CONCERTATION
Grand âge et autonomie

© Romain Bourguinon

Dominique Libault
Mars 2019

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

SOMMAIRE

INTRODUCTION

- UNE CONCERTATION NATIONALE DE GRANDE AMPLEUR
- QUI SONT LES PERSONNES ÂGEES EN PERTE D'AUTONOMIE ?
- COMMENT LES DÉPENSES SONT-ELLES PRISES EN CHARGE ?

SYNTHÈSE

PARTIE 1 – CONSTATS ET ENJEUX 21

1 - Une demande forte de transformation en profondeur 22

- une priorité affirmée au maintien à domicile
- une attente forte d'amélioration de la qualité de la prise en charge en établissement
- le besoin d'« être chez soi », quel que soit son lieu de vie
- une demande de simplification du parcours de la personne âgée
- l'attente d'une plus grande égalité de traitement entre les territoires

2 - Un système complexe et peu lisible, en dépit d'un effort public croissant et de nombreuses initiatives innovantes 26

- un effort en hausse constante depuis le début des années 2000
- de nombreuses initiatives témoignant de la capacité d'innovation du secteur
- une offre en établissement comme à domicile, segmentée et fragile sur le plan économique
- des prestations peu lisibles
- des réponses professionnelles trop cloisonnées et peu coordonnées
- un pilotage local particulièrement complexe
- un débat parlementaire peu organisé
- une connaissance statistique et une recherche insuffisamment développées

3 - Un investissement fort et urgent dans l'attractivité des métiers et les compétences 39

- un emploi en croissance forte depuis une décennie
- une pénurie de personnel aggravée par de fortes difficultés de recrutement dans la décennie à venir
- un temps professionnel auprès de la personne âgée insuffisant

- des tensions sur les effectifs aggravées par la dégradation des conditions de travail
- un manque d'attractivité lié aux insuffisances de la formation et des perspectives de carrière

4 - L'attente d'une meilleure prise en compte des ressources dans l'attribution des aides et le choix d'une couverture publique 47

- un reste à charge maîtrisé à domicile mais élevé en établissement
- un attachement à la modulation de l'aide financière selon les revenus
- malgré des disparités, un niveau de vie relatif des plus de 65 ans le plus élevé de l'OCDE
- les français privilégient une couverture publique du risque

5 - Un manque de coordination autour de la personne source de ruptures de parcours, de défaut de prévention et d'isolement 51

- la prévention, enjeu mal reconnu et peu soutenu
- des interventions insuffisamment pensées dans une logique de continuité des parcours
- un appui aux proches aidants insatisfaisant
- des solidarités du quotidien et un cadre de vie ne parvenant pas à rompre l'isolement

PARTIE 2 - LES PROPOSITIONS POUR CHANGER DE MODÈLE 61

1. Un nouveau regard sur le grand âge 62

a. Donner du sens au grand âge en réaffirmant la citoyenneté, la dignité et le droit au libre choix de la personne âgée 62

- Objectif : Sensibiliser pour inclure la personne âgée dans la vie de la cité
- Objectif : Renforcer l'intégration de la politique du grand âge et des politiques du cadre de vie de la personne âgée
- Objectif : Faciliter l'accès des personnes âgées à des solutions innovantes de mobilité, d'adaptation du logement et d'amélioration du quotidien
- Objectif : Affirmer en tout lieu la dignité de la personne âgée en prévenant la maltraitance

b. Aider les proches aidants et lutter contre l'isolement de la personne âgée : pour un modèle d'accompagnement et de soin intégré associant démarches citoyennes et démarches professionnelles pour et avec les personnes 69

- Objectif : Simplifier la vie des proches aidants, faciliter leurs démarches et rendre leurs droits plus effectifs
- Objectif : Améliorer l'accompagnement financier des proches aidants
- Objectif : Mieux concilier le rôle de proche aidant et la vie professionnelle

- Objectif : Innover sur les territoires en faveur des proches aidants
- Objectif : Lutter contre l'isolement de la personne âgée en mobilisant les bénévoles de tous les âges

2. L'autonomie de la personne âgée au cœur de la stratégie 74

a. Garantir le libre choix de la personne âgée en construisant une nouvelle offre d'accompagnement et de soin recentrée sur le domicile 74

- Objectif : Assurer la viabilité, l'attractivité et la qualité de l'accompagnement et des soins à domicile
- Objectif : Développer des modes d'habitats intermédiaires pour les personnes âgées plus autonomes
- Objectif : Décloisonner les structures pour améliorer la qualité de service et réaliser des gains d'efficience
- Objectif : Piloter par la qualité
- Objectif : Rééquilibrer l'offre sur le territoire
- Objectif : Changer le regard sur les structures pour personnes âgées et valoriser les bonnes pratiques
- Objectif : Mettre la personne âgée au cœur de l'accompagnement et partir de ses attentes, dans une logique de « chez soi »

b. Prévenir la perte d'autonomie pour augmenter l'espérance de vie sans incapacité 86

- Objectif : Matérialiser une forte ambition en matière de prévention de la perte d'autonomie en fixant un objectif ambitieux d'augmentation de l'espérance de vie sans incapacité
- Objectif : Proposer une nouvelle offre de prévention et sensibiliser le grand public
- Objectif : Former massivement les intervenants professionnels auprès des personnes âgées aux réflexes de prévention de la perte d'autonomie
- Objectif : Diffuser les démarches de prévention dans l'ensemble des structures de prise en charge de la personne âgée
- Objectif : Renforcer le pilotage et l'évaluation de la politique de prévention de la perte d'autonomie

3. Améliorer les conditions de vie de la personne âgée par la revalorisation des métiers, à travers un plan national pour les métiers du grand âge 93

- Objectif : Accroître le temps de présence humaine en proximité de la personne
- Objectif : Améliorer les conditions de travail des professionnels et la qualité de l'accompagnement des personnes par l'innovation organisationnelle
- Objectif : Avancer vers des hausses de rémunération ciblées pour les métiers du grand âge, en particulier à domicile
- Objectif : Engager une montée en compétence de l'ensemble des professionnels du grand âge dans une perspective d'amélioration de la justesse relationnelle de l'intervention
- Objectif : Ouvrir des perspectives de carrière pour les métiers du grand âge, faciliter les reconversions professionnelles et mobiliser des compétences variées auprès des personnes âgées
- Objectif : Piloter une politique transversale de valorisation des métiers du grand âge

4. Mieux accompagner 105

a. Rénover les prestations pour simplifier la vie des personnes âgées et agir sur l'accessibilité financière, garantie du libre choix 105

- Objectif : Simplifier la vie des personnes âgées et des proches aidants et faciliter leurs démarches
- Objectif : Rénover les prestations à domicile et mieux les articuler avec celles qui relèvent du handicap pour assurer l'effectivité des droits
- Objectif : Matérialiser l'affirmation de la perte d'autonomie des personnes âgées comme risque de protection sociale en simplifiant le pilotage des établissements, en assumant la part du financement national et en socialisant le risque long de perte d'autonomie lourde en établissement
- Objectif : Mieux prendre en compte la capacité des personnes à assumer financièrement leur perte d'autonomie dans un triple objectif d'équité intergénérationnelle, intragénérationnelle et territoriale
- Objectif : Recentrer les dispositifs d'exonération de cotisations sociales ou de crédit d'impôt sur les publics fragiles.

b. Assurer une continuité de prise en charge pour chacun et mettre un terme aux réponses en silos 115

- Objectif : Eviter toute rupture de parcours pour les personnes âgées et engager l'ensemble des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux dans un décloisonnement de leurs interventions
- Objectif : Prévenir les hospitalisations et les passages aux urgences évitables
- Objectif : Organiser le séjour de la personne âgée en établissement de santé de manière à éviter les ruptures de parcours
- Objectif : Promouvoir un établissement de santé bienveillant pour la personne âgée

5. Un risque national à part entière avec un partenariat territorial renouvelé 123

a. Reconnaître la perte d'autonomie comme un risque de protection sociale à part entière 123

b. Améliorer les connaissances statistiques et économiques et soutenir la recherche pour étayer la politique du grand âge 127

- Objectif : Faciliter les remontées d'informations et les traitements statistiques ainsi que l'observation économique pour mieux piloter le risque de protection sociale de perte d'autonomie des personnes âgées
- Objectif : Accélérer et encourager les travaux de recherche liés au vieillissement afin d'éclairer la prise de décision dans le champ du grand âge

c. Accroître l'effort financier en assurant un financement juste de la perte d'autonomie liée a l'âge par la solidarité nationale 130

- Objectif : Affecter des ressources publiques au financement de la perte d'autonomie de la personne âgée, sans hausse de prélèvement obligatoire
- Objectif : En complément du financement public du nouveau risque de protection sociale, favoriser la mobilisation des patrimoines financiers et immobiliers

d. Piloter l'offre sur les territoires, au plus près des personnes, tout en garantissant mieux des réponses homogènes et équitables 136

- Objectif : Repositionner le Conseil départemental en proximité de la personne âgée et renforcer la conduite partenariale de la politique du grand âge au niveau départemental
- Objectif : Simplifier le pilotage de l'offre médico-sociale
- Objectif : Renforcer les compétences de la CNSA, notamment en matière de pilotage financier et de garanties d'équité entre les territoires
- Objectif : Evaluer la réforme, notamment sur les aspects de gouvernance et de pilotage

CONCLUSION 144

LISTE DES PROPOSITIONS 145

ANNEXES 155

1. Lettre de mission de Dominique Libault
2. Les attentes exprimées par les Français
3. Recommandations du Comité scientifique
4. Enjeux financiers relatifs aux propositions
5. Grand âge et plaisir de la table
6. L'organisation de la concertation
7. La concertation dans les territoires : 500 personnes réunies lors des forums régionaux
8. Les personnes âgées et leur prise en charge
9. L'expérience allemande
10. L'expérience suédoise
11. L'intégration du risque de perte d'autonomie des personnes âgées dans les lois de financement de la sécurité sociale
12. Les participants à la concertation

Figurent sur le site du ministère :

https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/personnes-agees/concertation-grand-age-et-autonomie/

- les livrables des 10 ateliers de la concertation nationale et du groupe de travail sur l'interopérabilité des systèmes d'information, des échanges de données et des études statistiques,
- la liste des participants aux 5 forums régionaux.

" Tout en évitant de faire naître, chez les personnes âgées, un sentiment de dépendance, pourra-t-on respecter le besoin qu'ils éprouvent de conserver leur place dans une société normale, d'être mêlés constamment à des adultes et à des enfants "

Pierre Laroque
1962

INTRODUCTION

Nous vieillissons, la France vieillit. Pour paraphraser La Fontaine, il n'est rien de moins ignoré, rien où l'on soit moins préparé.

Maints rapports ont dénoncé le fait que notre société « performative » tend à rendre invisibles les personnes du très grand âge, que ce soit dans les représentations (publicité, médias) ou dans l'organisation de la société (isolement chez soi ou entre elles dans les établissements spécialisés).

Ce manque de visibilité et d'organisation de la représentation, conjugué aux difficultés des finances publiques, et notamment des finances sociales, dans les dernières décennies, peut expliquer sans l'excuser le retard pris par notre pays, en dépit de plans successifs, pour reconstruire une politique de la longévité, notamment en prévision de l'accroissement à venir très significatif du nombre des personnes âgées dans notre société.

La concertation s'est traduite par des contributions très riches et convergentes de la part de tous les acteurs. Ce rapport en est la traduction la plus fidèle possible et je remercie tous les acteurs. Je remercie vivement l'équipe qui m'a accompagné pour la construction de cette concertation et la rédaction de ce rapport*.

Un nouveau regard sur le grand âge est indispensable : inclusion et autonomie doivent être les maîtres mots. Aider nos parents à vivre debout, avec les autres, dans la dignité, ne doit pas être une préoccupation marginale mais être au cœur de notre pacte social car elle engage, non seulement le bien-être des personnes qui nous sont chères, mais la vision que nous avons de notre société, de l'égalité femme/homme, de notre vivre ensemble, de notre vie individuelle et collective.

Cela peut s'appuyer sur de multiples initiatives foisonnantes, et l'attention même portée aux intolérables situations de maltraitance prouve tout à la fois l'importance du chemin à parcourir pour atteindre les objectifs du « bien-être du grand âge pour tous » et la prise de conscience de la très grande majorité de nos concitoyens, pour beaucoup confrontés à ce sujet avec leurs proches, de la nécessité d'agir et de transformer notre façon de faire.

Transformation des liens intergénérationnels, transformation de l'offre qui ne peut se réduire à l'isolement chez soi ou en établissement, transformation du système d'aides pour que l'allongement de la vie de ses proches ne se traduise pas en dilemme financier pour les ménages modestes, transformation de la prise en charge pour assurer des parcours de soins et de santé sans rupture, transformation de la politique de prévention qui doit commencer très tôt et se poursuivre le plus longtemps possible pour maintenir aux mieux les fonctions de la personne.

Ceci ne pourra être réalisé qu'en mettant la valorisation des métiers comme axe prioritaire de la stratégie nationale du grand âge. Rien ne sera possible sans que notre société reconnaisse mieux celles (la très grande majorité) et ceux dont l'activité professionnelle est d'accompagner et de prendre soin des personnes en perte d'autonomie.

Ceci suppose un investissement financier et de pilotage de politique publique en profondeur et dans la durée, dont je mesure pleinement la difficulté dans le cadre des finances publiques actuelles de la France.

Toutefois, nous n'avons pas le temps d'attendre, c'est un luxe qui ne nous est pas donné, et il faut remettre les montants nécessaires au regard de l'ensemble des masses financières de la protection sociale dont la perte d'autonomie doit être reconnue comme un risque à part entière. Redéployer des moyens au profit d'une meilleure prise en charge du grand âge peut être compris par nos concitoyens. Enfin, il convient de ne pas regarder cette stratégie comme exclusivement un coût dans la durée : une meilleure organisation des parcours évitant les hospitalisations inutiles, une stratégie vigoureuse de prévention en améliorant l'espérance de vie en bonne santé limite les coûts liés à la prise en charge et à la détérioration de l'autonomie. Enfin une autre présence du grand âge dans notre société enrichit la vie de chacun.

Dominique LIBAULT

* Jérémy Fournel, Catherine Francineau-Voisin, Steven Quentin, Jean-Louis Rey, André Ricard, Dorian Roucher et Elisabeth Sawicki.

UNE CONCERTATION NATIONALE DE GRANDE AMPLEUR

Le présent rapport est l'issue d'une intense concertation tenue entre octobre 2018 et janvier 2019. Les constats et propositions qui suivent sont pour l'essentiel ceux des acteurs de la concertation au niveau national, local et citoyen.

La concertation a permis de mettre en évidence une très forte convergence des attentes et des objectifs d'une nouvelle politique du grand âge, que ce rapport s'efforce de synthétiser. Les livrables des ateliers sont consultables sur le site internet du ministère des solidarités et de la santé.

La concertation grand âge et autonomie s'est articulée autour de plusieurs dispositifs pour associer le plus grand nombre de Français et de parties prenantes.

1er octobre 2018 : lancement de la concertation

2019 : remise du rapport au gouvernement

Octobre | Novembre | Décembre | Janvier | Février | Mars

CONSEIL D'ORIENTATION

COMITÉ SCIENTIFIQUE

10 ateliers thématiques réunissant 230 personnes

RENCONTRES BILATÉRALES
(plus de 200 interlocuteurs)

Consultation citoyenne
« Comment mieux prendre soin de nos aînés » :
414 000 participants, 18 000 propositions
et 1,7 million de votes

Forums régionaux d'expression et d'analyse :
plus de 500 acteurs locaux mobilisés
Faire remonter les besoins,
les idées et bonnes pratiques

Entretiens et groupes d'expression : 140 participants
Donner la parole aux personnes âgées, aidants et professionnels.

Une consultation citoyenne sans précédent avec 414 000 participants et 1,7 million de votes

D'octobre à décembre 2018, la consultation citoyenne organisée sur le site make.org a réuni 414 000 participants. Au total, les 18 000 propositions postées par les Français ont fait l'objet de 1,7 million de votes (cf. annexe). Plusieurs dizaines de personnes ont également transmis leur contribution directement à la Mission grand âge et autonomie via l'adresse grand-age-et-autonomie@sante.gouv.fr.

Personnes âgées, aidants et professionnels : 11 focus groupes et 46 entretiens en face-à-face

Pour donner la parole aux personnes âgées, aux aidants proches et aux professionnels, un dispositif d'écoute qualitatif spécifique a été mis en place entre novembre 2018 et janvier 2019. Au total, 140 personnes ont participé à 11 groupes d'expression et 46 entretiens individuels d'écoute qualitative (cf. annexe).

Cinq forums régionaux réunissant plus de 500 personnes en métropole et dans les DOM

Plus de 500 personnes ont participé aux cinq forums régionaux organisés entre novembre 2018 et janvier 2019 en Hauts-de-France, Martinique, Normandie, Nouvelle-Aquitaine et Provence Alpes-Côte d'Azur. (cf. annexe)

Plus de 500 personnes mobilisées pour formuler analyses et propositions

D'octobre 2018 à février 2019, l'ensemble des acteurs du grand âge se sont mobilisés au travers de (cf. annexe) :

- Un conseil d'orientation
- Un comité scientifique
- 10 ateliers thématiques
- Près de 100 rencontres bilatérales

La mission s'est également rendue en Allemagne (Berlin) les 12-13 décembre 2018 (cf. annexe) et en Suède (Stockholm) les 22-23 janvier 2019 (cf. annexe).

QUI SONT LES PERSONNES ÂGÉES EN PERTE D'AUTONOMIE ?

La DREES estime qu'en 2015 environ 1 459 000 personnes de plus de 60 ans vivant à domicile étaient en perte d'autonomie. Il convient d'y ajouter 584 000 personnes vivant en établissement, soit un peu **plus de 2 millions**.

En retenant uniquement une définition administrative, en 2015, **1 265 000 personnes de plus de 60 ans étaient bénéficiaires de l'APA** et 74000 environ de la prestation de compensation du handicap (PCH) ou de l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP).

L'écart entre les deux données peut provenir, soit d'un non-recours aux prestations, soit d'écart de mesures ou d'appréciation. Entre 9 % et 14 % des plus de 60 ans peuvent, selon cette définition, être considérés en perte d'autonomie.

La prévalence de la dépendance est très fortement croissante avec l'âge :

Taux de prévalence de la dépendance (GIR 1-4) à domicile en %		
Âge	**Hommes**	**Femmes**
65-74	1,3 %	1,6 %
75-84	4,6 %	6,0 %
85 ans en plus	16,7 %	20,1 %

Source : Insee, France, portrait social, Édition 2018 à partir de l'Enquête Care 2015

Les taux de prévalence par âge ont fortement reculé entre 2008 et 2015 : pour les plus de 75 ans, les taux de prévalence des personnes vivant à domicile ont baissé de 2 points pour les femmes et de 3 points pour les hommes.

La projection de la DREES à l'horizon 2030 se fait sur le nombre de personnes bénéficiaires de l'APA et dépend de deux éléments : la projection démographique et les hypothèses de taux de prévalence de la dépendance par âge.

Le nombre de personnes âgées dépendantes augmenterait d'environ 200 000 personnes (+15 %) entre 2015 et 2030 selon le scénario bas, de 320 000 (+25 %) selon le scénario intermédiaire et de 410 000 (+33 %) selon le scénario haut.

La divergence de la projection augmente fortement selon l'horizon de la projection : la hausse entre 2015 et 2050 serait de 620 000 (+49 %) dans le scénario bas et de 1 260 000 (+100 %) dans le scénario haut. Les progrès de la médecine ou l'efficacité des actions de prévention sont ainsi susceptibles de faire varier très sensiblement le nombre de personnes à accompagner dans la perte d'autonomie dans les années à venir.

La concertation a retenu le scénario intermédiaire comme scénario central : **le nombre de personnes âgées en perte d'autonomie** (au sens de bénéficiaires de l'APA) **passerait ainsi de 1 265 000 personnes en 2015 à 1 582 000 en 2030 et 2 235 000 en 2050**. La hausse serait de l'ordre de plus 20 000 personnes par an jusqu'en 2030, mais accélérerait franchement à près de 40 000 personnes par an entre 2030 et 2040, du fait de l'arrivée en âge avancé des premières générations du baby-boom.

Pour plus de détails voir annexe

COMMENT LES DÉPENSES SONT-ELLES PRISES EN CHARGE ?

Selon le compte de la dépendance de la DREES, les dépenses liées à la perte d'autonomie des personnes âgées, évaluées en approche « surcoût », représentaient **1,4 % du PIB soit 30 Md€ en 2014**, dont 23,7 Md€ de dépenses publiques (79 %) et 6,3 Md€ de dépenses à la charge des ménages. Elles ne prennent pas en compte le travail informel des 3,9 millions de proches aidants auprès des personnes âgées, dont la valorisation atteindrait 7 à 18 Md€.

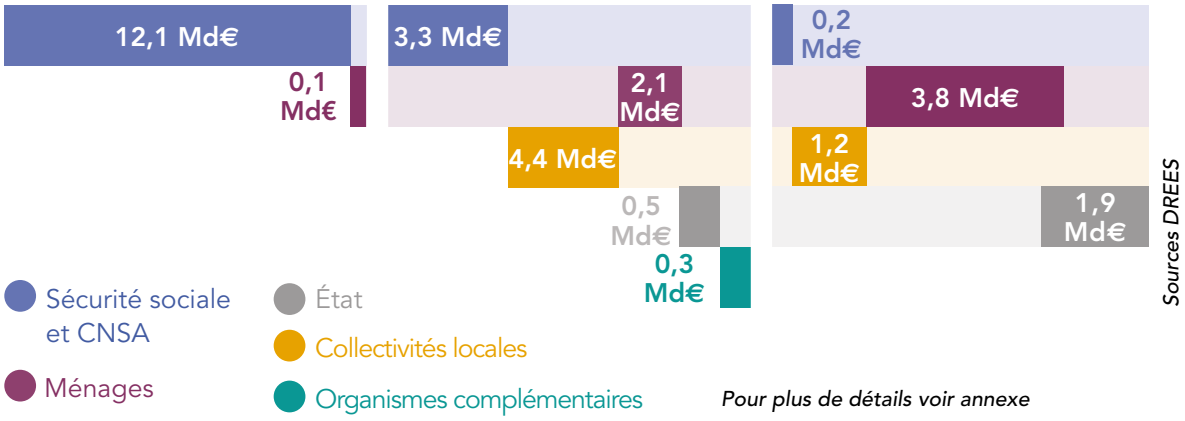
Les principales dépenses d'accompagnement de la perte d'autonomie des personnes âgées sont : **les dépenses de soins** pour environ 12,2 Md€ financées à 99 % par la dépense publique via l'assurance maladie, leur prise en charge est ainsi universelle ; **les dépenses dites de « dépendance »** (aides humaines, techniques et d'aménagement du logement pour compenser la perte d'autonomie) pour 10,7 Md€, et **les dépenses d'hébergement** en établissement, soit 7,1 Md€ (auxquelles peuvent être ajoutées 4,4 Md€ de dépenses dites de gîte et de couvert).

