagner de la poursuite et de l'intensification des efforts engagés ces dernières années pour la rénovation du parc existant : il ne faudrait en effet pas que les constructions nouvelles ne fassent que se substituer à d'anciennes qui seraient, elles, fermées.

Ces créations devraient permettre aux résidences de ne pas accueillir un public similaire à celui des Ehpad ; les simulations faites par la mission montrent, sinon, un accroissement rapide et prochain (principalement à partir de 2030), en premier lieu des personnes modérément dépendantes (GIR 4) mais aussi de celles qui le sont de façon plus importante (autour de 2030, à parc constant, la majorité des départements français pourrait être en situation de dépassement du seuil réglementaire maximal de 15 % de personnes en GIR 1 à 3 parmi les habitants de leurs résidences autonomie¹⁸⁶).

Recommandation n°20 Doubler le parc de résidences autonomie d'ici à 2030 (+100 000 logements) et rénover le parc existant en l'adaptant aux nouveaux besoins tout en le rendant plus attractif

Les choix d'implantation doivent être faits territoire de vie par territoire de vie, non dans une logique de rééquilibrage de l'offre entre départements (certains étant aujourd'hui plus dotés en résidences – voir l'annexe 13 relative à la catégorisation des territoires) mais en fonction de l'évolution prévisionnelle des besoins locaux, démarche conduisant à privilégier certaines zones plutôt que d'autres.

¹⁸⁵ Phénomène accentué par la construction en parallèle de nombreuses résidences services toutes nouvelles, ciblant néanmoins un public plus aisé.

¹⁸⁶ A la date de rédaction du présent rapport, la proposition de loi dite « Bien vieillir » (dépôt à l'Assemblée nationale en décembre 2022, adoption en première lecture à l'Assemblée nationale le 23 novembre 2023) examinée au Parlement prévoyait la suppression de ce seuil réglementaire.

Ceci impliquera de rechercher un meilleur équilibre financier des résidences autonomie, dont le modèle économique est aujourd’hui fragile. Cela nécessitera d’activer simultanément divers leviers : soutien à l’investissement initial de sorte à limiter les charges d’emprunt ultérieures, obtention de foncier communal à prix abordable, différenciation des loyers selon les niveaux de ressources des habitants (tarif partiel), réduction des surfaces communes pour privilégier les espaces privatifs (en particulier les grands espaces communs pour privilégier des petits salons, des lieux pour l’activité physique par exemple), meilleur accompagnement des personnes dans le bouclage financier de leur dossier d’entrée, octroi aux habitants d’une version adaptée de l’aide à la vie partagée (AVP – cf. recommandation précédente)... Cette problématique financière est d’autant plus cruciale qu’il est parfois pertinent de spécialiser certaines résidences sur des profils particuliers. Ainsi, en Ile-de-France, une partie du parc s’adresse à des personnes précaires, notamment de personnes anciennement à la rue. En effet, nombre des personnes logées dans ce cadre iraient sinon en Ehpad alors que leurs besoins d’accompagnement ne le justifient pas¹⁸⁷.

4.3.5 Les résidences services : une offre dont la pérennité s’appuie sur des fondements potentiellement fragiles

Les résidences services connaissent une croissance élevée depuis quelques années, portées tant par des promoteurs désireux de se positionner sur le marché du grand âge que par le manque de volonté des pouvoirs publics et des collectivités territoriales d’endosser des stratégies d’investissement coûteuses. On observe ainsi que leur nombre a été plus que multiplié par deux dans la dernière décennie, croissance forte dont le secteur anticipe la poursuite au point qu’il est vraisemblable que les parcs de RSS et de RA seraient bientôt de taille comparable.

Les investigations de la mission conduisent néanmoins à pointer plusieurs zones de risque concernant le modèle des résidences services, tant en termes financiers qu’opérationnels. En termes financiers tout d’abord, le modèle (grands centres urbains, taille de logements plus grands qu’en résidences autonomie, accompagnement limité, voire inexistant, des personnes) s’adresse aujourd’hui à une population nettement plus aisée que la moyenne¹⁸⁸, ce qui entraîne des difficultés de commercialisation et donc de rentabilité. Conséquemment, se pose une question de public cible : plus les personnes sont autonomes (ce qui est généralement la cible affichée), moins ces dernières sont consommatrices de services facturés et moins la résidence atteint son équilibre économique. Inversement, plus les personnes sont dépendantes, plus elles consomment de services (ex. restauration commune, portage de repas, blanchisserie), mais plus la résidence perd en attractivité pour des publics autonomes, engendrant des difficultés de commercialisation (effet d’image).

¹⁸⁷ La mixité des types de publics en Ehpad est souvent présentée comme une difficulté par principe. La mission a néanmoins constaté la nécessité de relativiser ce point : cette mixité peut être gérée lorsqu’elle est assumée par l’établissement et accompagnée par les personnels, mais il est vrai que cela nécessite des moyens, notamment une relative stabilité des équipes en place ainsi qu’une diversité de compétences (sanitaire, médico-social, éducatif...).

¹⁸⁸ D’après une publication récente de la Drees, la pension de retraite moyenne des personnes âgées vivant en RSS serait 56 % plus élevée que celle des personnes âgées vivant en RA et en Ehpad (Etudes et résultats n°1284) (voir les annexes 5 et 6 relatives aux résidences autonomie et aux résidences services).

A cela s'ajoute le fait que rien n'autorise juridiquement une résidence à refuser l'entrée d'une personne pour un motif médical ou à forcer la sortie d'un résident dont l'état de santé se dégrade ; ces situations se résolvent aujourd'hui de façon informelle en lien avec les familles grâce à l'obtention de places d'Ehpad, élément qui constitue donc, en dynamique, la clé de voûte du fonctionnement du modèle pour limiter l'accroissement global du niveau de dépendance des locataires. Or cette possibilité pourrait se restreindre, voire disparaître, dans les années à venir (saturation progressive dans l'accès aux places d'Ehpad), déstabilisant de façon structurelle le modèle de gestion des résidences services. Une partie du parc étant gérée par des entreprises ayant au départ une culture hôtelière, certains acteurs ne désirent pas évoluer vers des problématiques médico-sociales qu'ils maîtrisent mal et pourraient se retirer du marché (ex. redéploiement vers du logement étudiant ou appart-hôtel).

Pour ces différentes raisons, la mission considère qu'il faut avant tout sécuriser qualitativement l'accompagnement des personnes âgées qui seront de plus en plus nombreuses à être en situation de dépendance, et donc de vulnérabilité, en RSS (le profil type des locataires de résidences services est celui de femmes très âgées ayant perdu leur conjoint) en les intégrant dans le code de l'action sociale et des familles (cf. partie 1.3.3) ainsi que dans les stratégies locales de déploiement de l'offre d'hébergement. Elle ne préconise cependant pas d'action volontariste des pouvoirs publics pour soutenir le développement de ce type d'offre, qui présente des fragilités structurelles à ce jour mal identifiées.

4.3.6 Les Ehpad/USLD : des créations à prévoir, en particulier dans les territoires où le nombre de personnes en perte d'autonomie va augmenter le plus fortement

Les projections faites par la mission croisant dynamique locale de la demande (évolution démographique de la dépendance par territoire) et offre d'habitat et d'accompagnement conduisent à recommander la création de places d'Ehpad dans une trentaine de départements. En effet, même avec l'élaboration volontariste d'alternatives à l'Ehpad, il apparaît que l'offre existante en établissements ne saurait par endroits suffire. Dans un contexte de relative incertitude liée aux réflexions en cours sur la transformation du capacitaire hospitalier dédié aux personnes âgées dépendantes très requérantes en soins¹⁸⁹, cela pourrait aboutir, selon les scénarios in fine retenus, à créer jusqu'à plusieurs dizaines de milliers de places d'Ehpad¹⁹⁰. Par ailleurs, pour les raisons évoquées précédemment, moins l'ambition de créations de résidences autonomie sera grande, plus le volume de places d'Ehpad à créer sera conséquent. Les nouvelles constructions de places d'Ehpad devraient s'inscrire dans la logique de transformation domiciliaire des Ehpad précédemment rappelée (sortie du modèle hospitalier consistant à vivre dans une chambre, organisation des établissements autour d'espaces de vie de taille familiale,

¹⁸⁹ Des travaux sont en cours pour définir les trajectoires de transformation souhaitables des USLD dans un contexte de géronto-croissance et en l'absence de connaissance précise du nombre de personnes âgées relevant de soins de longue durée (USLD) ou de soins prolongés complexes (USPC), la géronto-croissance allant nécessairement augmenter le nombre des personnes âgées dépendantes requérantes et très requérante en soin (d'où, notamment, l'importance d'armer et de doubler les capacités des résidences autonomie et de médicaliser les Ehpad).

¹⁹⁰ D'après les éléments transmis à la mission, le gouvernement prévoirait d'ores et déjà la création d'un peu plus de 10 000 places d'Ehpad.

emploi des matériaux et d'un ameublement se rapprochant de ceux du domicile privé, modalités de délivrance des prestations de façon personnalisée, liberté de recevoir de la visite de ses proches quel que soit le moment de la journée, autorisation d'animaux domestiques, etc.).

Il est peu probable que la voie du redéploiement interdépartemental d'autorisations constitue une piste prometteuse : les simulations faites par la mission montrent que, même là où la hausse du nombre de personnes en situation de perte d'autonomie sera la moins forte (ex. Indre, Nièvre), elle sera tout de même suffisamment conséquente pour saturer progressivement l'offre existante. Ces territoires à dominante rurale ayant déjà largement entamé leur transition démographique devront, quant à eux, faire face à des problématiques spécifiques : faible variété de leur offre d'hébergement par territoire de vie, tensions RH croissantes du fait d'une population locale plus âgée qu'ailleurs, renforçant la nécessité d'opérer des mutualisations de personnels au sein de structures intégrés d'hébergement, et moindres niveaux de vie médian de la population.

La mission tient à souligner que, dans la continuité de l'action gouvernementale initiée fin 2022, les territoires ultramarins et la Corse doivent faire l'objet d'une attention et d'un traitement ad hoc tant leur situation est spécifique : faible équipement, croissance prévisionnelle de la demande bien plus forte que dans l'hexagone, modèles sociaux (notamment familiaux) particuliers...

Elle rappelle également la nécessité de renforcer la médicalisation des Ehpad telle que préconisée dans la concertation grand âge¹⁹¹ et le rapport des professeurs Jeandel et Guerin¹⁹². Transformation domiciliaire et médicalisation renforcée des Ehpad nécessitent l'une et l'autre d'accroître le taux d'encadrement en Ehpad, même si ce double mouvement ne se résume pas à cette seule action.

Recommandation n°21 Construire des places d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) dans, possiblement, une trentaine de départements prioritaires suivant l'évolution prévisionnelle de leur population âgée en perte d'autonomie et amplifier l'action gouvernementale engagée en faveur d'un meilleur équipement des territoires ultra-marins et de la Corse

4.3.7 L'hôpital : un risque d'embolie en l'absence d'accroissement capacitaire

Au sein de l'arsenal capacitaire à déployer dans les prochaines années, il faut également anticiper la montée en puissance de l'offre hospitalière. En effet, indépendamment de la question de l'éventuelle baisse du taux d'institutionnalisation en Ehpad, le vieillissement de la population va par lui-même produire des effets quantitatifs sur l'hôpital. Comme indiqué précédemment, toutes choses égales par ailleurs¹⁹³, la demande d'hospitalisation en court séjour MCO pourrait

¹⁹¹ Hausse de 25 % du taux d'encadrement en Ehpad d'ici 2024 par rapport à 2015, soit 80 000 postes supplémentaires auprès de la personne âgée, pour une dépense supplémentaire de 1,2 milliard d'euros.

¹⁹² Notamment plus de temps de coordination médicale et des taux d'encadrement paramédicaux plus importants.

¹⁹³ Par l'expression « toutes choses égales par ailleurs », il faut ici comprendre à capacité de prise en charge sanitaire et médico-sociale comparable à aujourd'hui tant à domicile qu'en Ehpad, c'est-à-dire donc sans baisse du taux d'institutionnalisation en Ehpad et avec une intensité de soins produits en libéral comparable à ce qui se fait actuellement.

croître de presque 40 % d'ici à 2050¹⁹⁴, sachant que près de 90 % de cette hausse viendrait de l'hospitalisation des personnes de plus de 75 ans¹⁹⁵. Au-delà du fait que ce public possède des caractéristiques particulières qui cadrent mal avec une prise en charge hospitalière pour l'essentiel centrée sur l'aigu (cf. dépendance, polyopathie, risque accru de perte de capacités fonctionnelles à l'occasion d'un épisode de soins hospitaliers), il est donc probable que cette estimation ne soit qu'un minorant de la réalité dans la mesure où les pouvoirs publics travaillent à une baisse du taux d'institutionnalisation en Ehpad en France.

En effet, contrairement au virage ambulatoire dans le champ sanitaire dont un des objectifs est de diminuer les nuitées de patients à l'hôpital, la politique de baisse du taux d'institutionnalisation en Ehpad dans le champ médico-social (souvent qualifiée de « virage domiciliaire ») a de grandes chances de produire un résultat inverse sur l'hôpital. Les personnes qui vivent en Ehpad connaissent des sorties d'hospitalisation facilitées par le fait même d'être hébergées en Ehpad, l'Ehpad constituant une offre intégrée couplant dimension sanitaire et médico-sociale, ce qui assure un certain nombre de garanties. Lorsque, des personnes qui, ayant un profil similaire à des personnes qui aujourd'hui vont en Ehpad vivront à domicile, il sera mécaniquement plus délicat d'organiser leur retour à domicile après hospitalisation (visite médicale à domicile, mobilisation de soins infirmiers de proximité, adaptation de l'intervention des aides à domicile, aménagement du logement, acquisition d'aides techniques, réorganisation du rôle des proches aidants...). Il y a donc un risque, confirmé dans chaque établissement hospitalier où s'est rendue la mission, que la baisse du taux de personnes âgées en établissement conduise à une hausse de la durée moyenne de séjour des patients¹⁹⁶.

A cet égard, il faut affiner la stratégie capacitaire et d'accompagnement des services hospitaliers pour faire face à l'augmentation de la demande d'hospitalisation induite par le vieillissement de la population et renforcée par la volonté de baisser le taux de personnes âgées vivant en Ehpad.

¹⁹⁴ Ce chiffre a été calculé par simple application aux projections populationnelles par âge de l'Insee du nombre moyen de journées d'hospitalisation par âge tel qu'observé actuellement. Ce calcul relativement frustré a donc pour principale vertu de donner un ordre de grandeur des dynamiques quantitatives à l'œuvre.