QUEL EFFORT ? POUR QUELLE DÉPENSE ?

30 MILLIARDS (EN 2014) - 1,4 % DU PIB

Santé (12,2 Md€)	« Dépendance » (10,7 Md€)	Hébergement (7,1 Md€)
Actes infirmiers de « nursing », actes de kinésithérapie, matériels spécialisés et transports sanitaires, OGD personnes âgées et USLD	APA, crédit d'impôt, exonérations de charges sociales, ACTP-PCH, action sociale des caisses / collectivités, etc.	ASH, AL, réduction d'impôt pour frais d'hébergement, plan d'investissement, TVA construction, coût net de l'hébergement hors gîte et couvert, etc.

QUI FINANCE ?



Sources DREES

Pour plus de détails voir annexe

SYNTHÈSE DU RAPPORT

Le présent rapport est le fruit d'une large concertation. Pendant quatre mois, personnes âgées, proche-aidants, professionnels, citoyens de tous âges, collectivités locales, organismes de protection sociale, partenaires sociaux, administrations, parlementaires, opérateurs publics, à Paris et en région se sont mobilisés. Ils ont exprimé leurs attentes et formulé leurs propositions pour améliorer la réponse de la nation à la perte d'autonomie de la personne âgée. Cette concertation débouche, à travers le présent rapport, sur des orientations et pistes d'action pour une réforme ambitieuse de la prise en charge des personnes fragilisées par l'avancée en âge.

De manière générale, la concertation révèle de fortes attentes. Attente d'un discours fort sur la citoyenneté pleine et entière de la personne âgée, sur sa dignité et son droit à de bonnes conditions de vie. Attente de mesures immédiates de rupture permettant de marquer un changement de modèle. Attente de mesures de long terme permettant de crédibiliser une réorientation de la politique du grand âge. Ces attentes se cristallisent sur des mesures de plusieurs ordres : des mesures symboliques de reconnaissance, des mesures facilitatrices du quotidien, des mesures d'amélioration de la qualité de la prise en charge sanitaire et médico-sociale, des mesures de dimension plus politique et sociétale. Il est donc nécessaire que la représentation nationale puisse se saisir rapidement de ce sujet dans le cadre d'une loi.

* *
*

La France vieillit mais le défi de l'avancée en âge est encore devant nous : la part des 75 ans ou plus est passé de 6,6 % en 1990 à 9,1 % en 2015 soit une hausse de 2,5 points en 25 ans. En 2040, 14,6 % des Français auront 75 ans ou plus soit une hausse de 5,5 points en 25 ans. La hausse de l'espérance de vie et l'arrivée à un âge avancé des premières générations du baby boom posent avec encore plus d'acuité la question de la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie.

Car si l'espérance de vie des Français est parmi les plus élevées d'Europe, ce n'est pas le cas de l'espérance de vie en bonne santé : à 65 ans, une femme française peut espérer vivre encore près de 23,7 ans mais 10,6 en bonne santé contre 16,6 en Suède et 12,4 en Allemagne ou 11,9 au Danemark. Nul ne peut se sentir immunisé face à la perte d'autonomie lié à l'âge : sur 10 personnes qui décèdent en France, 4 ont connu la perte d'autonomie dont 2 de façon sévère et 3 ont vécu leurs derniers jours en établissement. **La perte d'autonomie est donc incontestablement un risque social. Le couvrir fait écho à la philosophie de notre système de protection sociale : donner aujourd'hui et recevoir lorsque le risque survient.**

Du fait de la démographie, le nombre de personnes âgées en perte d'autonomie va inéluctablement s'accroître même si les progrès de la médecine, les efforts de prévention et l'amélioration des conditions de vie peuvent contribuer à faire diminuer les taux de prévalence. La France devrait compter environ 20 000 personnes âgées en perte d'autonomie de plus chaque année d'ici 2030. Entre 2030 et 2040, le rythme s'accélèrerait avec une hausse annuelle moyenne de l'ordre de 40 000.

La France fait donc face à une double exigence : affronter la réalité démographique de la hausse du nombre de personnes âgées dépendantes, qui outre un effort financier nécessite de faire évoluer le regard sur le grand âge, mais également faire évoluer l'offre proposée, le modèle actuel semblant à bout de souffle.

Depuis 10 ans, le nombre d'Ehpad a fortement augmenté : en 2017 la France compte près de 590 000 lits contre 500 000 en 2009. Le nombre de personnels s'y est accru avec un taux d'encadrement qui est passé entre 2007 et en 2015 de 57 à 63 équivalents temps plein (ETP) pour 100 résidents. Mais cette hausse quantitative incontestable ne semble pas suffisante pour répondre à l'enjeu, en particulier parce que les résidents sont de moins en moins autonomes. Le modèle de l'Ehpad est contesté : les Français se prononcent très majoritairement en faveur du domicile alors que la France rencontre un taux parmi les plus élevés d'Europe et près de deux fois plus fort qu'en Suède ou au Danemark. Ainsi 21% des personnes de plus de 85 ans vivent en institution en France.

Les restes à charge sont élevés en établissement, autour de 1 800 € par mois en moyenne, mais la question est moins le coût global que la capacité des ménages à y faire face. D'une part, le niveau de vie relatif moyen des plus de 65 ans en France est le plus élevé de l'OCDE. D'autre part, du fait de leur patrimoine, environ 3 sur 4 ont les moyens de faire face à ce coût pour une durée d'au moins 6 ans. Le système de prise en charge financière est toutefois injuste, les personnes gagnant entre 1000 et 1600 € par mois étant les moins subventionnées alors même que leurs ressources sont réduites. Concernant l'aide à domicile, le secteur souffre avant tout d'un problème d'offre. La demande est largement solvabilisée (à 90 %) du fait des réformes récentes. En revanche, le mode de tarification des services, à l'heure actuelle, ne permet pas de financer les indispensables temps de coordination et de formation. Les difficultés de recrutement sont considérables, les conditions de travail difficiles, l'absentéisme très élevé et les accidents du travail records. L'urgence est d'investir dans la qualité de service qui ne peut passer que par une amélioration des conditions de travail.

Au total, la concertation a estimé qu'environ 830 000 ETP travaillaient dans le champ de la perte d'autonomie du grand âge. Du fait de la démographie, ce nombre devrait augmenter d'environ 20 % d'ici 2030, en l'état actuel de l'offre. Si on y ajoute les mesures ici proposées, la hausse atteindrait près de 30 %. Il faut nous y préparer.

Des efforts importants ont déjà été faits. En 2014, les dépenses publiques en faveur du grand âge représentaient 23,7 Mds € soit 1,1 % de la richesse nationale. Grâce aux réformes récentes, cette part aurait grimpé à 1,2 % en 2018 selon les travaux de la concertation. Même si les restes à charge demeurent élevés en établissement ils ne doivent pas masquer la réalité : 80 % de la dépense relative au grand âge est d'ores et déjà prise en charge par la solidarité nationale. **Pour autant, les Français aspirent à un effort plus marqué : une exigence quantitative de voir plus de personnel auprès de leurs aînés et une exigence qualitative pour que leurs derniers jours soient sereins et heureux.**

* *
*

Ces constats, corroborés par de nombreux rapports récents, appellent une réforme d'ampleur.

La première nécessité pour demain est d'assurer auprès des personnes fragilisées par le grand âge la présence suffisante de professionnels qualifiés, fiers de leurs métiers, dans une relation d'accompagnement non seulement technique mais aussi humaine. Or, à domicile comme en établissement, les directeurs de structures peinent à recruter et à fidéliser leur personnel. Face à la hausse attendue du nombre de personnes âgées en perte d'autonomie dans les prochaines années, la pénurie de personnel constitue un risque crédible. Il est donc urgent de restaurer l'attractivité des métiers du grand âge, en donnant une priorité à l'amélioration des conditions d'exercice : les effectifs doivent augmenter pour accroître le temps de présence en proximité de la personne ; l'organisation des services à domicile et des établissements

doit évoluer pour favoriser les temps collectifs et mieux valoriser les savoirs professionnels ; la prévention des accidents du travail doit être renforcée ; les formations et les compétences doivent évoluer pour mieux préparer les professionnels aux attentes nouvelles ; des perspectives de carrière doivent être ouvertes. La mobilisation pour la revalorisation des métiers du grand âge est la première étape, indispensable, d'une amélioration du service rendu aux personnes âgées et de la généralisation d'un accompagnement bientraitant.

Le deuxième impératif est la simplification du système d'accompagnement et de soin de la personne âgée. L'accompagnement d'une personne âgée en perte d'autonomie s'apparente trop souvent à un parcours du combattant. En outre, le système actuel génère trop souvent de dramatiques ruptures de prise en charge entre le domicile, l'établissement, l'hôpital. Pour éviter ces ruptures, pour simplifier les démarches, il convient de mettre un terme à des interventions en silos. L'accompagnement de la personne âgée en perte d'autonomie se caractérise par le nombre et la variété des intervenants (aide à domicile, aide-soignant, infirmier, médecin, travailleur social, kinésithérapeute, etc.). La coordination des acteurs sociaux, sanitaires et médico-sociaux autour de la personne est indispensable à la fluidité des parcours et à la simplification des démarches. La prise en charge de la personne âgée doit donc être repensée à travers le nouveau paradigme du parcours. Une autre spécificité de la personne âgée en perte d'autonomie réside dans le fait qu'elle souffre souvent de plusieurs pathologies : l'adaptation des acteurs sanitaires (hôpital, médecine de ville) à ce besoin de prise en charge globale est également un enjeu majeur.

Il faut ensuite engager un changement profond du modèle d'accompagnement. Le défi consiste à concrétiser un principe simple : la personne âgée doit se sentir « chez soi », quel que soit son lieu de vie. Cela suppose d'affirmer résolument la nécessité de privilégier la vie au domicile de la personne, le plus longtemps possible, et donc de diminuer la part de la population âgée en perte d'autonomie résidant en établissement. Cette priorité accordée au domicile exige de répondre à la fragilité économique des services d'aide et d'accompagnement à domicile. Ce nouveau modèle suppose également, car la vie à domicile présente également des risques, en particulier des risques d'isolement, de sortir d'un choix binaire entre l'Ehpad et le domicile, en développant des formes alternatives et accessibles de prise en charge : résidences autonomie, accueil familial, accueil temporaire, accueil de jour, habitat intergénérationnel et inclusif notamment. Cela suppose enfin de repenser l'Ehpad. Si l'Ehpad peut souvent faire figure aujourd'hui de repoussoir, des expériences innovantes et encourageantes montrent que la vie en établissement peut être heureuse. L'image écornée de l'Ehpad ne reflète que partiellement la réalité des pratiques d'accompagnement des personnes en établissement. Il faut pouvoir se sentir « chez soi » en Ehpad. Il faut également que les établissements pour personnes âgées s'ouvrent vers l'extérieur, offrent des services à la population de leur bassin de vie, s'intègrent mieux aux structures d'accompagnement et de soin à domicile. Ce changement de modèle repose sur un pilotage renforcé de la qualité de service et sur une plus forte diffusion des bonnes pratiques qui existent aujourd'hui, à domicile et en établissement.

La prise en charge financière de la perte d'autonomie de la personne âgée, doit être réalisée par des prestations plus lisibles pour les bénéficiaires, plus justes, et permettant une réduction significative du coût du séjour en établissement pour les personnes les plus modestes. Les prestations sont aujourd'hui complexes, peu lisibles. Si le reste à charge est maîtrisé à domicile, on l'a vu il reste important en établissement. L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile doit être rénovée pour assurer l'effectivité des droits, faciliter l'accès à des solutions de répit pour les proches aidants et à des aides techniques pour mettre l'innovation technologique au service de la personne âgée. Les prestations doivent être plus homogènes au niveau national, afin de réduire les hétérogénéités sur le territoire, qu'il est trop souvent difficile de justifier. Cette plus grande égalité de traitement participe de l'affirmation de la perte d'autonomie comme un risque social à part entière, qui justifie aussi une intervention plus forte de la solidarité nationale. Cette socialisation du risque doit se traduire par une intervention financière plus importante de l'assurance maladie dans le financement des

établissements et dans la prise en charge de la perte d'autonomie lourde de longue durée. Enfin, les capacités contributives des personnes doivent être mieux prises en compte. La réduction du reste à charge en établissement est justifiée pour les plus modestes. Si l'amélioration de la qualité de l'offre est prioritaire, le présent rapport propose également des mesures très significatives et ciblées de diminution du coût de la prise en charge en établissement.

La France n'investit pas suffisamment dans la prévention de la perte d'autonomie. Les travaux de recherche, validés en 2018 par l'Organisation mondiale de la santé, ont démontré que la perte d'autonomie n'était pas une fatalité. Or la prévention de la perte d'autonomie occupe une place sinon marginale du moins mal identifiée et en tout état de cause peu lisible dans les politiques du grand âge. Un objectif ambitieux d'augmentation de l'espérance de vie en bonne santé doit permettre une mobilisation forte de tous les acteurs, au niveau national et sur les territoires, pour sensibiliser, mieux détecter les fragilités des personnes de façon précoce, diffuser les réflexes de prévention et former les professionnels aux bonnes pratiques préventives.

Plus largement, la personne âgée doit rester citoyenne à part entière : son cadre de vie doit être adapté à ses fragilités, et les solidarités de proximité, à commencer par la présence des proches aidants, doivent être soutenues pour prévenir le fléau de l'isolement. 3,9 millions de proches aidants demandent à être mieux reconnus, à accéder à des solutions de répit, à voir leurs démarches simplifiées et à pouvoir mieux articuler leur vie professionnelle et leur rôle d'aidant, y compris à travers un accompagnement financier. Le maintien des liens de la personne âgée avec son environnement social engage cependant les solidarités de proximité au-delà de la sphère des proches aidants. La présence de bénévoles, la préservation de liens intergénérationnels, l'organisation de services de proximité en matière de mobilité, d'adaptation des logements, d'aménagement, d'urbanisme, de numérique, participent à l'inclusion de la personne âgée dans la société. La construction d'une société inclusive pour les publics en perte d'autonomie, personnes âgées comme personnes en situation de handicap, doit franchir une nouvelle étape pour affirmer, partout, la citoyenneté et la dignité de la personne âgée.

* *
*

La mise en œuvre concrète de ces orientations est un défi qui doit mobiliser largement. Le présent rapport présente ainsi 175 propositions pour une réforme ambitieuse de la politique du grand âge, intégrant l'ensemble de ces enjeux. Si ces 175 mesures participent toutes d'un objectif de changement de la façon de vivre son grand âge, certaines propositions structurantes doivent être mises en exergue.

La simplification des démarches des personnes âgées et des proches aidants repose sur la mise en place de points d'entrée clairement identifiés pour l'ensemble des prises en charge. **Il est donc proposé de créer un réseau de Maisons des aînés et des aidants sur l'ensemble du territoire national.** Ce guichet unique de la personne âgée et du proche aidant constituerait le lieu d'information, d'orientation, d'accompagnement dans les démarches et d'explicitation des droits. Il aurait également pour mission d'amorcer la coordination des interventions sociales, médico-sociales, sanitaires, autour de la personne âgée et de ses aidants, en particulier pour les accompagnements les plus complexes. Les Maisons des aînés et des aidants se substitueraient aux dispositifs d'accueil existants, nombreux, hétérogènes et trop souvent mal identifiés. Elles articuleraient des accueils physiques de proximité, un accueil en ligne et un accueil téléphonique.

Un plan national pour les métiers du grand âge doit être lancé pour articuler les nombreux chantiers indispensables à l'attractivité des métiers et à la montée en compétences de l'ensemble des professionnels. Ce plan serait la première étape d'une dynamique nationale pour les métiers du grand âge et engagerait notamment une refonte des référentiels de compétence, le développement de l'apprentissage dans le secteur, un travail de rapprochement des conventions collectives du secteur, une mobilisation pour la prévention des risques

professionnels, un chantier d'ouverture de perspectives de carrière pour les professionnels de proximité (aides à domicile et aides-soignants en particulier).

L'amélioration de l'accompagnement et de la qualité du service suppose d'augmenter le temps de présence humaine en proximité de la personne âgée. **Il est donc proposé de financer une hausse des effectifs en établissement, à travers une augmentation de 25 % du taux d'encadrement en Ehpad d'ici 2024 pour les personnels auprès des résidents,** mesure portée à 80% par un financement de l'assurance maladie. Cet accroissement représente une hausse de 13 équivalents temps plein pour 100 résidents par rapport à la situation de 2015. **à domicile, un effort financier de 550 millions d'euros d'ici 2024 en faveur des services d'aide et d'accompagnement à domicile est proposé.** L'objectif est clairement d'améliorer la qualité de l'accompagnement à domicile. Cet effort serait conjugué à une réforme de leurs modalités de tarification. Elle permettrait d'une part d'assurer une plus grande homogénéité entre les départements, d'autre part de contractualiser le financement d'actions de prévention, de formation, ou l'organisation de temps collectifs. Cet effort financier doit permettre une revalorisation salariale pour les métiers du domicile.

Afin de fluidifier les parcours des personnes âgées et d'éviter les ruptures de prise en charge, **il est proposé de définir par voie législative un droit commun au parcours de santé et d'autonomie pour les personnes âgées,** appelant la création de réponses plus globales et coordonnées entre les différents secteurs, gages d'une meilleure pertinence et efficience du système. A l'hôpital en particulier, **il est proposé de tendre vers le « zéro passage aux urgences évitable » des personnes âgées,** notamment en organisant dans les établissements de santé une filière d'admissions directes des personnes âgées polypathologiques dans les services hospitaliers.

Concernant l'offre médico-sociale, le changement de modèle passe par **la création d'un fonds d'accompagnement à la restructuration de l'offre doté de 150 millions d'euros par an** permettant notamment de développer les accueils temporaires et les accueils de jour, en particulier itinérants, et d'ouvrir les établissements sur leur territoire de proximité. **Il est également proposé de créer un « fonds qualité » doté de 150 millions d'euros par an** pour financer les actions relatives à la qualité de vie au travail, à la prévention ou à la formation préalable à l'obtention de labels. **Un plan de rénovation des établissements de 3 milliards d'euros sur dix ans devra par ailleurs être lancé,** en particulier pour les établissements publics. Ce plan intègrera des exigences accrues en termes de qualité architecturale et valorisera la réalisation de petites unités de vie (15-20 personnes) au sein des établissements. Enfin, **un nouveau statut serait créé pour des établissements territoriaux pour personnes âgées.** Ils recevraient une autorisation et un financement global pour délivrer une palette de services et constituer ainsi des centres de ressources du grand âge, ouverts sur leur territoire. La transformation de l'établissement engagée à travers ses mesures doit enfin se traduire par **un changement de nom des Ehpad, qu'il est proposé de rebaptiser « Maisons du grand âge » ou « Maisons médicalisées des séniors ».**

La refonte des prestations passe notamment par **la proposition de créer une nouvelle « prestation autonomie », qui remplacerait l'APA à domicile.** Cette nouvelle prestation serait organisée en trois volets (aides humaines, aides techniques, répit et accueil temporaire) afin de faciliter l'accès aux solutions de répit ou d'accueil temporaire et aux aides techniques. En établissement, une simplification majeure serait engagée avec **la fusion des sections tarifaires « soins » et « dépendance » en Ehpad.** Cette réforme permettrait de positionner un financeur unique pour l'ensemble des prestations de soin et d'hygiène, ce qui faciliterait le pilotage des démarches qualité et de la transformation du modèle de l'établissement. Enfin, **une baisse sensible du reste à charge en établissement est proposée. Elle concernera les personnes dont les revenus courants se situent entre 1000 et 1600 € par mois** avec la création d'une nouvelle allocation qui permettrait de baisser leur reste à charge de 300€.

Un « bouclier autonomie » serait par ailleurs mis en place, et annulerait le reste à charge au-delà de 4 années pour tous les résidents en situation de perte d'autonomie lourde.

En matière de prévention de la perte d'autonomie, il est notamment proposé de **s'appuyer sur les standards reconnus par l'Organisation mondiale de la santé pour déployer sur tout le territoire une approche renouvelée et systémique de la prévention de la perte d'autonomie.** Cela suppose de développer des actions de prévention ciblées entre 50 et 75 ans pour maintenir le plus longtemps possible les capacités essentielles attachées à l'autonomie, et dès 75 ans pour suivre ces fonctions et alerter en cas de risque de perte fonctionnelle. Cette démarche suppose la mise en place d'actions de sensibilisation, de rendez-vous de prévention et le déploiement d'actions de formation pour l'ensemble des professionnels du grand âge.

Outre la mise en place des Maisons des aînés et des aidants et la facilitation de l'accès aux solutions de répit dans le cadre de la nouvelle « prestation autonomie », le soutien aux proches aidants passe par **l'indemnisation du congé de proche aidant,** sous forme d'allocation journalière versée au salarié proche aidant. Un meilleur repérage des aidants à travers le dossier médical partagé doit par ailleurs permettre de cibler des actions de prévention en direction de ce public, particulièrement fragile.