¹⁹⁵ Ces dynamiques puissantes sont souvent difficiles à percevoir de prime abord dans la mesure où la part des personnes de plus de 75 ans dans la population française croît en apparence faiblement (autour de 10 % aujourd'hui, environ 16 % en 2050 d'après les projections de l'Insee). La croissance hospitalière s'explique par le fait qu'au vieillissement de la population se surajoute le fait que les personnes âgées se caractérisent par des taux d'hospitalisation plus élevés que le reste de la population et que, lorsqu'elles sont hospitalisées, elles le sont pour des durées moyennes de séjour plus longues. L'impact sur l'hôpital du vieillissement de la population n'est donc pas linéaire, une personne âgée de plus de 75 ans étant hospitalisée en moyenne six fois plus de jours par an que le reste de la population.

¹⁹⁶ Les retours mal préparés ont généralement pour effet de causer à brève échéance des réhospitalisations, notamment après intervention des sapeurs-pompiers ou des médecins traitants suivie d'un passage par les urgences. L'enjeu quantitatif est potentiellement loin d'être négligeable pour l'hôpital : à nombre de places d'Ehpad constant, un peu plus de 100 000 personnes âgées dépendantes ayant un profil correspondant à des personnes hébergées en institution aujourd'hui ne trouveront pas de places en 2030 en Ehpad (hypothèse intermédiaire Livia d'évolution de la dépendance) ; or, à titre de comparaison, la France compte actuellement près de 120 000 lits en service de soins de suite et de réadaptation et 370 000 en services de médecine et chirurgie.

4.3.8 Le pilotage des capacités d'accompagnement par type d'habitat : diagnostic, programmation et suivi à un niveau national et territorial

Le dispositif d'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie est d'ores et déjà sous tension, à domicile comme en établissement, dans certains territoires français (ex. Savoie, Haute-Savoie). Du fait de la croissance progressive jusqu'en 2030, plus marquée ensuite, du nombre de personnes âgées en situation de perte d'autonomie, cette mise sous tension du système va se généraliser à l'ensemble de la France. Il est donc nécessaire que les pouvoirs publics se dotent des moyens de suivre avec finesse la façon dont les dispositifs d'accompagnement et d'hébergement sont mobilisés. Le tableau de bord national à construire, qui devra être décliné territorialement afin de prendre en compte les hétérogénéités de pression sur l'offre existant entre bassins de vie, permettra de suivre tant les difficultés RH (turn over, recrutement) pouvant conduire à des gels de places que la demande et les taux d'occupation réels des places effectivement opérationnelles, dans les services et les établissements, et dans le champ médico-social comme sanitaire. Doté d'indicateurs partagés, un tel tableau de bord, en partie adossé aux informations extraites et retraitées de l'outil ViaTrajectoire, favorisera une allocation optimisée des moyens entre territoires. Il permettra, qui plus est, par sa déclinaison territoriale, de rapprocher les différents acteurs locaux de l'autonomie entre eux ainsi qu'avec les acteurs du soin (et notamment les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)) et ainsi de renforcer leur coordination en cohérence avec l'objectif poursuivi avec la création d'un service public territorial de l'autonomie¹⁹⁷ et des centres de ressources territoriaux (CRT - LFSS 2022). La dimension médicosociale des CPTS créées depuis 2016 n'est à ce jour pas développée.

Recommandation n°22 Créer un tableau de bord national et territorialisé du taux d'occupation des structures (établissements et services), gels de places, file d'attente et tensions RH

Afin de s'assurer que les personnes âgées sont correctement accompagnées, il est nécessaire que les autorités publiques, ARS et départements, aient désormais un regard plus poussé et plus régulier sur le profil des publics accueillis dans les habitats alternatifs. A cette fin, et comme déjà formulé plus haut (partie 1), la mission recommande la création d'une obligation déclarative annuelle de la part des résidences et habitats inclusifs pour personnes âgées et de leur SAD de conventionnement concernant le profil des habitants au regard de la grille Aggir, a minima sous forme de fourchettes. Un tel suivi permettra de soutenir la montée en puissance de ces structures sur le volet accompagnement des personnes (ex. forfait soins, forfaits autonomie, partenariats) à mesure de l'accroissement de la perte d'autonomie de leurs habitants.

Par ailleurs, il existe aujourd'hui deux grands documents de programmation au niveau départemental : le schéma départemental Personnes âgées porté par le conseil départemental et le projet régional de santé de l'Agence régionale de santé décliné départementalement dans sa composante médico-sociale (voir notamment les PRIAC¹⁹⁸). Cette double programmation pose des questions de cohérence et donc d'efficacité de l'action publique : ainsi, la mission a relevé le

¹⁹⁷ Voir Vers un service public territorial de l'autonomie, 17 mars 2022, D. Libault, C. Perruchon, A. Farnault.

¹⁹⁸ Outil de programmation financière des établissements et services du secteur médico-social financés par l'Assurance Maladie et la CNSA qui accueillent des personnes âgées ou des personnes handicapées, le Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie permet de mieux identifier les priorités de financement au niveau régional et de les inscrire dans le temps

cas d'une ARS qui prévoit la suppression de places d'Ehpad (objectif de transformation) sur un département alors que le conseil départemental considère, lui, de façon stratégique, qu'il va en manquer (objectif d'accroissement capacitaire global). Cette absence de consensus sur le fondement même des objectifs de la politique poursuivie est problématique et source d'inefficiences. Il serait donc préférable de fusionner ces deux documents en un seul schéma départemental gérontologique commun (avec diagnostic, consultation, rédaction, échéance partagés). Un tel schéma devrait avoir comme socle une projection commune des besoins par type d'habitat.

Les déplacements de terrain de la mission ainsi que certaines études innovantes intervenues pendant le temps de ses investigations¹⁹⁹ ont également montré l'importance de travailler les diagnostics locaux à une maille territoriale infra-départementale (ex. territoire ou bassin de vie). Une telle démarche entrerait en cohérence avec le fait que les structures intercommunales interviennent à un niveau et pour des compétences qu'il est pertinent d'articuler avec les politiques du grand âge (gestion des sols et des plans d'urbanisme, organisation des transports de proximité, centres intercommunaux d'action sociale...). Il serait donc opportun de confier aux intercommunalités la définition d'un diagnostic territorial des besoins par type d'habitat et une stratégie de développement de l'offre articulée avec les orientations fixées départementalement entre ARS et Conseil départemental. L'objectif n'est pas ici d'ajouter un niveau d'administration, au risque sinon de complexifier l'organisation actuelle, mais de favoriser, au sein du schéma départemental gérontologique, une meilleure prise en compte des besoins et attentes dans les territoires de vie.

Recommandation n°23 Doter les acteurs départementaux d'outils de programmation de l'offre par type d'habitat plus cohérents et plus robustes :

- Doter chaque département d'un schéma départemental gérontologique commun ARS/CD ayant comme socle une projection des besoins et un engagement interinstitutionnel quant aux hébergements pour personnes âgées dépendantes à ouvrir par grands types d'habitat (accueil familial, habitat inclusif, RA-RSS, Ehpad, Usld)
- Confier aux communes/intercommunalités la définition d'un diagnostic territorial des besoins par type d'habitat et d'une stratégie de développement de l'offre d'hébergement articulée avec les orientations départementales des agences régionales de santé et des conseils départementaux

La volonté des pouvoirs publics de baisser le taux d'institutionnalisation en Ehpad en France aura mécaniquement pour effet de reporter sur la sphère domiciliaire (domicile privé ordinaire, logements sociaux et domiciles alternatifs tels que les résidences et les habitats inclusifs) l'accompagnement de nombreuses personnes âgées en perte d'autonomie. L'effort important décrit précédemment à mener sur les acteurs du domicile s'accompagne de la nécessaire montée en puissance des équipes d'évaluation médico-sociale départementales et des services d'aide à domicile autorisés et tarifés par les départements. Cela va donc induire une modification dans la répartition des dépenses entre acteurs institutionnels où la question de la capacité des Conseils départementaux à prendre en charge les besoins futurs et les voies et moyens de les renforcer

¹⁹⁹ <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/279-les-inegalites-territoriales-de-financement-et-d-accessibilite-des-soins-medico-sociaux.pdf>

doivent être posées. La tenue d'une conférence financière Etat/Départements paraît en conséquence indispensable, en sus de la question plus globale du modèle de financement de la dépendante (ressources publiques, ressources privées).

Recommandation n°24 Organiser, en vue d'une prochaine loi grand âge ou d'une loi de programmation sur le financement de la perte d'autonomie, une concertation citoyenne sur le modèle de financement de la dépendance (ressources publiques, ressources privées) ainsi qu'une conférence financière entre l'Etat, les départements et la sécurité sociale sur la répartition des dépenses publiques liées au grand âge

LISTE DES ANNEXES DU TOME 2

- ANNEXE 1 :** L'évaluation des besoins d'aides à l'autonomie des personnes âgées et de leurs proches à domicile
- ANNEXE 2 :** Conditions et limites de la vie à domicile pour les personnes âgées en perte d'autonomie
- ANNEXE 3 :** Aide et accompagnement à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie
- ANNEXE 4 :** L'habitat inclusif pour personnes âgées
- ANNEXE 5 :** Les résidences autonomie
- ANNEXE 6 :** Les résidences services seniors
- ANNEXE 7 :** L'accueil et l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie en établissement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad)
- ANNEXE 8 :** L'accueil familial de personnes âgées en perte d'autonomie
- ANNEXE 9 :** Comparaison des différents lieux de vie pour personnes âgées en perte d'autonomie
- ANNEXE 10 :** Personnes âgées et accompagnement de la fin de vie
- ANNEXE 12 :** Les projections démographiques d'augmentation de la population âgée en perte d'autonomie par département en France à horizon 2050
- ANNEXE 13 :** Catégorisation des départements français face à l'augmentation de la population âgée en perte d'autonomie
- ANNEXE 14 :** Scénarios prospectifs de répartition des personnes âgées en perte d'autonomie selon leur type d'habitat
- ANNEXE 15 :** Accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie au Danemark

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

Cabinet du Premier ministre

Charlotte GALLAND, conseillère technique pôle social

Thomas SCOTTE, conseiller technique Protection sociale et comptes sociaux

Cabinet des solidarités et des familles

Louise CADIN, conseillère

Charlotte GALLAND, directrice adjointe

Pauline SASSARD, conseillère

Antoine MEFFRE, conseiller

Administrations centrales

Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)

Jean-Benoît DUJOL, directeur

Benjamin VOISIN, chef de service

Arnaud FLANQUART, sous-directeur autonomie personnes âgées (SD3)

Nathalie DUTHEIL, adjoint chef bureau prévention de la perte d'autonomie

Gilles CHALENCON, adjoint bureau gouvernance secteur social et médico-social

Direction de la sécurité sociale (DSS)

Timothée MANTZ, adjoint sous-directeur financement du système de santé, SD1

Guillaume BOUILLARD, chef du bureau établissements de santé et EMS SD1/1A

Dorine BIANCO, chargée financement établissement médico-sociaux, SD1/1A

Cléo LHERMET, adjointe bureau SD6/6C

Antoine IMBERTI, adjointe SD6

Direction générale de l'offre de soins (DGOS)

Anne HEGO BURU, sous-directrice de la régulation de l'offre de soins

Pauline BOILLET, adjointe au chef du bureau des prises en charge post-aiguës, santé mentale, populations spécifiques et pathologies chroniques

Anne-Marie MACHU, chargée de mission, bureau des prises en charge post-aiguës, santé mentale, populations spécifiques et pathologies chroniques

Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF)

Romain ROUSSEL, sous-directeur de l'industrie, de la santé et du logement

Maryse LALANDE, adjointe au chef du bureau produits et prestations de santé et services médico-sociaux

Direction générale du Budget

Ahmed J'MILA, chef de bureau Solidarité et insertion

Mathieu CARAT, adjoint au chef de bureau Solidarité et insertion

Direction générale du Trésor

Albane SAUVEPLANE, sous directrice politiques sociales

Thomas OUIN-LAGARDE, intérim cheffe de bureau « Santé et comptes sociaux »

Marie-Apolline BARBARA, adjointe cheffe de bureau « Santé et comptes sociaux »

Rémy MATHIEU chef de bureau « Synthèse des finances publiques »

Direction de l'habitat, de l'urbanisme et des paysages

Manon HURE, adjointe au sous-directeur

Damien PACOU, adjoint au chef de bureau PH2

Caisses

Caisse des dépôts et consignation

Laure De LA BRETECHE, directrice déléguée des retraites et de la solidarité

Loïc ROLLAND, département "Grand âge et santé", direction des politiques sociales ARPAVIE

Jean-François VITOUX, directeur général

Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM)

Éric HAUSHALTER – sujets coordination

Dr Odile RAMES – médecin, responsable du département de l'hospitalisation

Garmenick LEBLANC – département hospitalisation, coordonnatrice cellule médico-sociale

Gaël COUTURIER – responsable adjoint département maîtrise d’ouvrage SI ESMS

Caisse nationale de solidarité pour l’autonomie (CNSA)

Virginie MAGNANT, directrice générale

Stéphane CORBIN, directeur général adjoint

Alexandre FARNAULT, directeur adjoint appui pilotage de l’offre

Marine BOISSON-COHEN, directrice de la prospective et des études

Deborah ESHINGHER, chargée de mission du pôle offre

Fanny THIRION, chargée de mission du pôle offre

Olivier PAUL, directeur adjoint du financement de l’offre

Structures et entités rattachées au ministère

Haut conseil de la famille, de l’enfance et de l’âge (HCFEA)

Agnès GRAMAIN, professeur d’économie à l’université de Lorraine, membre conseil scientifique

Jean-Philippe VINQUANT, président

Anne-Claire HOREL, secrétaire générale adjointe

Direction de la recherche, de l’économie, de l’évaluation et des statistiques (DREES)

Julie LABARTHE, sous-direction Observation de la solidarité (OSOL), sous directrice

Layla RICROCH, sous-direction OSOL, chef du bureau handicap dépendance (BHD)

Stéphanie BONESCHI, sous-direction OSOL, BHD, responsable du pôle simulation et réponse à la demande

Alexis LOUVEL, sous-direction OSOL, BHD

Institut des politique publiques (IPP)

Delphine ROY, directrice du programme santé autonomie

Institut de la recherche et de la documentation en économie de la santé (IRDES)