* *
*

Les propositions du rapport participent pleinement à la reconnaissance de la perte d'autonomie de la personne âgée comme un risque de protection sociale à part entière.
Cette reconnaissance est aujourd'hui fondamentale, non seulement sur un plan symbolique, mais également dans la perspective d'un pilotage financier renforcé et d'un débat démocratique approfondi. **Il est ainsi proposé d'intégrer le risque de perte d'autonomie dans le champ des lois de financement de la sécurité sociale.** Cette reconnaissance doit permettre de mieux identifier le risque de perte d'autonomie et les arbitrages éventuels au sein de la protection sociale, en tenant compte de l'évolution des différents risques.

Cette ambition présente un coût. Mais elle constitue également un investissement, notamment par une prévention plus active, une coordination des acteurs plus forte limitant les hospitalisations évitables, la mise en emploi de personnes en parcours d'insertion ou de demandeurs d'emploi. Les propositions présentées ici conduiraient les dépenses publiques autour de 1,6 % du PIB en 2030 soit près de 35 % de plus qu'en 2018. Environ 45 % de cette hausse proviendrait du seul effet de l'évolution démographique, les 55 % restants finançant les mesures proposées pour l'amélioration de la qualité de l'offre ou pour la baisse du reste à charge en établissement. Le financement public de la perte d'autonomie liée à l'âge est privilégié, la mise en place d'une assurance privée complémentaire obligatoire n'étant pas retenue. **La concertation a examiné des projets de recettes en privilégiant celles qui excluaient des hausses de prélèvements obligatoires. Ils se déclinent en deux temps :**

- **En 2024,** date d'extinction de la dette sociale aujourd'hui amortie par la Caisse d'amortissement de la dette sociale, financée actuellement par la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS), un nouveau prélèvement social pérenne serait mis en place, sur l'assiette de la CRDS, et serait en partie affecté au financement de la perte d'autonomie.
- **Avant 2024,** les dépenses seraient financées en recourant à l'affectation d'éventuels excédents du régime général obtenus grâce à une gestion rigoureuse des dépenses de sécurité sociale, à une priorisation des dépenses relatives aux personnes âgées dans l'arbitrage de l'évolution des dépenses sociales, et à un décaissement du Fonds de réserve des retraites.

Il doit être également noté que les dépenses que financerait une nouvelle contribution sociale se substituant à la CRDS constitueraient de nouvelles dépenses publiques, ce qui est neutre en termes de solde public par rapport à l'hypothèse d'extinction de la CRDS, mais augmenterait

le déficit public au sens des engagements européens de la France par rapport à la situation actuelle. Il en va de même pour les dépenses financées par un décaissement du Fonds de réserves des retraites.

La trajectoire ici dessinée devra être cohérente avec l'équilibre global des comptes publics, dont les enjeux débordent du cadre fixé à la concertation. Avant comme après 2024, pour assurer la neutralité de la réforme sur le solde public, il convient d'assumer une stratégie de priorisation des dépenses liées à la perte d'autonomie par rapport aux autres dépenses sociales (retraite et santé notamment). Cette solution affirmerait clairement un arbitrage politique en faveur du grand âge compatible avec les engagements macroéconomiques globaux de la France.

En parallèle, **la mobilisation des patrimoines doit être facilitée pour le financement de la perte d'autonomie,** à travers le développement d'instruments spécifiques, en particulier les sorties en rentes viagères des produits d'épargne, les solutions modernisées et mutualisées de viager, et le prêt viager hypothécaire adapté aux situations de perte d'autonomie.

La réforme proposée doit enfin reposer sur une gouvernance clarifiée, dans le sens d'un plus grand partenariat, d'une clarification des responsabilités de chaque acteur, d'une simplification du pilotage et d'une réduction des hétérogénéités de traitement. Le pilotage de la politique du grand âge doit répondre aux besoins de la personne, et non à des logiques institutionnelles. Ce rapport propose ainsi **deux scenarii pour un pilotage plus unifié de l'offre médico-sociale** au niveau local. Il propose également de **confier au département l'animation territoriale de l'adaptation du cadre de vie de la personne âgée en perte d'autonomie,** dans le respect des compétences des communes et des intercommunalités. Enfin, au niveau national, la CNSA doit voir renforcées ses missions de garante de l'équité territoriale, de repérage et de diffusion de bonnes pratiques, et de pilotage financier.

Les pouvoirs publics ont souhaité organiser une concertation centrée sur la perte d'autonomie de la personne âgée. Cette demande a de facto conduit à ne pas approfondir l'articulation du système de prise en charge des personnes âgées avec le système consacré aux personnes en situation de handicap. Ce sujet ne pouvait cependant pas être ignoré. Ainsi, de nombreuses mesures proposées dans ce rapport vont dans le sens d'un rapprochement entre les deux régimes, par exemple à travers l'évolution de la prestation de compensation à domicile. De nombreuses propositions sont communes aux personnes âgées et aux personnes en situation de handicap, par exemple les mesures consacrées aux proches aidants. Par ailleurs, il serait souhaitable que le risque de perte d'autonomie intégré dans le champ des lois de financement de la sécurité sociale couvre l'ensemble du champ de l'autonomie, handicap et grand âge.

* *
*

Le présent rapport propose une réforme profonde de la prise en charge du grand âge. Cette réforme ne pourra prendre sa pleine mesure que dans la durée, mais doit s'appuyer sur des mesures d'urgence mises en œuvre rapidement. Toutes ces mesures ne relèvent pas de la loi. Certains sont d'ordre réglementaire. D'autres ne supposent pas de modification du droit. Toutes exigent en revanche une prise de conscience forte, de l'ensemble des acteurs et de la société dans sa globalité, de l'impératif de la construction de réponses dignes aux enjeux du grand âge.

PARTIE 1 : CONSTATS ET ENJEUX

À l'évidence, malgré la hausse réelle et continue des moyens engagés en faveur du grand âge, les Français manifestent une grande inquiétude quant aux conditions futures de prise en charge de la perte d'autonomie.

Ce sentiment se nourrit d'une crainte liée à la qualité de la prise en charge médicale et sociale. Les inégalités accrues du fait de prestations fortement dépendantes des ressources, la perte de lien social et le risque d'isolement à domicile, l'image très dégradée de l'EHPAD contribuent à cette vision du grand âge.

Les Français souhaitent préserver la liberté de choix quant à leur lieu d'accueil, avec une préférence très marquée pour le maintien à domicile, mais également une claire conscience des risques d'isolement et de la charge qu'il implique pour les proches aidants.

Sur la base de ce constat général sont traités successivement :

- **les demandes très fortes de transformation en profondeur**, exprimées dans le cadre de la concertation (maintien à domicile, qualité de la prise en charge en établissement, « être chez soi » quel que soit le lieu de vie, simplification du parcours et de l'accompagnement, plus grande égalité de traitement entre les territoires),
- **les prises en charge morcelées et une action publique fragmentée** qui rendent le système complexe et peu lisible, en dépit d'un effort public croissant et de nombreuses initiatives innovantes,
- la nécessité et l'urgence d'un investissement fort dans **l'attractivité et les compétences des métiers du grand âge** alors que les difficultés de recrutement sont croissantes,
- l'attente des Français d'une meilleure **prise en compte des ressources des personnes** dans l'attribution des aides en privilégiant une couverture publique, alors que le reste à charge demeure important en établissement,
- **le manque d'articulation des interventions** autour de la personne, ce qui peut entraîner des ruptures de parcours, un développement insuffisant des réflexes de prévention et un isolement de la personne âgée et du proche aidant.

UNE DEMANDE FORTE DE TRANSFORMATION EN PROFONDEUR

La concertation fait ressortir des demandes fortes des citoyens, des professionnels et des personnes âgées :

- la priorité au maintien à domicile ;
- l'amélioration de la qualité de la prise en charge en établissement ;
- le besoin d'être « chez soi », quel que soit son lieu de vie ;
- une attente forte de simplification des démarches et du parcours de la personne âgée ;
- une plus grande égalité de traitement entre les territoires.

Soulignées dans de nombreux rapports[1], ces attentes mettent en évidence les carences actuelles du système existant d'aide, d'accompagnement et de soin de la personne âgée. Ces carences sont globales : elles ne doivent pas conduire à sous-estimer les expérimentations convaincantes qui émergent sur les territoires, ainsi que l'engagement fort de professionnels et de structures au service des personnes. Elles se sont exprimées largement à l'occasion de la concertation.

UNE PRIORITÉ AFFIRMÉE AU MAINTIEN A DOMICILE

> *« J'ai quelqu'un de confiance. Elle fait le ménage, s'occupe des fleurs, du repassage, des courses, je pourrais lui demander n'importe quoi, il faut dix ans pour construire une relation comme ça ! Une assurance dépendance n'apportera jamais ça ! »*

Les Français font valoir une nette préférence pour le maintien à domicile. Celui-ci est vécu comme une manière d'éviter le déracinement associé à l'EHPAD. L'entrée en établissement se traduit par une rupture difficile à vivre sur le plan psychologique et susceptible d'entraîner une dégradation rapide de l'état de la personne âgée.

Le maintien à domicile apparaît comme une façon de préserver une sphère d'autonomie et de liberté (rythme de sommeil, d'alimentation etc.), voire de choisir les conditions de sa vie, jusqu'au dernier souffle. Il permet enfin de limiter les coûts de la prise en charge par rapport à l'établissement, en tout cas pour les personnes les plus autonomes.

Cette préférence pour le maintien à domicile ne doit cependant pas dissimuler les risques associés. Certaines des critiques aDREESées aux prises en charge en établissement sont également formulées à l'encontre des interventions à domicile : perception d'une dégradation de la qualité de l'aide en raison d'exigences de productivité des professionnels, insuffisance des temps d'accompagnement et de soin, rotation rapide des effectifs professionnels auprès des personnes.

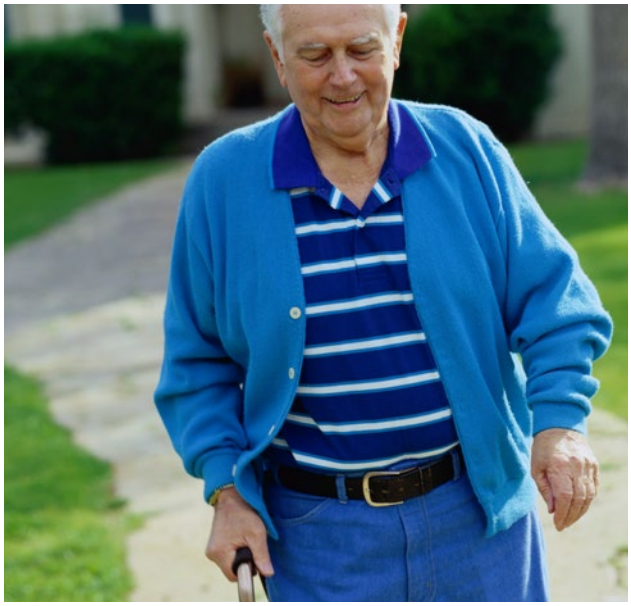
1. Comité consultatif national d'éthique, « Enjeux éthiques du vieillissement », avis n°128, février 2018 ; Rapport d'information déposé à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale par Mmes Monique Iborra et Caroline Fiat, « Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes », mars 2018 ; Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales du Sénat par M. Bernard Bonne, « La situation dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes », mars 2018 ; Rapport d'information déposé à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale par Mme Annie Vidal, « L'évolution de la démarche qualité au sein des EHPAD et son dispositif d'évaluation », juillet 2018 ; Conseil de l'âge du HCFEA, « Le soutien à l'autonomie des personnes âgées à l'horizon 2030 », novembre 2018.

La nécessité de retrouver un aidant professionnel de confiance, rassurant par sa présence régulière, demeure trop souvent insatisfaite. Par ailleurs, une forte présence à domicile dans les situations de perte d'autonomie les plus lourdes, peut être vécue, notamment par les proches aidants, comme une immixtion dans l'intimité de la personne. D'un autre côté, les personnes âgées ont clairement conscience des risques d'isolement que porte le maintien à domicile et de la charge qu'il implique pour les proches aidants.

UNE ATTENTE FORTE D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DE LA PRISE EN CHARGE EN ÉTABLISSEMENT

> *Moi je serais prête à signer une décharge pour qu'il y ait un peu plus de fantaisie dans ce monde très aseptisé.*
>
> (Aidante, domicile)

> *On ne fait plus rien ici. On attend toute la journée, les repas, les soins.*
>
> (Homme, 89 ans, EHPAD)



Malgré les initiatives, les innovations et l'engagement marqué de leurs équipes, l'image des EHPAD s'est dégradée. Les résidents disent pour beaucoup souffrir de leur vie au quotidien en établissement, sans réussir à y trouver leurs marques. Ils expriment un profond regret de leur « vie d'avant » où ils avaient une certaine autonomie qu'ils estiment avoir perdue. La qualité des prestations offertes en établissement spécialisé pour personnes âgées est perçue de manière négative à plusieurs titres.

C'est tout d'abord la **perception d'un décalage entre le coût de la prise en charge et la qualité du service** proposé et d'une **dégradation du service** en raison d'enjeux économiques, tant dans le secteur public que dans le secteur privé.

En EHPAD, la stimulation et la bienveillance dont les personnes âgées ont besoin sont perçues comme trop souvent mises de côté, notamment en raison d'un raccourcissement des temps d'intervention professionnels auprès des personnes. Les arbitrages financiers pèsent également sur les aspects matériels de la prise en charge : locaux en mauvais état ou inadaptés aux attentes des résidents qui souhaitent évoluer dans des unités de vie de petite taille, manque de petit matériel avec l'exemple emblématique des protections hygiéniques changées à une fréquence insuffisante, entraînant inconfort et manque d'hygiène.

C'est aussi la **perception d'une forte inégalité en matière de qualité de prise en charge** entre les établissements**.** Le constat de réalités très contrastées selon leur statut, leur taille, leur situation géographique, leur coût ou leur équipe de direction, est très largement partagé. Il ressort le sentiment d'un choix tronqué, insuffisamment éclairé. L'absence d'informations publiques, étayées et fiables sur la qualité des prestations d'accompagnement et de soin rendues par les établissements est fréquemment citée. Le sentiment d'une certaine « loterie » s'installe. Il laisse apparaître en creux la perception d'une insuffisante mobilisation des pouvoirs publics dans le pilotage de la qualité en établissement.

C'est enfin la perception d'une prise en charge trop exclusivement centrée sur le soin, pour des personnes âgées traitées comme des « malades ». La personne âgée ne serait pas considérée dans sa globalité, comme ayant une personnalité, des besoins, mais aussi des désirs. Les activités et les services, notamment la restauration, sont perçus comme étant négligés.

LE BESOIN D'« ÊTRE CHEZ SOI », QUEL QUE SOIT SON LIEU DE VIE

> *Les gens sont plus heureux car ils sont chez eux, dans leur environnement. À l'hôpital ils sont déracinés et perdus, on rentre dans leur intimité chez eux. Ils ont leurs animaux, chat et chien, ils sont plus à l'aise et moins stressés.*
>
> (Personnel soignant, domicile, Lille)

> *C'est ce qu'il y a de mieux, maman rêve de finir ses jours dans son appartement. Si la personne est dans sa maison, dans ses affaires, ce n'est pas la fin.*
>
> (Aidante, Paris)

Ces perceptions négatives de la qualité des accompagnements révèlent une attente forte, indissociable de l'affirmation de la pleine citoyenneté et du libre choix de la personne âgée, celui d'« être chez soi, quel que soit son lieu de vie ».

Malgré la hausse des moyens accordés aux établissements et le développement d'initiatives locales visant notamment à renforcer l'inclusion, l'entrée en EHPAD est vécue comme une exclusion et une restriction de liberté : selon les données du Credoc, 40 % des Français qui ont un proche potentiellement concerné pensent que le processus d'entrée en maison de retraite va se faire contre l'accord de celui-ci et 80 % des Français considèrent qu'entrer en institution signifie perdre son autonomie de choix.

Cette notion d'« être chez soi » recoupe trois dimensions fondamentales[2] dont aucune n'est accessoire :

80 %

DES FRANÇAIS CONSIDÈRENT QU'ENTRER EN EHPAD SIGNIFIE PERDRE SON AUTONOMIE DE CHOIX

- **le logement**, qui sécurise des activités fondamentales que sont par exemple manger, dormir, se sentir en sécurité ;
- **l'intimité**, entendue comme la faculté d'arranger son temps comme on veut, de décider de l'agencement de ses temps de vie, de disposer de moments pour soi ;
- le fait d'être dans un lieu dont on se sent habitant, **au cœur d'un voisinage et d'un environnement de vie** (commerçants, services, relations avec le monde social, etc.).

Ces trois éléments indissociables de la qualité de l'aide, de l'accompagnement et du soin aux personnes âgées sont aujourd'hui trop peu souvent rassemblés sur les lieux de vie. L'attachement des personnes à rompre leur isolement et à préserver des contacts stables et de confiance, à se sentir maîtresses de l'organisation de leur journée, à prolonger leur autonomie à travers la réalisation de tâches domestiques (cuisine, ménage, aménagement de l'espace de vie, gestion des temps de vie), ne rencontre pas suffisamment des conditions de prise en charge adaptées. Elles sont pourtant fondamentales pour réactiver la capacité d'agir et le sentiment d'utilité des personnes âgées.

Cette perception d'« être chez soi » est souvent ressentie comme négligée, et ce sont logiquement les structures proposant les repères fondamentaux du sentiment d'« être chez soi » qui recueillent aujourd'hui la satisfaction des personnes et de leurs proches.

Le « chez soi » semble être la condition nécessaire d'une rupture de la solitude, de l'ennui, de la vulnérabilité de la personne âgée. Cette exigence forte à l'égard des modes d'accompagnement, à domicile comme en établissement, est aujourd'hui trop peu souvent satisfaite. Elle demande de rompre avec la standardisation de la prise en charge.

2. Selon la note d'orientation du HCFEA et du CNCPH *Pour une action globale d'appui à la bientraitance dans l'aide à l'autonomie, janvier 2019*

UNE DEMANDE DE SIMPLIFICATION DU PARCOURS DE LA PERSONNE ÂGÉE

La concertation a permis de recueillir un sentiment d'incompréhension face à une forte complexité du système de prise en charge. Elle concerne tout d'abord l'accès à l'information et à un accompagnement de la personne âgée. Face à un système d'acteurs peu lisible, à l'intersection du soin et de l'aide à la vie quotidienne, les bénéficiaires comme leurs familles, ont, dans des moments de rupture douloureux, besoin d'un accompagnement stable, chaleureux et attentionné sur la durée.

L'accès à l'information, l'orientation parmi les nombreux acteurs de la prise en charge et la simplification des démarches administratives sont autant d'obstacles majeurs, dans ce que beaucoup appellent un « parcours du combattant ».

La complexité se joue également au niveau de l'accompagnement lui-même. Les nombreuses interventions au domicile de la personne, la nécessaire coordination des interventions afin d'éviter les ruptures de prise en charge, le week-end ou la nuit par exemple, la gestion des entrées et des sorties d'hospitalisation, génèrent une multiplication des démarches et des interlocuteurs, dans un contexte d'urgence ou d'appréhension face à un risque de tous les instants (la chute, l'espacement des actes de soin ou d'hygiène, la solitude).

L'ATTENTE D'UNE PLUS GRANDE ÉGALITÉ DE TRAITEMENT ENTRE LES TERRITOIRES

Enfin, la complexité apparaît dans la grande disparité de traitement d'un établissement à l'autre, d'un département à l'autre, sans que ces différences s'expliquent. Il ressort ainsi de la concertation une attente forte d'égalité de traitement entre les territoires et entre les structures de prise en charge. Les disparités dans le niveau des prestations, dans la qualité du service rendu ou dans les méthodes d'évaluation des besoins apparaissent difficilement justifiables aux yeux des Français, ce qui explique l'attente forte de reconnaissance d'un risque social à part entière au niveau national, dans une logique de prestations normées, plus lisibles, plus justes et d'une intervention plus forte des pouvoirs publics.

Là encore, la perception générale ne doit pas dissimuler la réussite d'innovations encore isolées permettant d'assurer une véritable continuité du parcours de la personne âgée, grâce à la coordination des professionnels et à la mise en place dans les territoires d'une coordination territoriale d'appui.

UN SYSTÈME COMPLEXE ET PEU LISIBLE, EN DÉPIT D'UN EFFORT PUBLIC CROISSANT ET DE NOMBREUSES INITIATIVES INNOVANTES

Malgré l'accroissement de l'effort public constaté depuis près de 20 ans et la capacité d'innovation du secteur, les Français manifestent une inquiétude quant à la façon dont est accompagné leur grand âge. L'offre des prises en charges doit ainsi être réorganisée, les prestations rendues plus lisibles et les réponses apportées moins cloisonnées, en prenant mieux en compte les besoins des personnes.

Le sentiment d'une dispersion de l'effort consenti par la collectivité et le manque de lisibilité de l'action publique sont très présents. Alimenté par la complexité du pilotage local de la politique du grand âge, ce sentiment se nourrit aussi d'un débat parlementaire peu organisé ainsi que de l'insuffisance de la connaissance statistique et la recherche.

UN EFFORT PUBLIC EN HAUSSE CONSTANTE DEPUIS LE DÉBUT DES ANNÉES 2000

Entre 2008 et 2017, les dépenses de soins de longue durée en faveur des personnes âgées prises en charge par l'assurance maladie (EHPAD, USLD et SSIAD) ont crû de 47 %. Elles atteignent 11,0 Mds€ en 2017 ; les dépenses en faveur des personnes âgées des départements (APA, ASH, autres aides) progressent de 18 % et atteignent 7,3 Mds€ en 2017. Le PIB en valeur ayant crû de seulement 15 % sur la même période, la part de la richesse nationale consacrée à la prise en charge de la perte d'autonomie augmente ainsi nettement sur la période.

Cette hausse de l'effort public a essentiellement concerné l'accueil en établissement, qui a capté 87 % des financements nouveaux de l'assurance maladie et 75 % des financements nouveaux des conseils départementaux sur la période. Toutefois, la mise en œuvre de la loi ASV s'est traduite entre 2015 et 2017 par une croissance de 6,5 % de la dépense d'APA à domicile, alors qu'elle avait globalement stagné entre 2008 et 2015. Désormais la dépense d'APA à domicile augmente plus vite que celle en établissement.

Le secteur privé et le secteur privé non lucratif sont également largement bénéficiaires des mesures générales récentes que sont, du côté des employeurs, la bascule du CICE sur l'exonération générale de cotisations patronales et l'élargissement de l'exonération de cotisations dont bénéficient les activités de service à la personne. Du côté des salariés, tous les secteurs sont concernés par l'extension de la prime d'activité et la mesure concernant les heures supplémentaires.

Pour autant, et même si dans ce domaine les comparaisons internationales sont complexes et fragiles, il semble clair que, si la France dépense plus que la moyenne des pays comparables en % du PIB pour les retraites publiques ou la santé, il n'en est pas de même pour les dépenses liées au grand âge.

La France dépense plus que les pays du Nord de l'Europe en matière de santé et de retraite mais pas en matière de perte d'autonomie

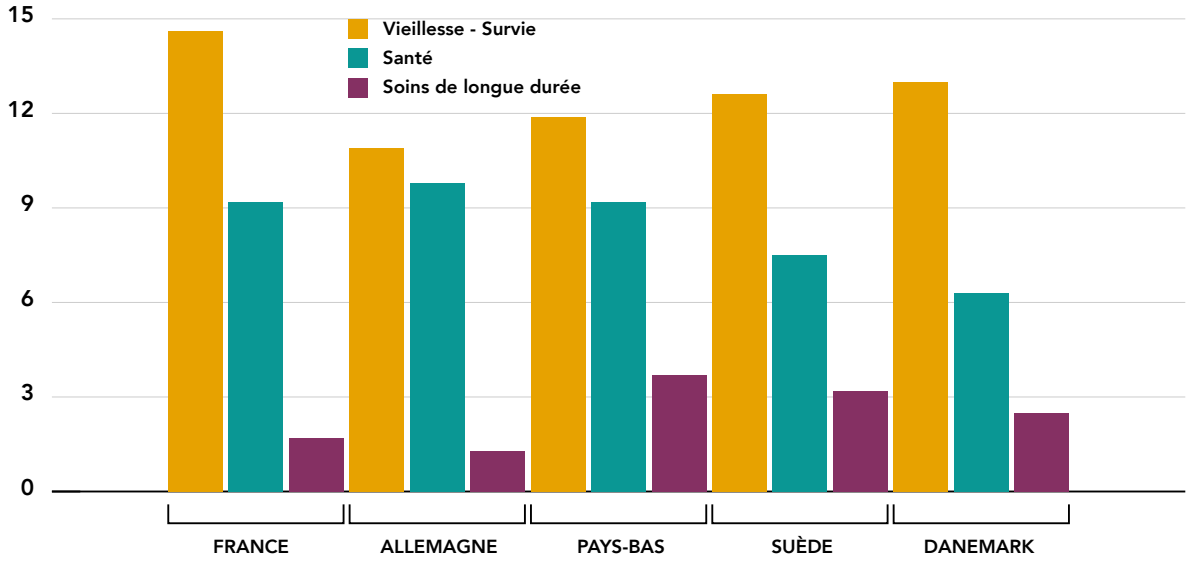
Les dépenses de protection sociale représentent 34,3 % du PIB en France, le plus haut niveau de l'Union Européenne où elles atteignent 28,1 % en moyenne. Au sein de ces dépenses, les dépenses de vieillesse-survie en France représentent à elles-seules 14,6 % du PIB et celles de santé 9,2 % du PIB. Ces parts sont significativement plus élevées que dans l'Union Européenne dans son ensemble (12,4 % et 8,0 %).

En revanche, les dépenses publiques de soins de longue durée* qui recoupent largement les dépenses relatives à la perte d'autonomie des personnes âgées sont de 1,7 % du PIB en 2016, un niveau équivalent à celui de l'OCDE en moyenne. En revanche, ces dépenses sont significativement plus faibles qu'aux Pays-Bas (3,7 %), en Suède (3,2 %) ou au Danemark (2,5 %), pays souvent cités en exemple pour leur prise en charge de la perte d'autonomie.

Par rapport à ces trois pays, la France dépense donc 2 à 3 points de PIB de plus pour les retraites, 2 à 3 points de PIB de plus pour la santé et 1 à 2 points de PIB de moins pour la perte d'autonomie.

* Les dépenses de soins de longue durée englobent les services sanitaires et sociaux fournis aux personnes dépendantes qui ont besoin de soins en continu. Conformément au Système des comptes de la santé, le volet sanitaire des dépenses de soins de longue durée comprend les soins infirmiers et les services à la personne (c'est-à-dire l'aide aux activités de la vie quotidienne – AVQ). Il englobe les soins palliatifs et la prise en charge en établissement de long séjour ou à domicile. Le volet social des dépenses de soins de longue durée couvre principalement l'aide aux activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ). Au total, les dépenses de soins de longue durée ne sont donc pas exactement les dépenses de « dépendance » au sens de la DREES mais il s'agit du champ le plus proche en comparaison internationale.

Dépenses de protection sociale de vieillesse-survie de soins et de soins de longue durée
En % du PIB - données 2016 ou 2015



Source : OCDE et Eurostat.

Au sein de dépenses de protection sociale importantes, la France doit encore opérer un rééquilibrage pour pouvoir faire face aux dépenses croissantes du très grand âge.

DE NOMBREUSES INITIATIVES TÉMOIGNANT DE LA CAPACITÉ D'INNOVATION DU SECTEUR

Parallèlement à cette hausse de la dépense publique, les acteurs du secteur développent une pluralité de projets innovants, financés soit par la CNSA, soit par les Agences régionales de la santé, soit par leurs fonds propres. Mais force est de constater que la connaissance et la diffusion des innovations dans le secteur médico-social est très faible et pas du tout à la hauteur de son indispensable modernisation.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 a introduit, en son article 51, un dispositif permettant d'expérimenter de nouvelles organisations en santé reposant sur des modes de financement inédits. L'objectif est de promouvoir des organisations innovantes contribuant à améliorer le parcours des patients, l'efficience du système de santé, l'accès aux soins ou encore la pertinence de la prescription des produits de santé. Ce dispositif n'est pas suffisant : un repérage et une diffusion systématiques des innovations auprès des acteurs apparaissent des plus nécessaires.

Les principales organisations innovantes recensées ont trait à :

- **la création « d'EHPAD hors les murs » ou de « plateformes de services »** à partir des SSIAD et des SAAD du territoire visant à proposer un panel de services à domicile proche de celui proposé en EHPAD, incluant une veille constante à distance. Plusieurs formes ne proposant pas toutes les mêmes combinaisons de prestations sont expérimentées. Les expérimentations proposées par le Comité des œuvres sociales (COS) à l'EHPAD Villa Pia à Bordeaux, la Fondation Aulagnier (dispositif Diapason) dans les Hauts-de-Seine, la Croix-Rouge (Ehp@dom) dans les Yvelines, ou sous la forme de plateforme de services à l'instar du modèle M@do en Corrèze, entrent dans cette catégorie ;
- **le renforcement de liens entre l'hôpital et le médico-social dans une logique de parcours.** Certains EHPAD ont développé des places d'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation dans le cadre du projet Paerpa (comme par exemple l'EHPAD Alice Guy du COS à Paris). De même, les ARS Bretagne et Pays de Loire ont favorisé la signature de conventions entre les centres hospitaliers et certains EHPAD du territoire, favorisant l'accès à la compétence gériatrique et la gestion des entrées et sorties d'hospitalisation ;
- **l'accueil et le traitement des personnes atteintes de maladies neuro-dégénératives** : un village Alzheimer est en construction à Dax ;
- **le développement des actions de prévention et le recours à la télémédecine.** À titre d'exemple, l'EHPAD La Résidence du Parc (Bas-Rhin) a participé à la mise au point du dispositif d'astreinte infirmière de nuit qui a été pérennisé en 2018. Des actions de télémédecine se développent (CHU de Nancy, EHPAD des Abers et de Plabennec dans le Finistère), tout comme le développement de « Pôle ressources de proximité » (par exemple les bilans dentaires, visuels et auditifs proposés pour les résidents et les personnes âgées du territoire au sein de l'EHPAD Sainte-Marthe, Charente). En outre, de nombreux EHPAD mettent en œuvre des technologies innovantes (« patch antichute » à l'EHPAD Les Magnolias de Balainvilliers dans l'Essonne) ou forment leur personnel aux actions de prévention. Ainsi, 48 établissements en France dont l'EHPAD La Madeleine à Bergerac en Dordogne adhérent à la démarche de système de mesure de l'autonomie fonctionnelle créée au Québec et qui valorise la prévention ;
- **le développement d'habitat inclusif et de liens entre structures d'accueil des personnes âgées en perte d'autonomie et personnes valides.** Le Village des Aubépins, à Maromme (Seine-Maritime) propose ainsi un habitat (EHPAD) ouvert sur la cité avec des commerces notamment (coiffeur, brasserie etc.). La résidence Thérèse Vandevannet Haubourdin dans le Nord mutualise ses moyens avec l'EHPAD et le CLIC de la même ville, dans le cadre du forfait autonomie. Cela a permis de recruter un ergothérapeute pour une mission d'adaptation des logements, aussi bien dans le cadre du domicile, que de la résidence autonomie et de l'EHPAD ;
- **la création de maisons des aînés et des aidants** notamment à Nancy et Paris (19e puis 6ème arrondissements).

- **le développement d'actions qualité.** Cela passe par exemple par l'obtention de labels (Humanitude, Bien traitant, Soyons humains, Alenvi, Montessori etc.) développés par des professionnels, mais également par le développement de bâtiments à haute qualité architecturale et structurés en petites unités de vie pour recréer un sentiment d'intimité (EHPAD Villa des Poètes, Groupe LNA, Marseille).

UNE OFFRE EN ÉTABLISSEMENT COMME À DOMICILE SEGMENTÉE ET FRAGILE SUR LE PLAN ÉCONOMIQUE

En établissement, malgré la convergence tarifaire, l'offre demeure hétérogène

Concernant les EHPAD, le secteur fait coexister des organisations très différentes avec de grandes disparités. Tout d'abord, trois régimes juridiques coexistent :

- environ 50 % de l'offre est fournie par des EHPAD publics (21 % relèvent du secteur hospitalier, 28 % des collectivités locales),
- 29 % par des EHPAD privés non lucratifs,
- 22 % par des EHPAD privés lucratifs.

La taille médiane des EHPAD est de 90 places et les capacités sont relativement resserrées autour de ce niveau. Environ 15 % des places sont situées dans des établissements de moins de 60 places et 7 % des places dans des établissements de plus de 200 places. Les EHPAD publics hospitaliers sont un peu plus grands que la moyenne (110 places).

Si les tailles d'établissement sont globalement comparables, la structuration et la mutualisation des moyens sont très différentes. La logique d'organisation en groupe est la marque du secteur privé. Elle ne concerne qu'une partie du secteur privé non lucratif, mais reste quasiment inconnue dans le secteur public.

Les écarts de taux d'encadrement en personnel soignant ont théoriquement vocation à se résorber avec la convergence tarifaire en cours. Néanmoins, très peu de CPOM contiennent à ce stade de contreparties, en termes de recrutements, liées à la hausse des financements alloués par l'Assurance Maladie. Dans le cadre de la section hébergement, les taux d'encadrement restent très divergents en ce qui concerne les personnels, financés principalement par les ménages.

Dans le secteur privé lucratif, les 10 principaux groupes gèrent environ 85 000 places soit près des deux tiers de l'offre totale, ce qui génère des mutualisations importantes. À l'inverse, le secteur public apparaît plus éclaté entre les EHPAD hospitaliers, qui ont une autonomie limitée relativement au centre hospitalier d'une part, et les EHPAD publics autonomes et territoriaux d'autre part. Ces derniers mutualisent de fait très peu de fonctions : les personnels de direction, d'administration et de services généraux y représentent 15,2 ETP pour 100 résidents contre une moyenne de 10,3 ETP pour 100 résidents en moyenne dans l'ensemble des EHPAD[3].

3. Source : DREES, enquête EHPAD 2015.

Humanitude : une démarche de formation innovante

Cette démarche de formations-actions enseigne la Méthodologie de soin Gineste-Marescotti*® composée de la Philosophie de l'*Humanitude*® et de plus de 150 techniques de prendre soin (regards, paroles, touchers, verticalité, prendre soin). Elles sont mises en œuvre dans les services, auprès des personnes fragilisées, présentant des troubles du comportement, des rétractions, des refus de soins, des situations complexes engageant la relation soignant-soigné.

Inscrite dans le plan d'amélioration continue de la qualité des structures, elle permet aussi l'obtention d'un label de bientraitance : le label *Humanitude*. Les 19 EHPAD labellisés et la centaine d'établissements en cours de labellisation témoignent de diminutions des hospitalisations, des neuroleptiques mais aussi des accidents et arrêts de travail.

* Du nom de ses auteurs : Yves Gineste et Rosette Marescotti, deux enseignants d'éducation physique et sportive, formés à la psychogériatrie et devenus enseignants - chercheurs invités au Japon (NHO Tokyo Medical Center)

En France, un taux élevé d'hébergement en établissement

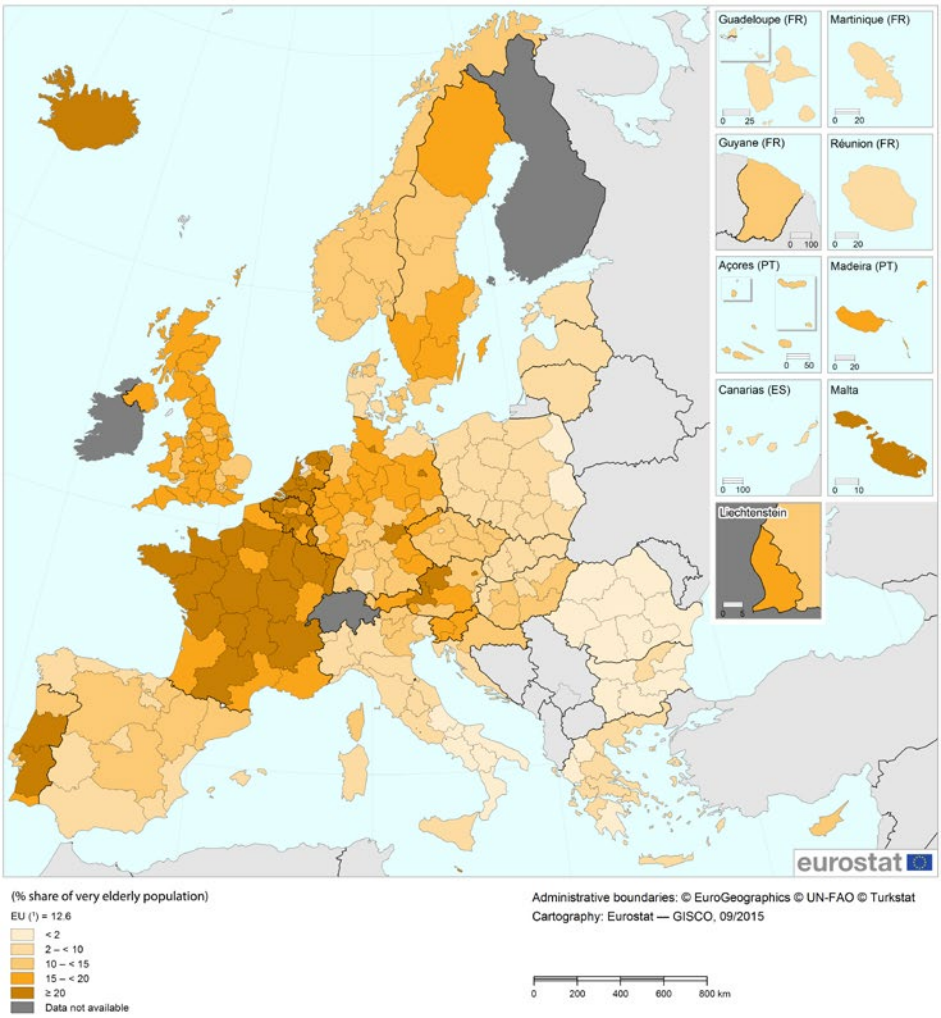
En France, 41 % des bénéficiaires de l'APA vivaient en établissement en 2016, un chiffre en hausse depuis 2009 où il atteignait 39,1 %.

Au total, 21 % des personnes âgées de plus de 85 ans vivaient en établissement en 2011 selon les données d'Eurostat. Cette proportion atteint 29 % en Pays-de-Loire et 25 % en Bretagne, contre 17 % en Ile de France, 11 % en Corse et 7 % en moyenne dans les départements d'Outre-Mer. Ce taux croît fortement avec l'âge et, à âge équivalent, il est sensiblement plus élevé pour les femmes que pour les hommes*.

Sur le plan européen, la France fait partie des pays où ce taux d'institutionnalisation est le plus élevé (cf. graphique) avec la Belgique (21 %), les Pays-Bas (20 %) et l'Allemagne (19 %). À l'inverse, il est sensiblement plus faible dans les pays du Nord de l'Europe (Suède 14 %, Danemark 11 %, Finlande 8 %, Royaume-Uni 16 %), du Sud (Italie 5 %, Espagne 8 %) ou de l'Est (Pologne 3 %, République Tchèque 12 %, Hongrie 11 %).

* Source : France, portrait social, édition 2018 - Insee Références.

Very elderly population aged 85 years and over living in an institutional household, by NUTS level 2 region, 2011 (% share of very elderly population)



Note: Ciudad Autónoma de Ceuta (ES63), Ciudad Autónoma de Melilla (ES64), Lubelskie (PL31), Świętokrzyskie (PL33), Podlaskie (PL34), Zachodniopomorskie (PL42), Lubuskie (PL43), Opolskie (PL52) and Warmińsko-Mazurskie (PL62): low reliability.
(¹) Excluding Ireland and Finland.
Source: Eurostat (Census hub HC48)

23 % DES EHPAD NON RÉNOVÉS DEPUIS PLUS DE 25 ANS

En excluant les fonctions mutualisables, qui peuvent expliquer des écarts de taux d'encadrement, les EHPAD privés lucratifs affectent, en moyenne, sensiblement moins de personnels aux fonctions d'animation, d'accompagnement social et de service : ces personnels y représentent 16,2 ETP pour 100 résidents contre 18,5 dans le privé non lucratif et 20,4 dans les EHPAD publics.

La qualité de l'offre des établissements au sens large incluant le soin, l'aide, l'alimentation, l'animation… est perçue comme très hétérogène. Mais aucune étude ne documente le sujet, signe fort de l'insuffisance du pilotage du secteur.

Les disparités sont également fortes quant à la configuration et à l'ancienneté des bâtis : selon la DREES, en 2015, la construction ou la dernière rénovation des bâtiments des EHPAD dataient de plus de 25 ans dans 23 % des cas. C'est notamment le cas des EHPAD habilités à l'aide sociale qui n'amortissent le plus souvent pas les frais de construction, ceux-ci étant supportés par la puissance publique sous forme de subventions. De même, les éléments de confort diffèrent : si les EHPAD privés lucratifs offrent quasiment exclusivement des chambres individuelles avec sanitaires privatifs, 11 % des places en EHPAD publics sont en chambre partagée et 25 % n'ont pas de douche privative. Par exemple, le Centre Emma Ventura à Fort-de-France propose 365 places (EHPAD et ESLD), dont l'essentiel en chambres de 4 personnes avec 1 sanitaire et 1 douche pour 8 résidents. Le centre porte un projet prometteur de centre de ressources gérontologique pour l'ensemble de la Martinique mais qui nécessite un effort d'investissement majeur, à la hauteur des besoins de rénovation du site.

À domicile, l'offre est nombreuse, mais atomisée et économiquement fragile

Pour les SAAD habilités à l'aide sociale (soit environ 75 % de l'offre), les tarifs moyens pondérés en fonction de l'activité[4] s'élèvent à 21,67 euros pour l'APA. Or le coût de revient horaire moyen des SAAD avait été évalué à 24 € dans une première étude de coût[5], mettant en lumière les difficultés de gestion auxquelles les structures sont confrontées. Pour ces services, il n'est pas prévu, sauf dans quelques départements et de façon marginale, de sur-participation. L'offre est en outre atomisée (7 000 services autorisés en France dont 1 600 tarifés), ce qui ne favorise pas la réalisation d'économies d'échelle. De plus, les structures de coût varient selon les différentes conventions collectives dont dépendent les services. La majorité relève de la branche de l'aide à domicile (environ 60 %), mais une minorité relève d'autres conventions du privé non lucratif, de la convention des services à la personne de 2012 (privé lucratif environ 20 %) voire de la fonction territoriale (CCAS environ 10 %).

SERVICE À DOMICILE :

21,67 €

DE TARIF MOYEN

24 €

DE COÛT DE REVIENT MOYEN

Les disparités territoriales sont fortes tant sur l'offre que sur le montant des prestations

Les disparités territoriales sont fortes, aussi bien pour les soins qui sont pourtant financés au niveau national, que pour la mise en œuvre de l'APA et les barèmes d'ASH, qui relèvent des Conseils départementaux.

En ce qui concerne les soins à domicile comme en établissement, les taux d'équipement sont inégaux sur le territoire. Selon les régions, les taux d'équipement en EHPAD sont compris entre

4. Relevés en semaine.

5. Source : « Étude des prestations d'aide et d'accompagnement à domicile et des facteurs explicatifs de leurs coûts », DGCS –CNSA, mai 2016.

52 et 198 places pour 1 000 personnes âgées. Cet écart peut-être localement beaucoup plus fort si l'on prend en compte le régime juridique des établissements, avec notamment la quasi-disparition d'établissement à tarif accessible dans les centres villes des grandes métropoles.

Globalement, trois modèles émergent :

- l'Ouest et la partie orientale du massif central se caractérise plutôt par un taux d'équipement élevé en EHPAD ;
- le Nord et l'Est ainsi que la partie occidentale du massif central se caractérisent par un taux d'équipement élevé en services de soins infirmiers à domicile ;
- le Sud de la France, en particulier le Sud-Est, se caractérise par un nombre d'actes infirmiers en libéral particulièrement élevé.