Anne PENNEAU, chercheuse

Institut national des études démographiques (INED)

Amélie CARRERE, chercheuse

Roméo FONTAINE, chercheur

Cour des Comptes

Christophe BLESBOIS, rapporteur, CRSE, 6eme chambre

Sylvie APPARITIO, vérificatrice, 6eme chambre

Franck HERVIO, conseiller maitre, 5ème chambre

Catherine DEMIER, présidente de la 5ème chambre

Fédérations, associations, syndicats

Association nationale des directeurs d'action sociale et de santé des départements et métropoles (ANDASS)

Anne TROADEC, directrice générale adjointe Autonomie, conseil départemental Savoie

Caroline PIQUEMAL, directrice générale adjointe Autonomie, conseil départemental Haute-Garonne

Christophe BARON, directeur général adjoint Autonomie, conseil départemental du Tarn

Olivier EISENBARTH, chargé de mission, CD 54

Pierre SUC MELLA, directrice générale adjointe Autonomie, conseil départemental Hérault

Laurence DELORT, chargée de mission Autonomie, conseil départemental Hérault

Stéphane CORBIN, directeur général adjoint autonomie, conseil départemental Seine St Denis

Pierre LOYER, directeur général adjoint conseil départemental Nord

Jean Baptiste WERQUIN, direction territoriale action sociale, conseil départemental Nord

Simon FAVREAU, directeur général adjoint autonomie, conseil départemental Loire-Atlantique

Observatoire national de l'action social (ODAS)

Didier LESUEUR, directeur

Estelle CAMUS, chargée de mission

Marie SALIN, chargée de mission

Association Nationale des responsables de SSIAD et SPASSAD (ANARESSIA)

Hervé MARTIN, Directeur Pôle Sanitaire et Médico-Social

Valérie VOISIN,

Jérôme FUMERON

Céline DE COCK

Fédération Nationale Avenir et Qualité de Vie des Personnes Âgées (FNAPQVA)

Didier SAPY, directeur général

Clémence LACOUR, responsable des Relations Institutionnelles

Fédération du Service aux Particuliers (FESP)

Catherine LOPEZ, directrice générale

Medhi TIBOURTINE, directeur général adjoint

Laurent GUILLET, fondateur président Espace et vie (RSS)

Loïc GOBE, gérant d'un SAD dans le département des Ardennes

Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés solidaires FEHAD

Jean-Christian SOVRANO, directeur

Marie-Sophie DORGE, conseillère domicile personnes âgées

Amicie DE MAISTRE, chargée de projets autonomie

Émilie SAMIER, conseillère établissement personnes âgées

Association des Directeurs au service des Personnes Âgées (AD-PA)

Eric FREGONA, directeur général

Union nationale des associations et services de soins infirmiers (UNASSI)

Mireille SPITZER, présidente

Aurore ROCHETTE, directrice générale SOSM La providence

Union Nationale de l'Aide, des Soins et des Services aux Domiciles (UNA)

Vincent VINCENELLI, directeur pôle politique Publique

Clémence MARRAUD des GROTTES, chargée de mission médico-social

ADEDOM fédération nationale

Laëtitia VERDIER, secrétaire général de la fédération

Hugues VIDOR, directeur général de la fédération

Aide à domicile en milieu rural (ADMR)

Thierry D'ABOVILLE, Secrétaire général

Laurence JACQUON, directrice adjointe

Jérôme PERRIN, directeur développement et qualité

Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (FNEHAD)

Dr Élisabeth HUBERT, présidente

Mathurin LAURIN, délégué national

Gaëtan CASANOVA, conseiller médical

Réseau Francophone des Villes Amies des Aînés (RFVAA)

Pierre Olivier LEFEBVRE, délégué général réseau villes ami des aînés

Fédération des services à la personne et de proximité (FEDESAP)

Franck NATAF, président

Julien JOURDAN, directeur

Fédération nationale des Maisons d'accueil rural pour personnes âgées (FN MARPA)

Patricia SAGET-CASTEX, présidente

Marion LE CAM, directrice de l'offre de service à la caisse centrale MSA

Action Tank Entreprise et pauvreté

Clémentine PAILHES, cheffe de projet au sein de l'Action Tank

Manon CAILLON, cheffe de projet au sein de l'Action Tank

Sabrina AYELO, membre d'AMETA pilote étude Villogia

Biens Communs

Maryam BRIAT, directrice des opérations

Collectif 150 000 en 2030

Clément VENARD, directeur ESUS Monsenior

Laurence BOLUDA, maison de Blandine

Association France Alzheimer

Benoit DURAND, directeur délégué

Hélène CLARI, directrice des missions sociales

Lorène GILLY, responsable du suivi des politiques publiques

Association Debout les Aînés

Dr Patrick FOURNIER, directeur

Lénaïc BECQUART, directrice du CLIC Eolis, membre

Association OLD 'UP

Marie GEOFFROY, secrétaire générale

Pierre ALIXANT, membre de l'association

Conseil National autoproclamé de la Vieillesse (CNAV)/Vieux et Chez soi

Dr Véronique FOURNIER, membre du CNAV, fondatrice du centre d'éthique clinique

Dr Nicolas FOUREUR, membre du CNAV, président de l'association « Vieux et chez soi »

Syndicat National des Résidences avec services pour Aînés (SNRA)

François GEORGES, président,

Philippe CAMPINCHI, délégué général

François SALMON, directeur général des exploitations

Syndicat national des établissements et résidences privés pour personnes âgées (SYNERPA)

Justin DE BAILLIENCOURT, directeur opérations et coordination, adjoint déléguée générale

Diane Sophie LA ROCHE, conseillère Affaires Publiques

HEURUS/CARE Les résidences services pour senior

Catherine LABARDANT, directrice d'exploitation et de l'expérience clients,

Carole DEVALLA-LAUNAY, directeur général de Réalités Care

Personnalités qualifiées

Jérôme GUEDJ, député

Olivier RICHEFOU, président conseil départemental de Mayenne, vice-président de l'ADF,

Brigitte BOURGUIGNON, ancienne ministre des Solidarités, membre de l'Igas

Marc BOURQUIN, conseiller stratégie autonomie parcours territoires FHF

Christophe PASQUET, directeur de l'EHPAD Jardin de Levallois

Anne BURSTIN, ancienne directrice CNSA, membre de l'Igas

Céline PERRUCHON, membre de l'Igas

Dr Pierre LOULERGUE, membre de l'Igas

Delphine CORLAY, membre de l'Igas

Dr Nicole BOHIC, membre de l'Igas

Valentine TREPIED, sociologue

Alice CASAGRANDE, conseillère cabinet santé

Pr Bruno VELLAS, gériatre, directeur IHU vieillissement et Gérontopôle de Toulouse

Pr Claude JEANDEL, gériatre, membre de la Société Française de Gériatrie et Gérontologie

Pr Dominique SOMME, chef du pôle gériatrique du CHU de Rennes, membre du conseil d'administration et du comité scientifique de la Société Française de Gériatrie et Gérontologie

Denis PIVETEAU, conseiller d'État

Déplacement Pays de la Loire

ARS Pays de la Loire

Jérôme JUMEL, directeur général

Sébastien RIPOCHE, responsable parcours personnes âgées

Danièle STEINBECK, médecin inspecteur, service parcours personnes âgées

Amélie DUGUEILLER, médecin conseil et médecin référent

Bernard PRUD'HOMME-LACROIX, appui à la coordination des parcours

LNA Santé

Odile VINEL, directrice Ehpads Jardins d'Olonne+ Dispositif DIVADOM

Marie PORTAL, responsable relations autorités publiques (LNA santé,)

Olivier DE CEVINS, directeur de la Résidence Creisker (Pornichet)

Conseil départementale Loire-Atlantique

Lyliane JEAN, vice-présidente politique de l'âge et de la Solidarité entre les générations

Simon FAVREAU, directeur de l'autonomie

Sébastien RICHARD, chef du service médico-social

Marina BACHELIER, Service parcours et soutien à domicile

Résidence autonomie Bel Air, Bouaye

Houwaida MACE, responsable résidence autonomie et accueil de jour

Valérie DEMARLE, DG VYV 3 Pays de la Loire Personnes Âgées

Sandrine DRUEZ, SSIAD

Claire GERAUD, infirmière préventionniste

Clothilde BRISSON, infirmière

Gérontopôle Pays de la Loire

Dr Vincent OULD-AOUDIA, président

Valérie BERNAT, directrice générale

Élisabeth ARTAUD, responsable Formation et Action territoriale

HAD CHU Nantes

Jeanne-Marie GOURDON, responsable développement et partenariat

Clément GAUTIER, responsable des admissions

DIVADOM pays d'Ancenis

Sandrine DELAGE, directrice du centre hospitalier Erdre et Loire

Christelle CASTELNEAU, attaché administration hospitalière, responsable du dispositif,

Aude MARTINEAU, IDE, coordinatrice du dispositif

SPASAD Cholet

Isabelle BARRIBAUD, responsable SPASAD/SSIAD

URPS IDEL Pays de la Loire

David GUILLET, président

Claire GUIDON PAILLE, coordinatrice

CCAS Nantes

Élisabeth LEFRANC, conseillère municipale

Alice LAGREVE, cheffe de projet DIVADom, chargée de mission CCAS

Carine BURBAN-EVAIN, directrice du CCAS de Nantes,

Fanny AUZERAL, responsable du pôle Établissements Médico-Sociaux

Résidence service Steredenn, Nantes

Catherine LABARDANT, directrice exploitation et expérience client

Déplacement Savoie

ARS AURA

Raphaël GLABI, directeur de la direction de l'autonomie

Astrid LESBROS-ALQUIER, direction déléguée Offre médico-sociale

Christelle SANITAS, pôle personnes âgées, direction déléguée Offre médico-sociale

Direction territoriale de Savoie

Raphaël BECKER, directeur

Florence LIMOSIN, directrice adjointe

Carine CHANJOU, responsable du service grand âge

Résidence service senior Les Girandières de Chambéry

Lisa HILAIRE, directrice adjointe

Maité LESUEUR, chargé du réseau professionnel

Résidence service senior St Benoit

Marie-Pierre ALBANEL, directrice de la maison Saint-Benoît depuis 2008

Guy-pierre MARTIN, président CA maison St Benoit, membre Fondation maison Saint-Benoît

Conseil départemental de Savoie

Hervé GAYMARD, président

Corinne WOLFF, vice-présidente autonomie

Anne TROADEC, directrice générale adjointe Autonomie

Dominique BARDAGOT, adjointe directrice pôle ville sociale Pôle Ressources et moyen
Etienne GUERIN, directeur PA-PH sur le département

Conseil départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie (CDCA)

Jean Pierre TOUNIEU, membre du bureau personne âgée

Association des directeurs d'établissements pour personnes âgées de Savoie (ADIREPAS)

Stéphanie LEFEVRE ROMAGNY, présidente ADIREPAS, Ehpad Bellefontaine

Véronique RANC, directrice Ehpad saint Antoine

Géraldine MOLLARD, Ehpad et résidence autonomie CIAS grand lacs

Catherine MUSSO, directrice Ehpad

Maison sociale du département, Aix-Les-Bains

Aline MAILLY, directrice maison sociale

Sylvie PATOURAUX, chef de service PAPH

Véronique HUMBERT, référente sociale

Marlene BALLAY, référente sociale PA

Communauté professionnelle territoriale de santé, Aix-Les-Bains

Dr Charles VANBELLE médecin, président

Gaëlle FAUX GIRARD, IDEL

Valérie MATHIEZ, IDEL

Stéphanie LECLUSE, IDEL

Serge LE FLOCH, pharmacien

Ehpad Les Fontanettes, Chindrieux

Géraldine MOLARD, directrice

Résidence autonomie l'Orée du bois, Aix les Bains

Géraldine MOLARD, directrice

ADMR Albens

Jacques PRAT, président ADMR 73

Marie-Dolores REVIL, vice-présidente

Nadia TOUISI, directrice Ehpad et Ssiad
Benjamin CARLIN, cadre infirmier Ehpad

CIAS Grand Lac

Marie RENAUD, directrice CIAS Grand Lac
Astrid VINCENT, responsable SAAD et dir adj CIAS sur partie domiciliaire
Émilie ESTACHI, responsable SSIAD
Sylvie BARIL, responsable de la lutte contre l'isolement

Habitat inclusif Tiss'age (Bassens)

Jérôme VISTALLI, chargé de projet et de régulation d'Habitat et humanisme Savoie
Annette MATELIN, bénévole habitat et Humanisme Savoie
Louis BOILLOT, président habitat et humanisme Savoie

Centre hospitalier spécialisé (CHS) Chambéry

Sylvain AUGIER, directeur CHS
Yann MEALONNIER, secrétaire général CHS
Dr Alain GARNIER, médecin psychiatre responsable
Véronique NEMITZ, cadre supérieur de santé, équipe mobile géronto-psychiatrique
Helene PONT, cadre de santé

Centre hospitalier Métropole Savoie (CHSM) Chambéry

Mélanie GAUDILLER directrice adjoint
Dr Claire PAILLARD, médecin gériatre, unité mobile gériatrique extrahospitalière
Dr Patrick LESAGE, responsable des urgences
Dr Alain SAGNIER, chef de la filière gériatrique, Ehpad hospitalier
Christelle SECHERESSE, cadre de l'unité hébergement renforcé, géronto technicienne
Dr Laurent AMICO, médecin HAD
Joëlle GACHE, cadre de santé, HAD
Marie-France GIRERD, directrice des soins et coordinatrice des soins

Centre hospitalier Aix-les-Bains

Pascale COLLET, directrice
Olivier NICOLAS, directeur des unités PA du CHMS site Aix et Chambéry.

Dr Adeline PONCET, gériatre chef du SSR
Bénédicte BISET, cadre sup du pole gériatrie

Dispositif d'appui à la coordination du département Savoie

Gregory GOSSELIN, directeur

France Alzheimer Savoie

Guy BACOU, président
Laurence URLY directrice,
Martine LEJEUNE, coordinatrice plateforme répit aidant Savoie

Association Bulle d'air 73

Émilie BOISSEAU, responsable

MSA Alpes du Nord

Fabien CHAMPARNAUD DG MSA Alpes Du Nord
Marc MASDURAUD, sous-directeur

OPAC Savoie

Fabrice HAINAUT, directeur général
Laurent COTTE, directeur patrimoine et clientèle

Cristal Habitat

Nicolas GIGOT, directeur général

Déplacement Haute-Vienne

Direction territoriale Haute-Vienne

Sophie GIRARD, directrice
Christelle ROMANYCK, responsable Pole Autonomie et Santé publique
Émilie VIRONDEAU, Pole Autonomie-Service à l'Autonomie
Marion CARLUX, chargée de mission Offre de soins

Conseil départemental

Frank PERRACHON, directeur général des services

Dr Frédéric TALLIER, directeur Autonomie

Maison sociale du département

Alexandra FOUCHER directrice

Anne-Sophie GIRARD, directrice adjointe

Catherine FAUCHER référence autonomie

Dr Frédéric TALLIER, directeur PA-PH CD 87.