En 2017[6], le montant moyen des dépenses d'assurance maladie par habitant de plus de 75 ans varie de 1 500 à 3 500 euros selon les départements (soins infirmiers et dotations aux ESMS), la médiane se situant autour de 2 100 euros et l'écart-type autour de 300 euros). Les écarts de taux d'équipement, au-delà de différences locales de choix dans les modes d'accompagnement, semblent bien révéler un accès inégal aux soins sur le territoire pour les personnes âgées en perte d'autonomie.

Le financement et la gestion de l'APA, tout comme celle de l'ASH, sont une compétence départementale. Les pratiques peuvent ainsi différer selon les territoires.

Concernant l'APA, les différences peuvent concerner l'éligibilité (notamment via le classement en GIR 5 et 6 plutôt qu'en GIR 4, éligible à l'APA), l'évaluation de la situation et des besoins, les modes de gestion, les règles de tarification et bien entendu les montants des plans d'aides. Selon le HCFEA[7], si « une partie importante de la variabilité de la part des bénéficiaires de l'APA par département s'explique par les caractéristiques socio-démographiques et (…) par (…) la politique propre au département, (…) une part non négligeable des écarts entre départements n'est pas expliquée, et résulte d'éléments plus discrétionnaires. ». Depuis la loi ASV, l'évaluation doit être conduite suivant un référentiel national à caractère réglementaire.

6. Sources : CNMA, CNSA.

7. Source : HCFEA, 2017, op.cit.

Ces disparités territoriales affectant l'APA ont également été relevées par la Cour des comptes[8]. La Cour identifie notamment des montants moyens d'APA par bénéficiaire pouvant varier du simple au double d'un département à l'autre. Selon une enquête menée par la CNSA et la DGCS sur l'année 2017 auprès de 88 conseils départementaux, les pratiques tarifaires vis-à-vis des SAAD en mode prestataire sont effectivement disparates. La médiane des tarifs dépendance des établissements, fixés par le conseil départemental, s'établit en 2016 à part 5,5 €/jour pour les GIR 5-6, 13 €/jour pour les GIR 3-4 et 20,4 €/jour pour les GIR 1-2. Mais ils varient de plus ou moins 20 % autour de ces valeurs selon les départements[9].

Concernant l'ASH, le barème, les dépenses prises en compte, le degré de filiation et les modalités de récupération sur successions retenues varient substantiellement selon les départements[10]. À titre d'exemple, en 2014 :

- 72 % des départements déduisent systématiquement les frais de mutuelle de la participation financière des bénéficiaires de l'ASH, environ la moitié des prélèvements fiscaux et des frais d'assurance pour conserver un reste à vivre suffisant aux personnes âgées ;
- si la totalité des départements ont systématiquement recours aux enfants, gendres et belles-filles dans le cadre de l'obligation alimentaire, 27 % ont recours systématiquement aux petits-enfants, 20 % parfois et 53 % jamais.

Les modes d'hébergement alternatifs montent lentement en puissance

Entre le domicile et l'institution, plusieurs formes d'habitat (inclusif, accueil familial, résidences autonomie et résidences services) se sont développées permettant de concilier une logique domiciliaire et un bouquet de services adaptés. Toutes ces formes sont du domicile au sens de l'APA et bénéficient ainsi des prestations et des dépenses fiscales qui s'y rapportent.

Les résidences autonomie (anciens logements-

8. Cour des comptes, rapport sur les finances publiques locales, oct. 2017.

9. Source : CNSA, les tarifs des EHPAD en 2016. La réforme tarifaire en cours conduira au terme de la convergence (2023) à une seule valeur du point GIR par département.

10. Source : DREES, 2018, « L'aide et l'action sociale en France ». Données 2014. Et Fragonard, 2011, « Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées.

foyers) comportent environ 110 000 places. La loi ASV a institué des prestations minimales pour garantir la qualité d'accueil des résidents. Elle a aussi mis en place un forfait autonomie versé par les départements, via les conférences des financeurs. Son objectif est de financer la prévention de la perte d'autonomie. Très majoritairement publiques, les résidences autonomie ont un taux d'encadrement significativement plus bas qu'en EHPAD étant donné le nombre limité de personnes en perte d'autonomie accueillies (dans la limite de 15 % de la capacité autorisée pour les GIR 1 à 3, 10 % pour les GIR 1-2).

Environ 50 000 hébergements sont proposés en **résidences services**[11]. Leur nombre n'est pas précisément connu et aucune obligation déclarative ne leur incombe. La loi ASV a toutefois créé un statut générique pour ces résidences, qui ne sont pas régies par le code de l'action sociale et des familles, et dont le statut était le même depuis 1965. Leur développement est rapide et s'adresse plutôt à des personnes âgées aisées, même si cette réalité est très différente selon les résidences et les localisations.

> **"Moi j'envisage une résidence autonomie. J'aurais ma propre pièce, si je veux, je peux aller au restaurant. Je pourrais recevoir mes enfants et mes amis, c'est un milieu protégé, il y a une infirmière si besoin, peut-être que j'y irai dans quelques années"**
>
> **(Femme, 82 ans, à domicile, Paris)**

Environ 6 000 personnes âgées sont accueillies dans le cadre d'un **accueil familial**. La loi ASV a créé un référentiel d'agrément et amélioré les droits des personnes accueillies. Interrogés dans le cadre de la concertation, les conseils départementaux soulignent l'intérêt de cette forme d'hébergement, mais signalent de fortes difficultés de recrutement pour maintenir leur capacité d'accueil.

Enfin, **l'habitat inclusif ou alternatif** se développe sans que des données quantitatives soient disponibles compte tenu de la diversité des innovations et des formats. À titre d'exemple, la loi d'ASV dans son article 20 a donné l'autorisation pour les bailleurs sociaux d'attribuer en priorité à des personnes en perte d'autonomie liée à l'âge ou au handicap des logements construits ou aménagés spécifiquement[12]. Selon les données du ministère du Logement, environ 4 700 logements à destination des personnes âgées et handicapées ont été financés depuis 2016.

DES PRESTATIONS PEU LISIBLES

La **prise en charge de la perte d'autonomie est complexe** : elle fait intervenir différents financeurs (Assurance Maladie, conseils départementaux, CNSA, État, caisses de retraite), pour des dépenses de natures différentes (soins, dépendance et aide à la vie quotidienne, hébergement, etc.) et des opérateurs aux statuts divers (publics, privés lucratifs, privés non lucratifs). Cette prestation peu lisible, qui distingue nettement la France des pays scandinaves, a pour conséquence une perception faible de la dimension de l'effort public réellement consenti. Elle contribue également à une distension du lien entre le financeur, le prestataire de services et l'interlocuteur de proximité de la personne. Préjudiciable à l'intelligibilité globale du système de prise en charge, cette complexité est renforcée par l'absence d'une porte d'entrée unique et facilement identifiable dans le système d'accompagnement et de soin.

À cette complexité du système d'acteurs, des circuits de financement et de l'accès à la prestation, s'ajoute le **manque d'information disponible** pour la personne âgée et ses proches. Des progrès ont été enregistrés depuis la loi ASV, notamment via l'enrichissement du portail numérique d'information www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr d'un comparateur de prix et reste à charge en EHPAD, ainsi que d'un annuaire des SSIAD et des SPASAD. Cependant, il n'existe à l'heure actuelle aucun service d'information sur la qualité de la prestation (taux d'encadrement, état de santé des résidents, etc.), analogue à la démarche RAI (resident assessment instrument) systématisée aux États-Unis. Cette absence prive d'un outil puissant d'éclairage les choix des personnes et des familles, et d'incitation des

11. Source : Igas, 2015, Les résidences avec services pour personnes âgées

12. Ces logements représentant 70 % de l'ensemble immobilier construit.

établissements à développer leur qualité, face à une demande mieux informée.

La complexité des prestations se traduit par des **difficultés d'accès aux droits**, qu'il est difficile aujourd'hui de documenter de façon précise. Le dispositif de crédit d'impôt est souvent méconnu, y compris par certains travailleurs sociaux intervenant auprès de ces publics, alors même qu'il permet de diminuer de moitié le reste à charge des personnes bénéficiant d'une aide humaine à domicile.

L'interprétation de la faiblesse du taux de recours à l'ASH est plus complexe : aucune étude ne permet de chiffrer la part du non-recours qui proviendrait de la mobilisation de l'obligation alimentaire ou du recours sur succession[13]. Enfin, il n'y a pas d'analyse quantitative et qualitative satisfaisante du non-recours à l'APA. Selon l'enquête Vie quotidienne et santé, en 2014, 1,4 million de personnes de 60 ans et plus vivant à domicile présentent un « score » de perte d'autonomie au moins équivalent au GIR 4 soit près de deux fois plus que le nombre de personnes bénéficiant de l'APA à domicile[14].

DES RÉPONSES PROFESSIONNELLES TROP CLOISONNÉES ET PEU COORDONNÉES

Depuis une vingtaine d'années, que ce soit dans les champs sanitaires et sociaux, les organisations administratives, les établissements publics et privés, ainsi que les acteurs de ville ont fait évoluer chacun de leur côté leurs réponses aux principaux besoins des personnes âgées. L'engagement des professionnels, la diversité des réponses et la qualité des expertises dans ce domaine sont une richesse importante de notre système.

Toutefois, nos organisations ont créé un foisonnement de réponses devenues complexes, cloisonnées et de moins en moins lisibles, tant au niveau local que national.

Aujourd'hui, il faut rappeler sans cesse que les personnes âgées fragiles ou en risque de perte d'autonomie souffrent d'isolement social et de multiples problèmes de santé (polypathologies). L'objectif n'est souvent pas la guérison, mais la stabilisation du niveau d'autonomie individuelle. Cette dernière dépend intimement de la bonne coordination des soins et services issus des interventions nombreuses d'un ensemble d'acteurs sanitaires et sociaux dans la durée.

La chronicité des pathologies, en entraînant des limitations fonctionnelles, des handicaps durables et une détérioration progressive de la santé, nécessite des soins cliniques et des aides individuelles dans une prise en charge ville hôpital de longue durée. La multidimensionnalité des causes de la perte d'autonomie est susceptible de perturber ou de remettre en cause la prise en charge d'une personne, voire d'aggraver son état de santé.

La présence quasi systématique d'un nombre élevé de pathologies, souvent chroniques, rend prioritaire les articulations dans la durée entre les soins cliniques et techniques d'une part, et l'accompagnement du maintien de l'autonomie d'autre part (soins de nursing, aides à la vie quotidienne). La prise en charge de la perte d'autonomie nécessite l'intervention de nombreux professionnels spécialisés, de santé ou intervenants sociaux, particulièrement à domicile.

Les organisations et les pratiques des professionnels de santé et du social doivent donc évoluer en tenant compte de deux éléments fondamentaux : l'évolution des maladies chroniques et l'augmentation de leur nombre d'une part, et le caractère multidimensionnel des causes de la dépendance des personnes âgées (médicales, psychosociales, culturelles, environnementales et/ou économiques) d'autre part.

Les réponses apportées à ces questions l'ont été presque toujours en silos, sans véritable intersectorialité sanitaire, sociale et médico-sociale, ou n'ont été coordonnées que de manière imparfaite ou partielle.

13. Par ailleurs, il pourrait y avoir un frein au principe même de recours à une aide publique, comme pour d'autres droits ou prestations.

14. Source : DREES, 2017, « Incapacités et perte d'autonomie des personnes âgées en France : une évolution favorable entre 2007 et 2014 », Dossiers de la DREES n° 13. Environ 70 000 personnes de plus de 60 ans sont par ailleurs bénéficiaires de la PCH.

UN PILOTAGE LOCAL PARTICULIÈREMENT COMPLEXE

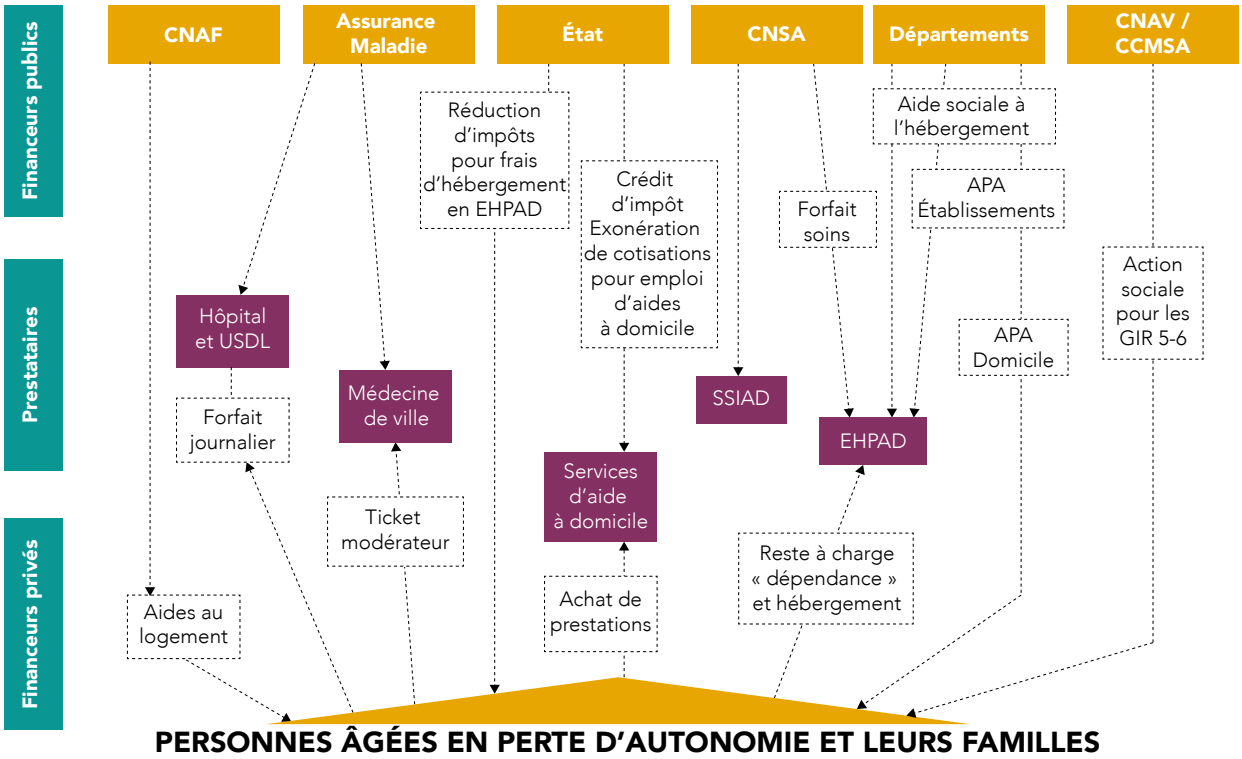
La complexité du pilotage local de la politique du grand âge fait l'objet d'un consensus parmi les acteurs de la concertation. Elle découle de deux caractéristiques de cette politique publique :

- une forte interaction entre l'accompagnement social et médico-social de la personne et sa prise en charge proprement sanitaire. Celle-ci se traduit par l'intervention conjointe du conseil départemental, chef de file de l'action sociale, et des Agences régionales de santé sur le système de santé ;
- une tension entre une logique de droits objectifs, universels, pilotés et financés au niveau national, et une logique d'aide sociale décentralisée, organisée localement au plus près des besoins de la personne âgée.

Cette complexité se décline dans de nombreux segments de la politique du grand âge : pilotage de l'offre et allocation des ressources aux établissements et services, politique de prévention, accueil et information de premier niveau, instances de coordination des interventions autour des personnes, etc.

Elle contribue à une **perte d'efficience majeure**, à trois niveaux :

- **pour les personnes âgées et leurs proches**, les dispositifs d'accueil et d'information de premier niveau se juxtaposent sans que soit clairement identifiés une porte d'entrée ou un interlocuteur de référence. À ce titre, les forums régionaux organisés dans le cadre de la concertation font ressortir très fortement un besoin de simplification du paysage. L'objectif en serait double : rendre l'offre lisible et faciliter l'accès aux droits pour les personnes concernées. De manière plus générale, la difficulté à identifier un pilote de la politique du grand âge entretient une perception de dilution des responsabilités ;
- **pour les gestionnaires d'établissements et services** (EHPAD et SPASAD surtout), la double tutelle subordonne l'allocation de ressources importantes à deux dialogues de gestion, pour des structures majoritairement de petite taille. Cette mobilisation intervient souvent au détriment d'actions de première importance pour les directions d'établissements et services : organisation et management du service, démarche qualité, promotion de la bientraitance ;
- **pour les régulateurs eux-mêmes**, cette complexité est fortement consommatrice de ressources. Le chevauchement des compétences relatives à l'autorisation, à la tarification et au contrôle financier des établissements et services génère d'importants doublons. Pour les EHPAD notamment, l'ensemble des procédures est



réalisé à la fois par les ARS et les Conseils départementaux. Il en découle des circuits multiples de remontées d'information, de contrôles, de demandes de compléments ou d'explications, chronophages et difficiles à assumer par les acteurs de terrain.

UN DÉBAT PARLEMENTAIRE PEU ORGANISÉ

L'organisation actuelle du débat parlementaire ne permet pas de mettre en avant la contribution publique pour le grand âge et de statuer annuellement sur les priorités, les résultats et les transformations nécessaires de la politique du grand âge.

Le débat public sur la prise en charge publique du grand âge, son niveau d'effort, ses objectifs et ses résultats, est largement structuré par la discussion parlementaire des lois financières présentées à l'automne (PLF et PLFSS).

À ce stade et de manière schématique, la perte d'autonomie donne lieu à des approches dédiées dans le cadre :

- du sous-objectif de l'ONDAM « personnes âgées » figurant en PLFSS chaque année,
- du programme de qualité et d'efficience « invalidité et dispositifs gérés par la CNSA – handicap et dépendance » annexé aux LFSS,
- des données figurant chaque année dans le rapport de septembre de la commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS) concernant la CNSA.

Le débat public demeure néanmoins relativement imparfait puisque la lisibilité des efforts effectués, des mesures et de leurs résultats est faible. En effet :

- **Il n'existe pas de vision annuelle, régulière, intégrée et complète de l'effort public**, retraçant l'ensemble des dépenses publiques consacrées à la perte d'autonomie des personnes âgées (État, sécurité sociale, collectivités territoriales). En cela, le débat parlementaire repose aujourd'hui sur des informations partielles et insuffisamment actualisées ;
- **Il n'existe pas de vote annuel fixant un objectif de dépenses sur l'ensemble du périmètre du grand âge**, ce qui constituerait la consécration démocratique de l'existence d'un « cinquième risque ». Cet élément a été abordé par le Parlement, notamment dans le cadre des débats préparatoires à la révision constitutionnelle et de l'appréciation de l'opportunité d'élargir le champ des LFSS.

Cette incomplétude n'autorise pas un moment démocratique, public, annuel, de débat au niveau de la représentation nationale, sur les priorités, les résultats et les transformations nécessaires de la politique du grand âge[15].

UNE CONNAISSANCE STATISTIQUE ET UNE RECHERCHE INSUFFISAMMENT DÉVELOPPÉES

On note un accroissement récent du nombre de publications sur le sujet de la perte d'autonomie liée à l'âge, principalement du fait des travaux de la DREES. L'analyse statistique du vieillissement a par ailleurs été de plus en plus prise en compte dans les travaux des autres opérateurs (CNAMTS, CNAVTS et autres opérateurs de protection sociale en particulier).

La connaissance statistique demeure néanmoins limitée. En particulier, si la mise en place du « compte de la dépendance » par la DREES à partir de 2011 constitue un progrès, cet outil demeure incomplet[16]. De plus, il ne fait l'objet ni de mises à jour annuelles ni d'actualisations publiées lors de modifications législatives ou financières importantes.

La collecte des données est longue, complexe et coûteuse

Le recueil de données récentes, homogènes et fiables se heurte au nombre et à la diversité des acteurs et de leurs systèmes d'information.

Certaines sources administratives ne font pas l'objet d'une exploitation statistique complète.

15. Le même constat peut être naturellement être fait sur l'autre versant de la politique de l'autonomie qu'est la politique du handicap.

16. Le « compte de la dépendance » ne retient pas une approche par le surcoût pour les dépenses de soin en EHPAD et en SSIAD . Le surcoût de dépenses hospitalières n'est pas intégré dans le compte.

Par exemple, la remontée annuelle des taux d'encadrement et des tarifs à la CNSA n'est pas pleinement exploitée.

Les données disponibles sont globalement assez anciennes, ce qui est préjudiciable pour le décideur public du fait des changements législatifs intervenus dans l'intervalle. À titre d'exemple, les données individuelles sur l'APA et l'ASH mobilisables datent de 2011. Le dernier appariement entre le GIR et le SNIIR-AM remonte à 2008. Enfin, même si beaucoup de données existent, il est frappant de constater que peu d'acteurs sont capables d'avoir une vision d'ensemble des structures d'aide aux personnes âgées. La CNSA possède des données assez détaillées sur les dépenses de soins des établissements, les fédérations nationales ont des éléments sur les SAAD, chaque Conseil départemental a des données très détaillées sur son champ, l'ATIH mène une enquête de coûts sur les EHPAD et également sur les SSIAD. La mise en cohérence par la DREES, notamment via le compte de la dépendance, est essentielle mais souffre des difficultés d'exploitation et de remontée des différentes sources, qui allongent les durées de traitement et est fortement consommatrice de ressources. Tant il est vrai que la nature décentralisée des processus rend la collecte des données plus complexe et plus coûteuse.

En outre, les moyens d'évaluation des actions et de la politique publique sont aujourd'hui dispersés entre plusieurs financeurs (CNSA, DREES, CNAM, ARS, Conseils départementaux). Il n'existe pas de système unifié de remontée de données, commun à l'ensemble des départements, sur lequel bâtir un système d'information décisionnel. Par ailleurs, la mise en œuvre de démarches évaluatives se heurte à la segmentation tenace des travaux relevant, d'une part, de l'approche médicale et d'autre part, des approches en sciences humaines.

Malgré les progrès, la recherche demeure insuffisante face aux enjeux sociétaux

La multiplicité et la diversité des travaux engagés depuis 15 ans témoignent à la fois d'une montée en puissance de la recherche dans le champ de la perte d'autonomie sur le plan qualitatif et quantitatif et de son insuffisance face aux enjeux sociétaux actuels. Cette recherche, utile et attendue par les acteurs publics, les professionnels, les personnes âgées concernées et leurs proches a fait l'objet de diagnostics convergents par l'INSERM, le rapport Ménard, le rapport Ankri, la Fondation Plan Alzheimer, la CNSA, la DREES, la fondation Médéric Alzheimer etc.