CHU Limoges

Pascale MOCAËR, directrice générale

Jean-Christophe ROUSSEAU, directeur général adjoint

Pr Achille TCHALLA, chef du pôle gériatrie clinique

Raphaël BOUCHARD, directeur de la politique hospitalière de territoire

Virginie GOLFIER-ROUY, cadre de santé pôle gériatrie clinique

Yolène RIBIERE, cadre administrative pôle gériatrie clinique

Pr Muriel MATHONNET, présidente de la CME

Dr Jean-François CUEILLE, chef de service Urgence/SAMU

Dr Paul-Antoine QUESNEL, chef de service USP/EMSP

Dr Mohamed TOUATI, chef de service de la HAD

Dr Aude MASSOULARD, médecin gériatre, HAD

Résidence Autonomie Le Vincou, Bellac

Aline LARANT, vice-présidente du CCAS, présidente de la résidence autonomie

Sylvie MARY, directrice du CCAS et de la résidence autonomie.

SAAD ADPAD

Émilie CHAUVEAUX, responsable de secteur

Marilyne FISSOT auxiliaire de vie,

Hôpital intercommunal du Haut Limousin (centre hospitalier de Bellac)

Marie Dominique PERRIOT, directrice adjointe

Brigitte RIBERIO, cadre supérieur de santé
Isabelle PRINCEAU, gestionnaire ressource humaine
Jérôme PEREFARRES, cadre supérieur de santé
Muriel SIMOUNET, infirmière coordonnatrice équipe mobile
Laurence LAURENT, cadre de santé HAD
Anne PETIT assistante sociale EHPAD Magnac-Laval
Amandine PEYMIRAT, cadre de santé Ehpac Magnac-Laval

Association Soins et Santé Limoges

Aurely BOUGNOTEAU, directrice
Dorothée MALINVAUD, infirmière coordinatrice des Soins et des Services
Émilie LEROY, responsable qualité

SSIADPA Rochechouart

Café des Aidants de l'ADPAD

Déplacements Ile de France

Direction territoriale Seine Saint Denis

Sylvie GAULARD, directrice territoriale
Stéphanie TALBOT, directrice adjointe
Éric BONGRAND, chef de projet du parcours santé de la personnes âgées à la DA
Nathalie MONTANGON, responsable service autonomie

Dispositif d'appui à la coordination du département de Seine Saint Denis

Dr Bao DANG, directrice association Arc en ciel

Conseil départemental 93

Stéphane CORBIN, directeur générale adjoint solidarité
Christelle GALLO, cheffe de service offre médico-social à la Direction autonomie
Louise VERON, cheffe de service adjointe offre médico-sociale à la Direction autonomie
Théo PETON, chef du pôle Prévention Inclusion
Elsa VERGIER, cheffe de service parcours et prestation à domicile direction de l'autonomie

Céline BORGES, cheffe de pole service aide et accompagnement à domicile

Isma ZALAMBANI, coordinatrice pole bientraitance, aidants et lien social

Myriam LE TALEC-GREGOIRE, cheffe du bureau évaluation/coordination gérontologique

Florence THOMAS-JULIENNE, infirmière, coordonnatrice évaluation APA

Isabelle SOURLIER, conseillère technique APA, ex directrice CCAS, RA/SSIAD

Lydia CICERON, évaluatrice médico-sociale du département

Direction régionale et interdépartementale de l'Hébergement et du Logement IDF (DRIHL)

Rand FAHMI, adjointe service SDAOLH

Erik PAGES, bureau programmation et financement LS et hébergement

Résidence autonomie Ambroise Croizat

Elodie BONNEFOY, directrice adjointe CCAS

CH Delafontaine (St Denis)

Jean PINSON, directeur

Dr Tawfik BOUGHALEM, chef service gériatrie

Dr Lucile DOURTE, praticien hospitalier équipe mobile

Natty TRAN, directrice adjointe, filière gériatrique, référente Casanova

Ricardina PALAVRA, responsable de pôle SMUR.

Caroline BARBEREAU, cadre supérieur du GHT en charge des service sociaux

EHPAD Constance Mazier

Marie LE MAUX, directrice

Claire ZAMBAUX, chargée de Communication, en charge des partenariats

Ehpad Lumières d'Automne

Dr Maud MICHALOUX, médecin coordinateur et médecin prescripteur

Ève GUILLAUME, directrice

Déborah GAYE, coordinatrice du service renforcé à domicile

Maxime TCHYDEMIAN, faisant fonction cadre de santé

Sandrine GUICHETEAU, élève directrice à l'Ehpad

Tiers Lieu Joli Mai

Stéphanie De PIERREPONT, bénévole et membre du CA

Pauline NORMIER, ancienne présidente fondatrice, coordinatrice

Vilogia

Gaëlle VELAY, Directrice Ile de France pour Vilogia

Sabrina AYELO, cheffe de projet renouvellement urbain à la META

Chloé JOURDAN, chef de projet renouvellement urbain à la META

GCSMS Bien Vieillir

Didier PAGEL, administrateur du GCSMS bien vieillir

Julie CARTEL, coordinatrice de parcours

Sébastien WILDEMANN, directeur des soins, formation infirmier

Victor PICOTA, directeur d'exploitation (Saad)

SAAD Pavillon sous-bois

Sarah BENNANI, responsables de secteur

Maria MONTEIRO, aide à domicile référente SAAD

Ehpad Cachan

Gilles DUPONT, directeur

Dr Olivier FERDMANN, médecin coordonnateur

Ville de Paris

Gaëlle TURAN-PELLETIER sous directrice Autonomie,

Servanne JOURDY, adjointe à la sous-directrice

Laurent BIRON, chef de projet soutien renforcé maîtrise à domicile

La Maison des Sages de Buc

Violaine de CLARENS, coordinatrice et animatrice de la vie sociale et partagé

Stéphane GRASSET, Marie de BUC, président de l'HI

Dr Alain SMAGGHE, cofondateur de la Maison des Sages

Henri Le PARLIEUX, TI'Hameaux

Café des Aidants du tiers lieu Joli Mai

Déplacement Nouvelle aquitaine

Ehpad la Madeleine, Bergerac

Sylvain CONNANGLE, directeur

Rabia ALAMI, psychologue, responsable CRT

Charlène ABILY, pilote PST RH

Christine ROUSSIERE, SMAF, AMP/ASG

Christine VANDERMAESEN, cadre de santé

Dr Michelle LOQUET, médecin coordinateur

Béatrice LARTISANT, surveillante

Émeline DESCHAMPS, psychomotricienne référente, PASA jour et soir

Nathalie JARZAGNET, AS tutrice stagiaires

Fany CRESTIA, AS référente de proximité

Éric PELETINGEAS, AMP

Nadine D, résidente

Jean B, résident

Michel M, parent de résidente

HI-API DOMANI, Pessac

Camille DUGAS, directrice des opérations,

Gaëlle POULOT, coordinatrice de l'Habitat de Pessac,

Oscar LUSTIN, co-fondateur Domani

Village Alzheimer Dax

Cécile BERTET, directrice

Nathalie BONNET, psychologue gériatologue

Florence LAUDOUAR, coordonnatrice bénévolat et animation

Dr Gaëlle MARIE-BAILLEUL, PH détachée de l'hôpital de Dax

Pr Jean-François DARTIGUES, président du comité scientifique

Pr Hélène AMIEVA, directrice INSERM

Pr Bernard BIOULAC, président du comité éthique

Mathilde CHARON-BURNEL, chargée de mission, conseil départemental des Landes

Déplacement Oise

Maison de Thil

Gwendoline BOURELLE, coordinatrice

Correspondants Danemark

Anne SMETANA, attachée santé, ambassade du Danemark à Paris

Isabelle SCHOU-HANSEN, conseillère secteur de la santé, ambassade du Danemark à Paris