Il convient de distinguer : la recherche en sciences humaines et sociales (SHS) sur la perte d'autonomie pour en étudier les enjeux sociaux, sociétaux et humains ; la recherche interventionnelle pour valider les pratiques du secteur médico-social ; la recherche technologique pour faire émerger de nouveaux

moyens de compensation de la perte d'autonomie.

Les acteurs de cette recherche sont nombreux mais ce n'est pas une tâche simple que de structurer leur champ alors que les bases de données sont insuffisamment développées.

Le bilan est différencié selon le champ concerné.

Dans le champ des **sciences humaines et sociales,** on note un apport de moyens financiers significatifs durablement installés et clairement identifiés comme ceux de la CNSA, de la DREES, de plusieurs fondations, de l'ANR et des appels d'offres européens sur les nouvelles technologies etc. Des appels à projets dédiés et connus des chercheurs existent désormais notamment dans le cadre de l'Institut de recherche en santé publique. Les équipes sont plus nombreuses et moins isolées et la communauté de recherche est en voie de structuration. La qualité scientifique des projets progresse et on voit se développer un panel d'experts. Toutefois le nombre des projets de recherche concernant les personnes âgées a baissé et l'élan du plan Alzheimer est retombé.

Pour ce qui est de la **recherche interventionnelle médico-sociale**, la structuration du champ n'est pas faite. Dans la période récente, les chercheurs ont dû construire des cadres de recherche qui n'existaient pas : faute de culture scientifique des intervenants impliqués (personnel des établissements sociaux et médico-sociaux notamment), faute d'outils et de méthodes adaptés, faute de personnel et d'institutions pour cette forme de recherche (du type attaché de recherche clinique), faute de cadres de financement dédiés. Ceci est problématique car la validation scientifique des pratiques d'accompagnement fait défaut.

Le bilan est plus complexe à établir dans le champ des **technologies de la compensation**. En effet, c'est une recherche à large spectre, qui va de la recherche fondamentale à la R&D pour le développement de produits nouveaux, notamment dans le cadre de projets conjoints industriels / laboratoires de recherche, avec des enjeux commerciaux à la clé. Il y a beaucoup de similarités entre des travaux concurrents et une absence de coordination. Beaucoup de travaux traitent de technologies pour aider la personne âgée peu dépendante dans sa vie quotidienne (télésurveillance, aide au déplacement ou à la communication, moyen de stimulation cognitive). Il y a peu de projets portant sur des dispositifs pour les personnes en perte d'autonomie sévère, en particulier atteintes de la maladie d'Alzheimer et souvent ces projets se limitent à la surveillance des constantes biomédicales.

D'un point de vue global, il faut noter que les recherches juridiques ont tardé à se mettre en place mais cette situation évolue rapidement et des travaux sont en cours sur l'accès aux droits. Les travaux économiques manquent et la recherche en sciences de gestion est très limitée ; le champ des EHPAD et plus généralement des Health Service Research est très peu investi. Le déficit massif d'évaluation ne permet pas de transposer les dispositifs et programmes de compensation de la perte d'autonomie efficaces au niveau national et donne peu d'outils aux pouvoirs publics. Les bases des données commencent à exister et à être exploitées mais l'investissement sur ce point doit s'intensifier.

UN INVESTISSEMENT FORT ET URGENT DANS L'ATTRACTIVITÉ DES MÉTIERS ET LES COMPÉTENCES

Il ne peut y avoir de politique du grand âge de qualité sans professionnels en quantité suffisante, bien formés et valorisés de façon adéquate. C'est le socle de toute politique du grand âge. Aujourd'hui, les fortes difficultés de recrutement et les insuffisances de la formation constatées pour les métiers de l'âge interrogent la capacité du système d'accompagnement et de soin de la personne âgée à affronter le défi de l'accroissement du vieillissement de la population.

UN EMPLOI EN CROISSANCE FORTE DEPUIS UNE DÉCENNIE

En 2018, on estime qu'environ 830 000 ETP sont employés auprès des personnes âgées en perte d'autonomie :

- 430 000 ETP en établissements (dont 380 000 en EHPAD[17]),
- 270 000 ETP dans les services d'aide et d'accompagnement à domicile (dont 140 000 en mode prestataire[18] et 130 000 en mode mandataire ou de gré à gré[19]),
- 130 000 ETP dans les soins à domicile.

L'estimation des effectifs est globalement malaisée car il n'existe pas de statistiques répertoriant exactement les professionnels du grand âge : il s'agit donc d'un ordre de grandeur. En outre, il n'a pas été possible de calculer cette donnée en effectifs physiques, une grande partie des professionnels, en particulier à domicile, travaillant pour plusieurs types de publics (petite enfance, personnes âgées, personnes handicapées). En tout état de cause, le nombre de personnes travaillant au moins une heure par jour auprès des personnes âgées est significativement plus élevé que le nombre d'ETP.

Le secteur de l'action sociale (Hébergement médico-social et social et action sociale sans hébergement) pris dans son ensemble (public et privé) employait 1,9 millions de personnes fin 2018 en France soit 7,6 % de l'emploi salarié total. Depuis 2010, il a généré 138 000 créations nettes d'emploi (+7,7 %), un rythme de croissance deux fois plus rapide que celui de l'ensemble de l'emploi salarié (+3,8 %).

Si peu de données spécifiques sont disponibles concernant la pyramide des âges des métiers du grand âge, l'âge moyen des salariés de l'aide à domicile (tous publics) est élevé avec une moyenne de 43,6 ans. Au total, 60 % des salariés de la branche de l'aide à domicile en CDI ont plus de 45 ans et 27 % ont 55 ans et plus.

DOMICILE :

77 %

D'EMPLOYEURS ÉPROUVENT DES DIFFICULTÉS DE RECRUTEMENT

89 %

DE SALARIÉS À TEMPS PARTIEL

17. Source : DREES, enquête EHPA 2015

18. Source : mission, d'après DARES, « Les services à la personne en 2016 : l'activité se stabilise », Dares Résultats n°17

19. Source : mission, d'après ACOSS, 2018, « Les particuliers employeurs au deuxième trimestre 2018 », Acoss Stat n°275.

UNE PÉNURIE DE PERSONNEL AGGRAVÉE PAR DE FORTES DIFFICULTÉS DE RECUTEMENT DANS LA DÉCENNIE À VENIR

Près de la moitié des établissements sont touchés

En 2015, près de la moitié des structures d'hébergement indiquent rencontrer des difficultés de recrutement pour les personnels en lien direct avec des personnes âgées en perte d'autonomie[20]. Ainsi 63 % des établissements déclarant des difficultés de recrutement ont au moins un poste non pourvu depuis 6 mois ou plus. Les EHPAD du secteur privé à but lucratif sont les plus concernés. 10 % des EHPAD ont un poste de médecin coordonnateur non pourvu depuis plus de 6 mois, 9 % des EHPAD ont un poste d'aide-soignant non pourvu depuis plus de 6 mois (16 % dans le secteur privé lucratif).

Les difficultés concernent tous les acteurs de l'aide à domicile

Ces difficultés touchent également l'ensemble des acteurs de l'aide à domicile qui, pour 89 %, travaillent à temps partiel[21]. Elles concernent l'ensemble des métiers (agents et employés à domicile, auxiliaires de vie, aides-soignants). Le rapport de branche de l'aide à domicile pour 2017 fait état d'un besoin de recrutement immédiat de l'ordre de 17 000 personnes. L'UNA évalue à 19 % la part des postes créés en 2018 et restés vacants. D'après Pôle emploi[22], 77 % des projets de recrutement d'aides à domicile et aides ménagères sont jugés difficiles par les employeurs.

Si ces difficultés de recrutement concernent beaucoup moins les infirmières, elles touchent tous les territoires, notamment les zones frontalières, même ceux où le chômage est élevé.

La filière connaît un déficit d'attractivité

Entre 2012 et 2017, on constate une diminution de 25 % du **nombre de candidatures aux concours d'entrée** des instituts de formation des aides-soignants (IFAS). Le déficit d'attractivité des métiers concerne également la filière médicale spécialisée en gériatrie, la deuxième spécialité la moins attractive lors du choix des étudiants accédant au 3ème cycle des études de médecine. Pour la seule fonction publique, seuls 129 des 370 postes de praticiens hospitaliers mis au concours en gériatrie en 2017 ont été pourvus.

De très nombreux postes sont à pourvoir d'ici 2050

Les difficultés de recrutement sont perçues comme s'étant aggravées ces deux dernières années. La conjugaison de la hausse de la population âgée en perte d'autonomie à horizon 2030 et 2050, d'une pyramide des âges défavorable, de l'érosion des modes de cohabitation traditionnels et d'une probable diminution des possibilités d'accompagnement par les familles engendrent des besoins de recrutement en forte hausse dans les années à venir. Dans la dernière édition de la prospective des métiers et qualifications, France Stratégie et la DARES établissent que les métiers d'aides à domicile, d'aides-soignants et d'infirmiers figurent parmi les métiers gagnant le plus d'emplois à l'horizon 2022. Des travaux sont en cours pour actualiser ces projections. Même en l'absence de toute réforme, il faudrait vraisemblablement créer entre 150 000 et 200 000 ETP dans le secteur d'ici 2030 du fait de la seule démographie[23].

Ces difficultés de recrutement font que le temps passé auprès des personnes âgées par les professionnels n'apparaît pas suffisant, ce qui entretient ces difficultés.

20. Mahel Bazin et Marianne Muller (DREES), 2018, « Le personnel et les difficultés de recrutement dans les EHPAD », Études et Résultats, n°1067, DREES, juin.

21. Rapport de branche de l'aide à domicile pour 2017

22. Pôle emploi, enquête « Besoins en main-d'œuvre des entreprises », avril 2018

23. Le nombre de personnes âgées bénéficiaires de l'APA augmenterait de 23% entre 2016 et 2030 selon les projections de la DREES. Toutefois, le nombre de personnes en perte d'autonomie sévère (GIR 1-2) augmenterait un peu moins vite (18 % contre 26% pour les personnes en GIR 3-4). En tenant compte de la composition par GIR et en supposant l'absence de gains de productivité, les besoins en aide humaine auprès des personnes âgées en perte d'autonomie augmenteraient de 22% soit + 180 000 ETP environ. Etant donné l'incertitude entourant ce chiffrage, une fourchette entre 150 000 et 200 000 ETP a été retenue. Il s'agit de la hausse des effectifs nécessaires à l'accompagnement (à taux d'encadrement constant) des personnes âgées en perte d'autonomie à l'horizon 2030. Il ne s'agit donc pas des besoins de recrutement qui seront nécessairement plus élevés du fait des départs.

UN TEMPS PROFESSIONNEL AUPRÈS DE LA PERSONNE ÂGÉE INSUFFISANT

> *Le manque de personnel, c'est la catastrophe. Théoriquement l'aide-soignante doit passer 10/15 minutes mais elles n'ont pas le temps. On ne peut pas parler. Elles sont gentilles mais elles n'ont pas le temps.*
>
> (Femme, 73 ans, EHPAD Paris)

> *Moi, j'ai fait de la maison de retraite, c'était limite de l'usine, on passait 5 minutes par patient. Vous vous rendez-vous compte ? On a 12 minutes pour faire une toilette, officiellement, alors qu'il faut 45 minutes pour faire correctement ma toilette d'une personne âgée, vu son rythme. 12 minutes c'est pas possible !*
>
> (personnel soignant, domicile)

La présence humaine auprès des résidents en EHPAD, mesurée à travers le taux d'encadrement, est aujourd'hui insuffisante malgré les améliorations récentes. Selon des données concordantes de la DREES et de la CNSA, le taux d'encadrement[24] était de 62,8 ETP pour 100 résidents (tout personnel confondu) au 31.12.2015.

Le taux d'encadrement en établissement augmente mais reste insuffisant

L'insuffisance de ce taux d'encadrement a été soulignée dans de nombreux rapports. Elle a été récemment rappelée dans le rapport des députées Caroline Fiat et Monique Iborra de mars 2018[25], qui retient une cible de norme d'encadrement en personnel au chevet des résidents (aides-soignants et infirmiers) de 0,6 ETP, ce qui rapprocherait le taux total à 0,93 ETP par résident. Le Conseil de l'âge du HCFEA propose dans sa note du 6 décembre 2018[26] de se donner comme objectif une norme d'encadrement de 0,8 ETP par résident.

Le taux d'encadrement en EHPAD a certes sensiblement augmenté depuis 2007, passant de 57,2 à 62,8. Toutefois cette amélioration quantitative et qualitative de l'accueil en établissement s'est faite dans un contexte de hausse tendancielle du degré de dépendance et des besoins de soins des personnes accueillies. Cette nouvelle donne a partiellement neutralisé les efforts réalisés sur le taux d'encadrement. La hausse du taux d'encadrement n'est toutefois pas le simple reflet de la hausse du niveau de dépendance des personnes accueillies, puisqu'elle reste vraie à niveau de dépendance donné.

De fortes disparités sont constatées selon les établissements

Le taux d'encadrement en EHPAD connaît de fortes disparités selon le statut juridique des établissements. Alors que les structures privées à but lucratif accueillent des personnes âgées aussi dépendantes que les structures publiques, leur taux d'encadrement est inférieur de 12 points. Selon les données disponibles (2015), les taux d'encadrement varient ainsi de 55,5 en EHPAD privé lucratif à 67,9 dans les EHPAD publics.

À domicile, la présence des professionnels est en hausse, mais les difficultés de recrutement importantes

La présence des professionnels au domicile semble globalement en hausse sur la période récente, qu'on la mesure par le nombre de places de SSIAD ou par le volume des plans d'aide APA.

Tout d'abord, le nombre de places de SSIAD a crû de 27 % entre 2008 et 2016 alors que le nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile a augmenté

24. Le taux d'encadrement est obtenu en rapportant les effectifs du personnel en équivalent temps plein (ETP) au nombre de résidents. Le résultat est exprimé en ETP pour 100 résidents.

25. Caroline Fiat, Monique Iborra, « Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes », enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 14 mars 2018

26. Contribution du Conseil de l'âge à la concertation Grand âge et autonomie, « Note n°3 : Les politiques de soutien à l'autonomie des personnes âgées », adopté en séance le 6 décembre 2018

Taux d'encadrement pour 100 résidents

	2007		2011		2015	
	Total	dont personnel soignant	Total	dont personnel soignant	Total	dont personnel soignant
EHPAD publics	61,1	*29,2*	66,0	*32,4*	67,9	*33,1*
EHPAD privés à but non lucratif	52,7	*20,3*	56,2	*23,1*	59,1	*25*
EHPAD privés à but lucratif	51,9	*18,4*	53,2	*20,3*	55,5	*23,4*
MOYENNE EHPAD	**57,2**	***24,9***	**60,8**	***27,5***	**62,8**	***28,7***
Maison de retraite non EHPAD	44,0	*14,3*	40,2	*9,9*	38,1	*6,1*
Résidences autonomie	13,7	*1,6*	13,4	*1*	13,2	*1*
Unités de soins de Longue durée (USLD) des hôpitaux*	77,4	*48,7*	92,4	*65*	102,6	*72,7*
MOYENNE GÉNÉRALE	**54,7**	***23,6***	**54,7**	***23,6***	**57,0**	***26,4***

**champ non constant*
Source : DREES, Enquêtes EHPAD

de seulement 12 % sur la période : la part des bénéficiaires de l'APA à domicile pouvant bénéficier d'une place de SSIAD est ainsi passée de 15 % en 2008 à 17 % en 2016.

Concernant les plans d'aide APA, les données sur la période 2007-2011 permettent de mettre en évidence une baisse significative de la médiane des plans notifiés selon le HCFEA[27].

En outre, sur la période 2012-2015, la dépense d'APA par allocataire a baissé. Toutefois, selon la DREES, les plans d'aide à domicile sont repartis nettement à la hausse depuis 2016 consécutivement à la loi ASV, qui s'est notamment traduite par une hausse des plafonds nationaux (de 18 % à 30 %). Après avoir globalement stagné de 2009 à 2015 (-0,2 % en 6 ans), les dépenses d'APA à domicile des conseils départementaux ont ainsi crû de 6,5 % entre 2015 et 2017[28] (cf. ci-avant). La hausse des plans d'aide s'effectue progressivement au fil des révisions des plans d'aide. Fin 2017, selon la DREES, 46 % des personnes en GIR 1 à domicile, 36 % des GIR 2, 28 % des GIR 3 et 14 % des GIR 4 ont un plan d'aide supérieur au plafond existant avant la mise en place de la loi ASV : ces proportions sont un peu inférieures à la part des personnes ayant un plan saturé avant la loi selon la DREES, ce qui signifie que la montée en charge n'était pas encore complètement achevée fin 2017. Toutefois, la concertation a pu établir que l'exécution des plans d'aide pouvait être freinée par les difficultés de recrutement qu'éprouvent les services d'aide à domicile.

Outre le manque de temps auprès de la personne âgée lié à l'insuffisance des effectifs, la dégradation des conditions de travail et plus généralement le manque d'attractivité du secteur confortent les difficultés de recrutement.

DES TENSIONS SUR LES EFFECTIFS AGGRAVÉES PAR LA DÉGRADATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL

« Ils ont besoin de parler mais on doit couper court car on sait qu'on est en retard et c'est frustrant de laisser une personne en souffrance psychologique. »

(Personnel soignant, domicile)

« Normalement, on est censé travailler sur l'autonomie. Mais comme on n'a pas le temps, on ne peut pas conserver leur autonomie. »

(Personnel soignant, EHPAD)

27. Source : HCFEA, Rapport du Conseil de l'âge : La prise en charge des aides à l'autonomie et son incidence sur la qualité de vie des personnes âgées et de leurs proches aidants, décembre 2017

28. Source : DREES, les dépenses d'aide sociale départementale.

Les métiers sont exigeants, stressants et en pleine mutation

La dégradation des conditions de travail pour les métiers du grand âge est en partie liée au manque d'effectif et aux difficultés de recrutement et de fidélisation. Elle s'explique également par les pratiques d'organisation et de management, très hétérogènes dans des secteurs, à domicile comme en établissement, marqués par une forte variabilité de taille des structures. La réduction des temps d'intervention, l'intensification des rythmes de travail, la transformation des publics pris en charge et l'accroissement des besoins de médicalisation des résidents en EHPAD, transforment les conditions d'exercice de ces métiers. Des métiers exigeants, au contact de personnes fragiles en attente d'une disponibilité, d'une présence et d'une chaleur humaine que les professionnels ne peuvent souvent pas offrir, faute de temps. Cette crise du couple aidant/aidé génère souvent insatisfaction et souffrance chez la personne âgée, stress et souffrance au travail chez les professionnels. Elle crée les conditions objectives de situations potentiellement porteuses de maltraitance, à domicile comme en établissement.

Les données sur l'absentéisme et les accidents du travail sont préoccupantes

L'absentéisme touche massivement les métiers du grand âge. Dans les EHPAD, le taux d'absentéisme médian (hors formation) atteint 10 % en 2016[29], avec une valeur maximale à 13,5 %. Dans les SPASAD, la médiane s'établit à 9,6 % avec une valeur maximale à 16 %. À titre de comparaison, la médiane nationale s'établit à 8,8 % pour l'ensemble des établissements et services médico-sociaux (englobant les établissements et services pour les personnes en situation de handicap).

Autre signe de cette dégradation silencieuse des conditions de travail, et principal signal d'alerte, le secteur est particulièrement touché par les accidents du travail qui augmentent depuis plusieurs années. La fréquence et la gravité des accidents du travail et des maladies professionnelles sont pratiquement le triple de celles observées pour l'ensemble des activités.

3 FOIS PLUS D'ACCIDENTS DU TRAVAIL DANS LE SECTEUR QU'EN MOYENNE NATIONALE

D'après les chiffres fournis par la Caisse nationale d'assurance maladie, les indices de fréquence[30] en 2016 sont élevés et en hausse :

- dans les hébergements médicalisés pour personnes âgées, l'indice s'établit à 94 en 2016, contre 85 en 2012. Le principal risque est la manutention manuelle, et dans une moindre mesure la chute de plain-pied ;
- dans l'aide à domicile, l'indice de fréquence s'établit à 95 en 2016, contre 79 en 2012. Le principal risque est la manutention manuelle, et dans une moindre mesure la chute de hauteur et la chute de plain-pied.

À titre de comparaison, sur les 732 codes de la nomenclature des secteurs d'activité, seuls 15 présentent un indice de fréquence supérieur à 90. L'indice moyen tous secteurs confondus se situe à 33,8 en 2016.

Le turnover est important

Dernier signe de la dégradation des conditions de travail, le grand âge est confronté à une rotation des effectifs plus rapide que les autres métiers du secteur médico-social. Les taux de rotation médians des personnels dans les établissements et services médico-sociaux dédiés aux personnes âgées sont supérieurs à la médiane du secteur médico-social dans son ensemble : 9,3 pour les EHPAD, 13,6 pour les SPASAD, 9,6 pour les SSIAD , contre 8,3 pour l'ensemble du médico-social.

29. Source : tableau de bord de l'ANAP, juin 2018

30. Nombre d'accidents du travail donnant lieu à un arrêt de travail pour 1000 salariés

UN MANQUE D'ATTRACTIVITÉ DES MÉTIERS LIÉ AUX INSUFFISANCES DE LA FORMATION ET DES PERSPECTIVES DE CARRIÈRE

Les difficultés de recrutement, le manque de temps professionnel utile en proximité de la personne et la forte dégradation des conditions de travail sont trois facteurs du manque d'attractivité des métiers du grand âge.

Ces trois facteurs rétroagissent souvent, le manque de personnel entraînant une dégradation des conditions de travail pouvant aggraver par ses conséquences les situations de pénurie et les difficultés de recrutement. Outre ces trois facteurs, d'autres éléments contribuent largement à dégrader la qualité de l'accompagnement et du soin fourni aux personnes âgées et à dévaloriser les métiers.

L'image des métiers du grand âge dans l'espace public est désagréable

L'engagement quotidien des professionnels du secteur, dans des conditions parfois difficiles, doit être fortement souligné. Mais il n'est que peu reconnu et l'image globale de leurs métiers n'est pas bonne.

Le manque de reconnaissance dont ils souffrent, largement exprimé par les professionnels entendus dans le cadre de la concertation, fait écho à une vision globalement négative du grand âge et de la place assignée à la personne âgée, qui déteint sur l'estime de soi des professionnels. La question de l'utilité de l'auxiliaire de vie ou de l'aide-soignant est intrinsèquement liée à celle de la citoyenneté de la personne âgée.

Les comportements de maltraitance, aussi inacceptables que minoritaires, viennent cristalliser la mauvaise image du secteur médico-social et singulièrement de celle des EHPAD.

La formation est insuffisante

Malgré les progrès enregistrés, la formation actuelle des professionnels, à tous les niveaux hiérarchiques, ne permet pas de répondre à l'évolution des besoins des personnes. Le renforcement de la formation est perçu comme indispensable dans tous les métiers, à la fois pour gagner en compétences, mais aussi pour décloisonner les métiers et faciliter le travail en équipe.

Avec l'accroissement des niveaux de dépendance, la prise en compte de la complexité de l'accompagnement des personnes âgées dans les formations initiales et continues de l'ensemble des intervenants est aujourd'hui insuffisante. Ce constat, valable pour l'ensemble des intervenants, concerne de nombreux domaines : aptitudes relationnelles, fonctions de coordination des interventions, approches de la stimulation cognitive, spécificités liées notamment aux maladies neurodégénératives, accompagnement à la fin de vie etc. Pour le personnel d'encadrement, les formations en **management d'équipe et en management de la qualité**, notamment au niveau de la formation continue, sont peu développées.

Enfin, l'entrée dans les métiers est souvent insuffisamment préparée et les réorientations de demandeurs d'emploi par le service public de l'emploi fondées sur des pratiques d'évaluation des compétences en décalage avec la réalité des métiers du grand âge.

Les rémunérations sont modestes et se cumulent souvent à domicile, avec une fréquence élevée de temps partiels plus ou moins subis

La fiscalité du secteur n'est d'ailleurs pas neutre et encourage le recours au temps partiel (cf. encadré). Pour les interventions à domicile, le salaire des professionnels des catégories A et B est d'environ 1 100 € bruts par mois pour un temps moyen de 100h/mois[31]. Dans les EHPAD, le salaire moyen d'un aide-soignant varie entre 2 020 euros bruts par mois pour le secteur privé et 2 189 euros bruts par mois pour le secteur public, en 2015 »[32].

Les salariés ont bénéficié des récentes mesures gouvernementales : extension de la prime d'activité et exonérations des cotisations salariales pour les heures supplémentaires.

31. Source : rapport de branche 2017 de la branche de l'aide à domicile

32. Source : INSEE, DADS 2015 et SIASP.

Les perspectives de carrière sont réduites et les métiers restent cloisonnés

La logique de parcours professionnels, à travers des perspectives de montée en compétences ou en responsabilité dans le secteur du grand âge ou par des évolutions professionnelles vers d'autres publics vulnérables (personne en situation de handicap, enfants) est très peu développée. De plus, les cloisonnements entre les métiers restent forts. Ces logiques de silos se retrouvent au niveau des formations, trop peu souvent construites dans une logique de dialogue entre métiers et d'échanges d'expertises.

Un grande diversité de statuts

La grande diversité des statuts prive le régulateur de leviers de pilotage d'une stratégie globale et intersectorielle de promotion des métiers du grand âge. Les personnels peuvent en effet relever de la fonction publique hospitalière, de la fonction publique territoriale, des conventions collectives du secteur privé non lucratif, des conventions collectives du secteur privé lucratif et de la convention collective des particuliers employeurs. Les statuts et règles applicables sont donc particulièrement disparates. La capacité à piloter, au niveau national ou régional, une stratégie intersectorielle s'en trouve très amoindrie.

* *
*

Un double phénomène ressort fortement de la concertation et s'est renforcé dans la période récente, principalement pour les métiers d'aide-soignant et d'auxiliaire de vie :

- une insuffisance quantitative : difficultés croissantes de recrutement et de fidélisation, fort absentéisme, taux particulièrement élevé et en augmentation des accidents du travail ;
- une insuffisance qualitative : dégradation des conditions de travail auprès de la personne âgée, insuffisance de la préparation des entrées dans le métier, référentiels de compétences et de formation inadaptés, outils du service public de l'emploi tenant peu compte des spécificités des métiers de l'âge, faibles perspectives de parcours professionnel.

Une spirale négative est en place, reliant les difficultés de recrutement, la dégradation des conditions de travail, la moindre qualité de l'accompagnement de la personne, le manque d'attractivité du secteur dû notamment à la mauvaise image des métiers. Et la plupart de ces difficultés sont des facteurs de risque pour la personne âgée en perte d'autonomie.

Ce constat est d'autant plus préoccupant que les besoins en emploi seront, comme il a été dit plus haut, très importants dans les années à venir compte tenu des transformations de notre démographie.

Ce sujet de revalorisation des métiers de l'accompagnement du très grand âge doit donc être au cœur de toute stratégie « grand âge et autonomie ».

La taxe sur les salaires encourage le recrutement à temps partiel

En 2016, la taxe sur les salaires comptait plus de 165 000 redevables. Elle concerne essentiellement les secteurs de la santé et du médico-social d'une part, les entreprises du secteur financier d'autre part. Son produit est recouvré par la direction générale des finances publiques (DGFiP) et, depuis 2006, affecté à la sécurité sociale. Son rendement attendu en 2018 est de 14,2 Md€. Pour rappel, le secteur associatif assujetti à la taxe représente, sur le champ de l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie, environ 60 % de l'offre de services prestataires à domicile et 30 % de l'offre en établissement*.

La taxe est calculée à partir d'un barème progressif qui s'applique aux rémunérations individuelles annuelles versées sans tenir compte de la quotité de travail. Le barème a été fixé par les lois des 9 octobre et 29 novembre 1968 et n'a quasiment pas été modifié depuis. Dès lors, la majorité des salaires est désormais assujettie au taux maximal. L'abattement consenti aux associations, aux syndicats professionnels et aux mutuelles a été porté de 6 000 € à 20 000 € en 2014.

Comme le note la Cour des Comptes dans un référé de juillet 2018 : « Au-delà de la complexité qui en résulte pour les redevables, les règles de calcul de la taxe sur les salaires vont à l'encontre des objectifs de la politique de l'emploi **en incitant au recours à des salariés à temps partiel ou à une rotation rapide des salariés sur un même poste de travail.** En effet, le barème de la taxe sur les salaires s'applique par salarié en fonction de seuils de rémunérations annuelles, non proratisés en fonction de la durée dans l'emploi. Recourir à des salariés à temps partiel ou employer plusieurs salariés successivement sur le même poste dans l'année permet ainsi d'éviter ou de limiter l'application des taux majorés. Au voisinage du SMIC, le surcoût d'un temps complet par rapport à l'embauche de 2 mi-temps est de 90€ par mois pour une association de 100 salariés et de 70€/mois pour une association de 20 salariés.

* Sources : DARES, 2018, « Les services à la personne en 2016 : l'activité se stabilise », DARES Résultats n°17 et DREES, Enquête EHPA 2015

L'ATTENTE D'UNE MEILLEURE PRISE EN COMPTE DES RESSOURCES DANS L'ATTRIBUTION DES AIDES ET LE CHOIX D'UNE COUVERTURE PUBLIQUE

Si le reste à charge des personnes âgées à domicile est maîtrisé, il reste élevé en établissement. Les Français sont attachés à un principe de différenciation de l'aide financière selon la capacité des personnes âgées à participer, dans un contexte où, d'une part, le niveau de vie relatif des plus de 65 ans en France est le plus élevé de l'OCDE et où leur patrimoine relatif augmente continûment depuis 1992. Par ailleurs, l'assurance dépendance privée n'est actuellement pas identifiée comme un complément généralisable à la prise en charge publique.

UN RESTE À CHARGE MAÎTRISÉ À DOMICILE MAIS ÉLEVÉ EN ÉTABLISSEMENT

À domicile, le reste à charge est maîtrisé

À domicile, la prise en charge est quasi totale pour les dépenses de soins. Elle est solvabilisée par l'APA et le crédit d'impôt pour les dépenses d'accompagnement dans les actes de la vie quotidienne. Le reste à charge a été considérablement réduit par la loi ASV, en particulier pour les plus gros plans d'aide, et la transformation de la réduction d'impôt en crédit d'impôt en loi de finances pour 2017. Selon la DREES, le reste à charge après crédit d'impôt est en moyenne de 10 % du plan d'aide, soit environ 60 €/mois. Celui-ci est modulé en fonction des revenus : il est nul pour des revenus inférieurs à 810,96 € par mois et supérieur à 320 €/mois pour les revenus supérieurs à 3 600 €/mois. Dans sa contribution à la concertation, le Haut Conseil de la Famille de l'Enfance et de l'Âge (HCFEA) note ainsi que le reste à charge à domicile est « raisonnable » à une double condition. Il faut tout d'abord que le crédit d'impôt soit rendu contemporain pour limiter les difficultés de trésorerie, mais aussi que les plafonds des différents dispositifs soient revus périodiquement en fonction de la hausse des coûts de revient.

Le reste à charge demeure élevé en établissement

Si les prestations de soins sont couvertes à 100 % et celles relatives à la section « dépendance » aux deux tiers environ par l'APA, les prestations de la section « hébergement » (hôtellerie, restauration, animation) sont à la charge des ménages. L'allocation logement et la réduction d'impôt solvabilisent légèrement ces dépenses, mais de façon différenciée en fonction des revenus. Selon la DREES[33], les revenus les plus faibles (via l'allocation logement) et les plus élevés (via la réduction d'impôt pour frais d'hébergement) bénéficient d'une aide cumulée de l'ordre de 200 €/mois mais celle-ci est minimale pour les revenus compris entre 1 000 et 1 600 € par mois.

Au total, selon l'enquête Care de la DREES, le reste à charge après aides diverses atteint 1 850 € par mois (niveau médian avant aide sociale à l'hébergement) et excède les ressources courantes de la personne âgée dans 75 % des cas. Les personnes qui sont dans l'incapacité d'acquitter le coût de l'hébergement peuvent toutefois solliciter l'aide sociale à l'hébergement des départements (cf. encadré). Environ 20 % des résidents en EHPAD, soit 100 000 personnes bénéficient de cette aide différentielle qui donne lieu à obligation alimentaire

33. Source : Fizzala A. (DREES), 2016, « Dépendance des personnes âgées : qui paie quoi ? L'apport du modèle Autonomix », Les Dossiers de la DREES, n° 1, Mars.

des descendants et à récupération sur succession. Les 55 % restants, dont les ressources ne couvrent pas le coût de l'hébergement, sollicitent leurs proches ou puisent dans leur épargne pour financer leur hébergement en établissement.

Par ailleurs, ce reste à charge est différencié selon le type de structure : en 2011, avant ASH, il atteignait 1580 € /mois en moyenne en EHPAD public, 1730 €/mois en EHPAD privé non lucratif et 2260 €/mois en EHPAD privé lucratif[34].

34. Source : Fizzala A. (DREES), 2016, op. cit.

RESTE À CHARGE EN MOYENNE :

60 EUROS/MOIS À DOMICILE

1850 EUROS/MOIS EN ÉTABLISSEMENT

UN ATTACHEMENT À LA MODULATION DE L'AIDE FINANCIÈRE SELON LES REVENUS

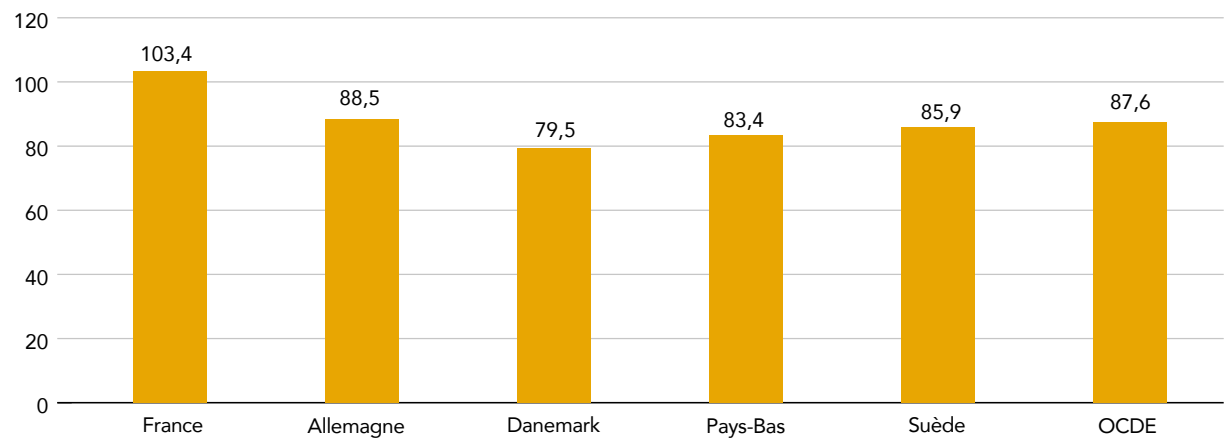
Pour 66 % des Français, c'est à l'État de prendre en charge financièrement les personnes âgées en perte d'autonomie. Ils sont par ailleurs 70 % à considérer que l'aide visant à compenser les surcoûts liés à la dépendance doit être accordée uniquement aux personnes disposant de faibles revenus. Seuls 30 % sont favorables à une prise en charge identique, quel que soit le niveau de revenu[35].

MALGRÉ DES DISPARITÉS, UN NIVEAU DE VIE RELATIF DES PLUS DE 65 ANS LE PLUS ÉLEVÉ DE L'OCDE

En France, la situation relative des plus âgés en termes de niveau de vie apparaît favorable, même si la moyenne dissimule de fortes disparités. Selon le Conseil d'orientation des retraites, le niveau de vie moyen des retraités est supérieur au niveau de vie moyen de la population dans son ensemble depuis 1996 alors qu'il était 30 % plus faible en 1970. Il ne pourrait repasser en deçà qu'à partir de 2035. Par

35. Source : DREES, Baromètre d'opinion 2017.

Revenus relatifs des plus de 65 ans en 2015 (en % du revenu de la population totale)



Source : OCDE, Panorama des retraites 2017

ailleurs, les revenus des plus de 65 ans, relativement à ceux du reste de la population, sont les plus hauts de l'OCDE : ils sont 17 % à 30 % plus élevés que dans les pays qui sont souvent cités en exemple pour leur prise en charge de la perte d'autonomie : Allemagne, Danemark, Pays-Bas ou Suède.

De même, le patrimoine relatif des plus de 60 ans n'a cessé d'augmenter depuis 1992, alors qu'il a diminué pour les autres classes d'âge. La concertation a établi qu'environ 40 % des plus de 70 ans ont des revenus et un patrimoine financier leur permettant de faire face à une dépendance longue en EHPAD (6 ans) et que cette proportion dépasse 75 % si l'on intègre le patrimoine immobilier[36].

Même si la mobilisation du patrimoine immobilier, sauf celui des retraités modestes, peut s'avérer délicate, du fait notamment de son illiquidité, un consensus s'est dégagé dans la concertation sur le fait que les évolutions proposées doivent veiller :

- d'une part à respecter **un principe d'équité intergénérationnelle** et ne pas organiser un transfert des actifs vers les générations nées dans l'immédiat après-guerre ;
- d'autre part à respecter **un principe d'équité intragénérationnelle** en améliorant en priorité la situation et la prise en charge des personnes âgées les moins bien dotées en termes de revenus et de patrimoine.

Ces principes d'équité intergénérationnelle et intragénérationnelle font ainsi écho aux préoccupations des Français.

36. Source : Exploitation de l'enquête patrimoine de l'Insee dans le cadre de l'atelier 3 « Nouveaux Financements ».

Aide sociale à l'hébergement : des freins au recours

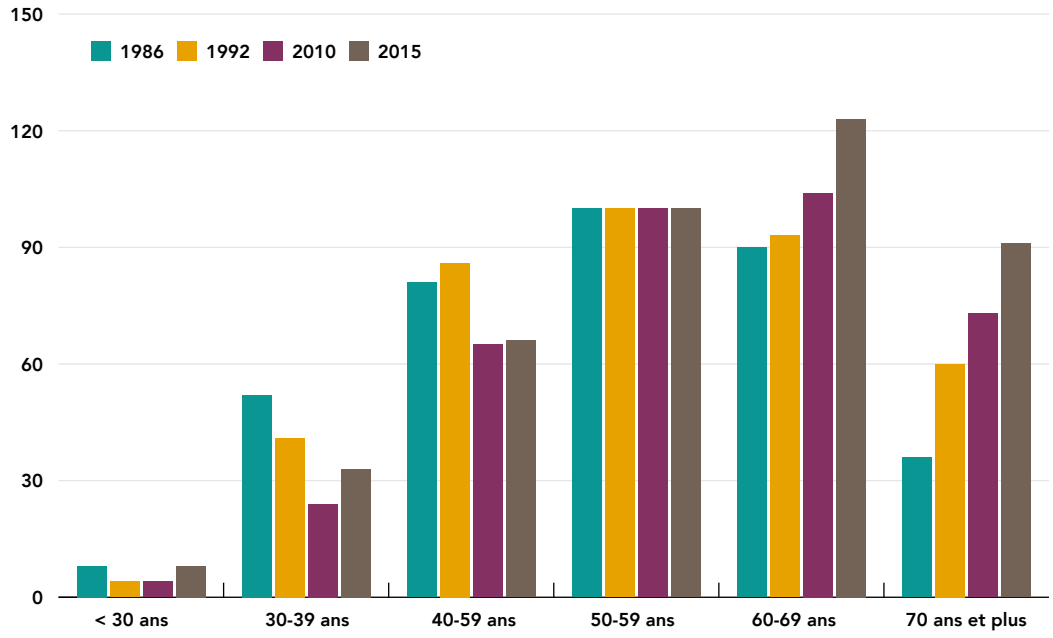
L'aide sociale à l'hébergement est une aide attribuée, gérée et financée par le Conseil départemental qui vise à solvabiliser l'hébergement en établissement (EHPAD, ESLD, et, pour les moins dépendants, résidence autonomie). Elle a un caractère subsidiaire c'est-à-dire qu'elle vient en complément des ressources de la personne (prestations sociales incluses) : 90 % des ressources du bénéficiaire sont ainsi mobilisées, sans que le montant mensuel laissé au bénéficiaire ne puisse être inférieur à 1 % du montant annuel de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (soit environ 104 € par mois). En outre, elle donne lieu à obligation alimentaire (le Conseil départemental réalise une enquête sociale déterminant la participation des descendants) et à récupération sur succession (dès le premier €).

Pour y prétendre, le bénéficiaire doit être âgé de 65 ans et plus (ou 60 ans et plus si reconnaissance de l'inaptitude au travail), disposer de ressources inférieures au coût de l'hébergement et résider dans un établissement habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale. Fin 2015, selon l'enquête EHPA de la DREES, environ 7 800 établissements sur 10 600 sont habilités à l'aide sociale en totalité ou de manière partielle. Au total, 510 000 places sont habilitées dont 440 000 en EHPAD soit près de trois quarts de la capacité totale. Ainsi 99 % des EHPAD publics et 91 % des EHPAD privés non lucratifs sont habilités (totalement ou partiellement) contre seulement 42 % des EHPAD privés lucratifs. Le tarif hébergement des places habilitées à l'aide sociale est fixé par le Conseil départemental et il s'applique quel que soit le statut de la personne (bénéficiaire de l'ASH ou non).

Selon la DREES, fin 2017, 119 000 personnes âgées bénéficient de l'ASH dont un peu plus de 100 000 en EHPAD. Les dépenses départementales d'aide sociale à l'hébergement nettes des contributions des bénéficiaires, des obligés et des récupérations sur succession, s'élèvent à environ 1,27 Mds en 2016.

Le non-recours à l'aide sociale à l'hébergement est élevé puisqu'à peine 20 % des résidents en EHPAD en bénéficient alors que 75 % n'ont pas les ressources courantes permettant de couvrir le tarif hébergement. Selon l'Igas (« Modalités de mise en œuvre de l'aide sociale à l'hébergement », 2011), ce non-recours serait principalement dû à l'obligation alimentaire, le principe de récupération sur succession étant mieux accepté. La mission jugeait ainsi que « la mise en œuvre [de l'obligation alimentaire] suscite des conflits et des contentieux dont l'impact sur les personnes vulnérables est désastreux. Au-delà de son effet dissuasif, elle renforce la situation de dépendance des personnes âgées vis-à-vis de leur entourage et on ne peut exclure, ni dénombrer, les maintiens à domicile, décidés par les obligés, nuisibles à la personne âgée ». Toutefois, certains membres de la concertation ont noté a contrario que l'obligation alimentaire matérialise les devoirs familiaux et que la plupart des descendants contribuent spontanément (sans déclencher l'ASH) à la prise en charge de leurs ascendants en EHPAD.

Patrimoine net médian par ménage, selon l'âge de la personne de référence (médiane 50-59 ans =100)



Extrait de Dherbécourt, 2017, « Peut-on éviter une société d'héritiers ? », Note d'analyse de France stratégie n° 51. Source : Insee, enquêtes actifs financiers 1986, 1992, enquête patrimoine 2010, 2015

LES FRANÇAIS PRIVILÉGIENT UNE COUVERTURE PUBLIQUE DU RISQUE

L'assurance dépendance privée est peu développée et n'apparaît pas actuellement comme un complément généralisable à la prise en charge publique.