Sara BACKE, conseillère spéciale sur la santé et les personnes âgées, Kommunernes Landsforening (KL), association des municipalités danoises

Nanna SKOVGAARD, chef du centre des politiques sociales et de santé, Kommunernes Landsforening (KL), association des municipalités danoises

Tina GANDERUP, consultante sur les personnes âgées, commune de Copenhague

Lina ENGHOLM JACOBSEN, consultante sur les personnes âgées, commune de Copenhague

Per TOSTENÆS, senior consultant, département des études sociales, Ældre Sagen

Rikke HAMFELDT, chief consultant, département des études sociales, Ældre Sagen

Caroline CHRISTJANSEN, stagiaire. Ældre Sagen

La mission remercie l'ensemble des personnes âgées en perte d'autonomie rencontrées à l'occasion de ses déplacements : immersion en tournée de SSIAD, en visite de SAAD, rencontre sur les lieux de vie (Ehpad, RSS, RA, habitat inclusif, domicile ordinaire...) et cafés des aidants.

SIGLES UTILISES

ACP : analyses en composantes principales

AGGIR (grille) : autonomie Gérontologie-Groupe Iso Ressource

ANAH : agence nationale de l'habitat

ANAP : agence nationale de la performance sanitaire et médico-sociale

ANCOLS : agence nationale de contrôle du logement social

APA : allocation personnalisée d'autonomie

ARS : agence régionale de santé

ASH : aide sociale à l'hébergement

ASH : agent de service hospitalier

ATIH : agence technique de l'information sur l'hospitalisation

AVC : accident vasculaire cérébral

AVP : aide à la vie partagée

AVS : auxiliaire de vie sociale

AS : aide-soignante

CD : conseil départemental

CESE : conseil économique, social et environnemental

CHRS : centre d'hébergement et de réinsertion sociale

CNAV : caisse nationale de l'assurance retraite

CNSA : caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

CNR : conseil national de la refondation

DDPP : direction départementale de la protection des populations

DHUP : direction de l'habitat de l'urbanisme et des paysages

DREES : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

EHPA : établissement d'hébergement pour personnes âgées

EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EMG : équipe mobile gériatrique

EMGP : équipe mobile géronto-psychiatrique pour personnes âgées

EMPPA : équipe mobile psychiatrique pour personnes âgées

EMSP : équipe mobile de soins palliatifs

ESAT : établissement ou service d'aide par le travail

ESMS : établissement ou services médico-sociaux

FAM : foyer d'accueil médicalisé

FAS : fédération des acteurs de la solidarité

FEHAP : fédération des établissements hospitaliers d'aide à la personne

GIR : Groupes Iso-Ressources

HAD : hospitalisation à domicile

HCFEA : Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge

ICOPE (programme): integrated care for older people

IDE : infirmière diplômée d'État

IDEC : infirmière de coordination

IDEL : infirmière diplômée d'État libérale

IGAS : inspection générale des affaires sociales

IGEDD : inspection générale de l'environnement et du développement durable

INSEE : institut national de la statistique et des études économiques

IRDES : institut de recherche et documentation en économie de la santé

IPP : institut des politiques publiques MARPA : maisons d'accueil rural pour personnes âgées

MCO (séjours) : médecine- chirurgie-obstétrique

OCDE : organisation de coopération et de développement économiques

OMS : organisation mondiale de la santé

PCH : prestation de compensation du handicap

PIB : produit intérieur brut

PHV : personnes handicapées vieillissantes

PRIAC : programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie

RA : résidence autonomie

RH : ressources humaines

RSS : résidence service senior

SAAD : services d'aide et d'accompagnement à domicile

SAD : services autonomie à domicile

SAVS : service d'accompagnement à la vie sociale

SPASAD : services polyvalents d'aide et de soins à domicile

SSIAD : services de soins infirmiers à domicile

USH : union sociale pour l'habitat

USLD : unité de soins de longue durée

USPC : unité de soins prolongés complexes

LETTRE DE MISSION



Paris, le 29 MARS 2023

Le chef de l'Inspection générale des affaires
sociales

à

Julien EMMANUELLI
Bruno VINCENT

Objet : mission portant sur les alternatives aux EHPAD

Depuis plusieurs années, les pouvoirs publics adaptent l'offre de services et d'accompagnement dédiée aux personnes âgées pour répondre au mieux aux parcours de vie de chacun. L'enjeu est de développer une palette de réponses adaptées aux besoins évolutifs des personnes en situation de perte d'autonomie et de prévenir les ruptures de prise en charge.

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) occupent une place majeure dans le dispositif français, près de la moitié des personnes sévèrement dépendantes y résident. Or, l'augmentation prévisible du nombre de personnes âgées dépendantes couplée à une volonté forte de vieillir aussi longtemps que possible dans un chez soi autre que l'EHPAD appelle à examiner en quoi des alternatives à l'EHPAD pourraient demain répondre aux besoins d'une partie des populations aujourd'hui accueillies en EHPAD.

Dans le cadre de son programme d'activité, l'IGAS s'est donnée pour objectif de dresser un état des lieux de la situation et des perspectives de développement à venir des alternatives à l'EHPAD. Elle devra éclairer les dynamiques d'offres et de demandes à l'œuvre en précisant les conditions à réunir pour une prise en charge adaptée en dehors de l'EHPAD des publics qui y sont traditionnellement accueillis (offre sanitaire et médico-sociale de proximité, accessibilité financière des services, rôle des aidants...), sachant que le vieillissement de la population sera dans les années à venir très contrasté d'un territoire à l'autre. La montée en puissance d'habitats intermédiaires entre le domicile ordinaire et l'EHPAD offre des opportunités qu'il faut objectiver et mettre en regard des évolutions possibles du public accueilli en EHPAD dans un environnement redessiné de prise en charge.

La mission recherchera autant que possible les expériences innovantes permettant d'ouvrir des perspectives pour de nouveaux modèles de prise en charge. Elle s'appuiera enfin sur des expériences étrangères d'habitats individuels ou collectifs susceptibles de prendre en charge des personnes modérément ou sévèrement dépendantes ainsi que sur les conditions à réunir pour faire fonctionner les dispositifs.

La remise du rapport est attendue pour la rentrée 2023.

Le Chef de l'Inspection générale
des affaires sociales


Thomas AUDIGE