Les organismes complémentaires (FFA, FNMF, CTIP) estiment à 7,1 millions le nombre d'individus disposant fin 2017 d'une couverture contre le risque de perte d'autonomie. Le marché n'est pas mature à ce stade : 225 M€ ont été versés par les sociétés d'assurance en 2015, à rapporter aux 6,3 Md€ de dépenses de prise en charge de la perte d'autonomie financées par les ménages en 2014. Environ 67 % des personnes couvertes bénéficient de garanties annuelles, qui n'offrent pas de droits au-delà de l'année de souscription. Dans tous les cas, les rentes sont forfaitaires et non indemnitaires : il s'agit toujours d'une rente dont le montant est défini ex ante, versée en cas de réalisation du risque, mais pas d'une couverture complète des coûts. En outre, de nombreux freins ont été identifiés : côté demande, c'est d'abord l'éloignement temporel du risque de dépendance par rapport à la cotisation, côté offre les produits actuels sont entourés d'incertitudes :

- sur les référentiels d'évaluation de la perte d'autonomie nombreux et hétérogènes,
- sur les clauses de revalorisation des montants de garantie essentielles pour anticiper un taux de couverture des dépenses futures,
- sur la continuité des droits de l'assuré en cas d'arrêt du paiement des cotisations.

À ce stade, l'assurance privée apparaît ainsi comme un complément –modeste – à la prise en charge publique. De fait, selon une étude Kantar pour la Fondation Médéric Alzheimer réalisée en mai 2016, une majorité de Français se prononce en faveur d'une assurance publique plutôt que d'une assurance privée obligatoire. Dans le cadre de la consultation citoyenne en ligne organisée par la concertation (cf. résultats en annexe), le fait d'encourager un financement privé de la dépendance est ainsi apparu comme « une proposition repoussoir ».

Récemment, des propositions pour une répartition provisionnée ont émergé, mais elles continuent de faire payer le ménage modeste comme celui du cadre supérieur et les jeunes pendant de très nombreuses années pour un risque qui demeure éventuel.

UN MANQUE DE COORDINATION AUTOUR DE LA PERSONNE SOURCE DE RUPTURES DE PARCOURS, DE DÉFAUT DE PRÉVENTION ET D'ISOLEMENT

LA PRÉVENTION, ENJEU MAL RECONNU ET PEU SOUTENU

Si la perte d'autonomie n'est pas une fatalité, la prévention occupe aujourd'hui une place insuffisante dans les politiques du grand âge. L'offre de prévention devra intégrer la nouvelle approche portée par le programme ICOPE (Integrated care for older people) de l'OMS. Elle devra aussi englober les actions collectives engagées dans une logique de parcours santé- prévention s'appuyant sur un diagnostic individuel des besoins.

Les effets du vieillissement sont difficiles à anticiper

Se penser vieux et plus encore s'imaginer physiquement ou psychiquement diminué ne va pas de soi. À l'époque du boom démographique des 30 années d'après-guerre, les représentations collectives ont largement occulté l'image de la grande vieillesse et des marques du temps qui l'accompagnent. Ce n'est que peu à peu, face au vieillissement progressif de la population et aux opportunités de nouveaux marchés qu'il annonçait, que les plus âgés ont retrouvé un visage et droit de cité sur les petits écrans. Mais individuellement, un vieux fond de fatalisme subsiste également, nourri par le sentiment que les jeux sont faits et qu'il sera toujours temps d'aviser le moment venu. C'est ainsi que l'achat du logement s'effectue sans veiller aux conditions d'accessibilité et d'adaptation au grand âge ou à la présence de services de proximité, si le périmètre de mobilité se réduit.

Les difficultés d'anticipation des effets du vieillissement ne facilitent pas le déploiement d'une politique de prévention de la perte d'autonomie efficace.

> *« J'ai un couple de 80 ans qui a déménagé il y a 3 ans. Ils ont fait aménager l'appartement, mais avec chambre et salle de bains à l'étage. Il y a 3 ans ils n'ont pas anticipé alors qu'ils avaient 77 ans. »*
>
> (assistante sociale, MSA)

> *« Je vais vous dire comment ça se passe. C'est comme quand vous avez un appareil. C'est seulement quand il est en panne que vous regardez le mode d'emploi, avant vous n'y pensez pas. »*
>
> (Homme, 81 ans, domicile, région de Lyon).

Les Français vivent plus longtemps que leurs voisins mais en moins bonne santé

La situation de la France, très mal placée s'agissant de l'espérance de vie à 65 ans en bonne santé, justifie plus que jamais de s'investir très fortement dans ce domaine.

La politique n'est pas suffisamment basée sur l'approche capacitaire de l'individu

Très associée aux campagnes de vaccination ou de dépistage, la prévention est marquée par une approche sanitaire. Or la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées doit reposer sur un repérage des facteurs de fragilité qui couvre un champ bien plus large. Celui-ci inclut notamment

les conditions de vie et le lien social ainsi que des actions visant à rendre réversibles ces facteurs de fragilité. L'approche promue depuis l'automne 2018 par l'OMS s'appuyant sur les résultats de plusieurs études scientifiques concordantes[37], prévoit ainsi la surveillance et le maintien des cinq fonctions essentielles de l'individu : la mobilité, la cognition, les fonctions sensorielles (audition, vision), le psychosocial et la vitalité/nutrition.

L'ambition du programme ICOPE est ainsi d'augmenter l'espérance de vie sans incapacité, et de diminuer la prévalence de la perte d'autonomie. Elle se base sur une approche biologique, clinique, sociale et environnementale, augmentant les réserves fonctionnelles dans les premiers stades du vieillissement. Elle permet de prévenir le déclin fonctionnel dans les stades tardifs en intervenant précocement en cas de perte de fonction.

La nouvelle politique préventive repose sur un paradigme innovant qui doit conduire à rééquilibrer les dispositifs pour passer progressivement d'une prise en charge de la dépendance qui reste nécessaire, à la prévention d'un risque de perte d'autonomie par une approche multidimensionnelle précoce.

L'offre de prévention est encore trop éloignée de cette approche.

37. Liste des études scientifiques correspondantes en annexe. Recommandations du *Comité scientifique*.

Espérance de vie à 65 ans

	Totale		dont en bonne santé en %	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
Union Européenne	21,6	18,2	46,8	53,8
Belgique	21,9	18,4	52,1	56,0
Danemark	20,8	18,2	57,2	63,2
Allemagne	21,3	18,1	58,2	63,5
Espagne	23,6	19,4	44,1	53,6
France	**23,7**	**19,6**	**44,7**	**48,5**
Italie	22,9	19,4	44,1	53,6
Pays-Bas	21,1	18,5	46,9	55,7
Suède	21,5	19,1	77,2	79,1
Royaume-Uni	21,1	18,8	52,6	55,3

Source : Eurostat, données 2016

L'espérance de vie, calculée tous les ans par l'Insee, est l'un des indicateurs de santé le plus fréquemment utilisé pour connaître l'état de santé d'une population. Il correspond au nombre moyen d'années qu'une génération fictive peut espérer vivre en étant soumise, à chaque âge, aux conditions de mortalité d'une année donnée. Il ne s'agit donc pas d'un indicateur prédictif mais d'un indicateur synthétique de mortalité puisqu'il est difficile d'anticiper les progrès sanitaires à venir.

Cet aperçu quantitatif de la moyenne des années à vivre peut-être complété par un indicateur qui combine à la fois la dimension quantitative et qualitative pour mieux apprécier le bénéfice de ces années de vie supplémentaires. C'est le cas de « l'espérance de vie sans incapacité », appelée également ici « espérance de vie en bonne santé », qui mesure le nombre d'années qu'une personne peut compter vivre sans souffrir d'incapacité dans les gestes de la vie quotidienne. Cette mesure s'appuie sur les réponses à la question posée dans l'enquête européenne European Union-Statistics on Income and Living Conditions (UE-SILC) : « Êtes-vous limité(e), depuis au moins six mois, à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement ? ». Le dispositif « Statistiques sur les Revenus et les Conditions de Vie des ménages » en constitue la partie française. Il s'agit d'une enquête annuelle avec panel rotatif menée par l'Insee (les ménages peuvent être interrogés jusqu'à 9 années consécutives). Pour l'enquête 2015, 11 390 ménages et 26 644 individus ont été interrogés.

L'offre est mal identifiée et mal ciblée

Dans son rapport de juillet 2018 sur la place des offreurs de soins dans la prévention, le Haut Conseil de la Santé Publique constate « que les actions de prévention et la promotion de la santé sont peu organisées, peu financées et reposent souvent sur des initiatives individuelles ». Ce constat vaut également pour la prévention de la perte d'autonomie, accentué par l'obligation d'y décliner les deux dimensions, sanitaire et sociale, alors que l'organisation de la prise en charge est des plus cloisonnée.

Certes, des offres multiples se sont développées sous l'impulsion des pouvoirs publics (droit périodique à un examen de santé prévu par l'article L321-3 du code de la sécurité sociale) et à l'initiative d'organismes de protection sociale (examens de prévention en santé de l'Assurance Maladie. Les centres d'examen de santé de la CNAM proposent ainsi des actions ciblées sur les personnes éloignées du système de santé et en situation de précarité. Il existe aussi le plan d'aides personnalisé de la CNAVTS, les Instants santé de la MSA, les centres de prévention de l'AGIRC-ARRCO, les centres de santé mutualistes et encore les actions des collectivités territoriales ou de réseaux associatifs.

Ces initiatives se sont développées sans cohérence d'ensemble et sans nécessairement se focaliser sur les personnes âgées. Le résultat de ce foisonnement est qu'une personne âgée peut se retrouver à la croisée de multiples sollicitations d'actions de prévention sans qu'elle puisse réellement en évaluer la pertinence au regard de sa situation. Mais elle peut tout aussi bien ne pas être du tout sollicitée malgré la pluralité d'offres.

La promotion de l'offre de prévention dédiée à la perte d'autonomie est récente. L'inter-régime retraite lui a donné une forte impulsion, grâce à la signature, en 2014, d'une convention qui a permis de déployer sur les territoires une offre commune d'actions collectives à destination des seniors. Cette convention porte sur des sujets tels que la nutrition, la mémoire, le sommeil ou encore l'activité physique et le lien social. Environ 260.000 personnes bénéficient de ces programmes de prévention. Cette offre s'est également traduite par la création, avec Santé Publique France, d'un portail d'information, www.pourbienvieillir.fr. Ce partenariat trouve son prolongement au sein de la conférence de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées mise en place dans le cadre de la loi ASV.

DES INTERVENTIONS INSUFFISAMMENT PENSÉES DANS UNE LOGIQUE DE CONTINUITÉ DES PARCOURS

La perte d'autonomie est un évènement souvent géré dans l'urgence

> *Au niveau des familles, c'est compliqué. Les gens ne vont pas chercher où ils ont l'info et zappent, et le jour où ils ont besoin de l'info... C'est dans l'urgence, c'est souvent lors d'un passage à l'hôpital, ils nous appellent un peu en panique.*
>
> *Il y a l'urgence et l'urgence qui est relative. Ça peut être un enfant qui est en panique de voir que sa maman n'est plus capable de faire ses courses. C'est une situation qui dure déjà depuis quelque temps mais du coup on est dans l'urgence.*
>
> (Assistantes sociales)

La question de l'accompagnement et du soin pour répondre à la perte d'autonomie intervient souvent dans l'urgence. L'hypothèse de l'incident grave et soudain, comme la chute ou l'AVC, vient bien entendu à l'esprit. Mais l'évidence peut également s'imposer suite à un signal faible, comme le réfrigérateur vide ou le gaz non éteint. Elle entraîne la prise de conscience brutale d'un processus de

dégradation qui appelle une réponse immédiate.

Dans ces circonstances, c'est tout l'environnement affectif et familial qui est alors interpellé et confronté aux décisions à prendre. Mais la disponibilité, la proximité, les capacités contributives ne sont pas les mêmes pour tous et ces différences sont parfois génératrices de tensions supplémentaires.

Cette situation de stress, à composantes multiples, est aggravée si l'éventail des choix envisageables n'est pas clair. Si aucun lieu d'accueil n'est en capacité de donner une vision complète sur les possibilités de prise en charge, les accompagnements et les aides disponibles, les arbitrages sont rendus encore plus difficiles.

L'accès à l'information est multiforme et chronophage

Le portail national d'information pour les personnes âgées, mis en ligne en 2015, constitue un progrès indéniable, comme en témoigne un trafic en progression constante (350 000 visites par mois). Son contenu éditorial s'enrichit progressivement. Son accessibilité suppose toutefois une familiarité avec le numérique qui ne va pas encore de soi. Son contenu, malgré les liens avec les sites départementaux, reste aussi généraliste, en particulier sur l'organisation territoriale de l'accompagnement et du soin. Comme l'indique la rubrique contact du portail, « pour obtenir une réponse personnalisée, vous êtes invité à vous rapprocher des points d'information locaux » et « pour les demandes d'APA vous devez vous rapprocher des services du Conseil départemental ».

> *À l'hôpital, il y a plein de dépliants mais il y avait plein de sigles comme AAH, AFP, on n'y comprend rien, j'avais besoin de choses simples.*
>
> (Aidant, homme, 37 ans, Toulouse)

Le médecin traitant est un interlocuteur naturel d'autant qu'il remplit les ordonnances de soins nécessaires au maintien à domicile. Il a certes des correspondants habituels, mais il n'a qu'une vision parcellaire des multiples structures médico-sociales susceptibles d'intervenir. Sa connaissance des conditions d'accès aux aides sociales reste elle aussi souvent limitée.

Les plates-formes territoriales d'appui (PTA), qui ont pour vocation de l'aider dans la gestion de situations complexes, se mettent progressivement en place mais demeurent encore méconnues.

Dans l'hypothèse d'une hospitalisation et/ou d'un séjour en SSR (soins de suite et de réadaptation), le rendez-vous avec le service social est privilégié. L'assistante sociale, très sollicitée et parfois difficilement accessible, dispose certes de documents d'information fournis par les différentes structures d'hébergement ou d'aides à domicile, mais généralement dénués des appréciations qualitatives attendues. Elle renvoie vers les services départementaux ou le CLIC (centre local d'information et de coordination) pour les compléments d'explication et une éventuelle demande d'APA.

Le contact s'établit donc fréquemment avec une mairie (CCAS), un service départemental (maison de l'autonomie), un CLIC, une caisse de retraite ou une association locale de personnes âgées. Mais, outre le délai d'attente pour une évaluation médico-sociale dans le cadre de l'APA, d'autres démarches attendent la personne âgée et son proche aidant. Il faut en effet prendre l'attache, selon les cas, de services à domicile ou d'établissements d'hébergement, parfois sélectionnés selon l'habilitation à l'aide sociale et/ou la proximité avec le département.

L'accompagnement à domicile pâtit d'un manque de coordination

L'accompagnement à domicile mobilise une pluralité de compétences, celles du médecin traitant, du pharmacien, des auxiliaires médicaux, des transporteurs sanitaires, des prestataires de dispositifs médicaux, des aides à domicile. La **multiplicité des acteurs** devrait imposer le principe d'une coordination, pour assurer la continuité de cet accompagnement, mais également pour garantir une fluidité des interventions auprès de la personne âgée et le respect de ses habitudes de vie.

Mais le constat prévaut que cette coordination, sauf sur certains territoires[38], reste très insuffisante en raison :

- de la difficulté des services de soins ou d'aide à

38. Les expérimentations PAERPA (Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie) ont permis, avec des modalités et des résultats divers selon les territoires, de rendre beaucoup plus effective cette coordination de proximité, qui est aussi un enjeu des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

domicile, confrontés à **l'absentéisme et aux difficultés de recrutement** des professionnels, à assurer une grande régularité dans les horaires de présence ;

- **du turn-over excessif** du personnel, déstabilisant pour l'organisation et pour la personne âgée elle-même ;
- de **l'absence de référent** et de document de suivi centralisé pour assurer un bon séquençage des interventions, éviter les « télescopages » mais aussi alerter en cas d'absence non programmée du patient.

Ce dernier constat rappelle que la personne, comme son entourage (aidants ou famille) est le grand oublié des **systèmes d'information actuels**, excessivement cloisonnés. Cette situation engendre des difficultés d'accès à l'information et aux droits de la personne âgée. Ce manque de partage entre les différents intervenants constitue un frein à une prise en charge coordonnée de la personne âgée dans une logique de parcours de vie.

La diversité des modèles organisationnels, la modestie des instruments financiers mobilisés autour de la coordination, et l'absence d'interopérabilité des systèmes d'information utilisés par les différents acteurs pèsent également sur le développement de dispositifs innovants. Il s'agit notamment des PAERPA ou des MAIA, conçus pour pallier toutes ces insuffisances dans l'accompagnement des parcours, en particulier pour les situations les plus complexes. La nécessité d'élaborer des solutions ad hoc pour chaque nouvelle implantation limite les gains d'expérience et les économies d'échelle. Au demeurant, leur couverture territoriale reste encore inégale et leur notoriété limitée pour le grand public.

> *Il y a beaucoup de choses qui existent mais aucun lien entre elles, ce sont comme des satellites.*
>
> (aidant, homme, 37 ans, Toulouse)

> *Ça n'a pas de sens pour les familles qu'il y ait la CARSAT, le Conseil départemental, les collectivités territoriales, les CCAS, les associations, les maisons des aînés… Il y a trop d'institutions qui interviennent. C'est le parcours du combattant.*
>
> (Assistante sociale, CARSAT)

L'accompagnement à l'hôpital est interpellé par le défi du vieillissement

En 2017, 1 patient hospitalisé sur 3 est âgé d'au moins 65 ans et 1 patient sur 8 de 80 ans et plus. Parmi la population âgée de 80 ans et plus, 2 personnes sur 5 ont été hospitalisées en 2017. Toutes les activités de soins sont concernées. Cette même année, près de 50 % des places d'HAD et 65 % de l'activité des soins de suite et de réadaptation concernent des patients de plus de 65 ans.

Ces patients, en particulier à partir de 75 ans, associent polypathologies et polymédications (50 % prennent régulièrement 7 molécules différentes).

Plusieurs constats s'imposent sur les conditions d'accompagnement :

- **la fréquence du mode d'entrée par les urgences et la durée de ce passage** (23 % des plus de 75 ans passent plus de 8 heures aux urgences) qui accroît les risques de syndrome confusionnel et d'oubli de prescription ;
- le risque de **dépendance iatrogène et nosocomiale** (syndrome d'immobilisation, effets indésirables des médicaments, troubles confusionnels aigus, chutes, dénutrition, incontinence de novo), avec une incidence qui avoisine les 50 % chez les personnes âgées de 85 ans et plus ;
- **une organisation du travail mal coordonnée et peu respectueuse** des rythmes de la personne âgée, qu'il s'agisse des soins d'hygiène et de toilette, des repas, des visites du personnel soignant ;

- la France a certes développé depuis 2005 une **filière gériatrique hospitalière** (475 séjours de court séjour gériatrique dans les établissements), mais la situation n'est pas satisfaisante, comme le souligne l'importance des ré-hospitalisations à 30 jours à partir de 65 ans (17 % des séjours).

Cette situation est d'autant moins bonne que la sortie du système hospitalier est peu accompagnée. Les équipes mobiles de gériatrie, quand il en existe, interviennent rarement sur les lieux de vie de la personne âgée (domicile ou établissement d'hébergement). Plus généralement, les temps de rupture que constituent l'entrée et la sortie d'hospitalisation, sont des moments à risque qui devraient bénéficier d'une attention toute particulière. Mais ce n'est généralement pas le cas. L'absence d'interface commune et donc de responsabilité partagée entre des intervenants qui se connaissent mal et peu, pèse sur le parcours des personnes âgées.

Dès lors, nos organisations se doivent d'être modifiées en profondeur et urgemment compte tenu de l'état actuel des perspectives démographiques, épidémiologiques et financières.

L'absence de véritable politique « parcours » des personnes âgées est dommageable à quatre égards :

- elle génère une **complexité et un manque de lisibilité** pour les personnes âgées et leurs proches, qui rencontrent de très grandes difficultés d'accès aux aides, à l'accompagnement et aux offres (grand nombre d'interlocuteurs, niveaux d'aide, modalités d'accès…) ;
- elle entraîne de **graves ruptures de prise en charge**, notamment dans les transitions domicile-ville-hôpital-EHPAD, accélérant ou aggravant la dépendance des personnes âgées ;
- elle renforce les **inégalités sociales** (perte de chance) et les **inégalités territoriales** ;
- elle concourt à une partie vraisemblablement importante du **surcroît de dépenses de soins pour les personnes**, faute d'intervention de la réponse la plus adaptée au bon moment avec les bonnes personnes, dans une bonne temporalité, et au meilleur coût.

UN APPUI AUX PROCHES AIDANTS INSATISFAISANT

> *Dans la descendance, il y a de l'affection, c'est ça le bonheur.*
>
> (Femme, 86 ans, à domicile, région lyonnaise)

> *C'est un juste retour des choses, elle m'a donné beaucoup d'amour, c'est un amour fort depuis toujours. C'est dur mais cela ne gâche pas ma vie, je ne le vis pas comme une punition. Je ne dirais pas que je suis fier parce que c'est ridicule, mais cela me procure de la satisfaction de m'occuper d'elle.*
>
> (Aidant, homme, 54 ans, Toulouse)

Par leur présence et leurs actions, les proches aidants apportent une contribution décisive au maintien à domicile des personnes âgées et à la prévention de leur isolement.

Le soutien et le renforcement des solidarités de proximité autour de la personne âgée, passe avant tout par l'appui aux aidants. Au total, ce sont 3,9 millions[39] de personnes qui s'engagent auprès de leurs proches vivants à domicile en raison de leur âge ou d'un problème de santé. Leur travail informel est valorisé à plusieurs milliards d'euros, de 7 à 18 Md€[40].

Les aidants formulent avant tout des demandes de clarification et d'information, de meilleure conciliation avec la vie professionnelle et de compensation financière.

39. Mathieu Brunel, Julie Latourelle et Malika Zakri (DREES), 2019, « Un senior à domicile sur cinq aidé régulièrement pour les tâches du quotidien », Études et Résultats, n° 1103, DREES.

40. Source : de 7 à 11 Md€ pour Conseil d'Analyse économique, 2016, « Quelles politiques publiques pour la dépendance ? », n°35 et 11 à 18 Md€ pour HCFEA, 2017, « La prise en charge des aides à l'autonomie et son incidence sur la qualité de vie des personnes âgées et de leurs proches aidants ».

> *Il faudrait permettre à la personne qui aide, de ne pas avoir à aider pour qu'elle puisse souffler un peu. Pouvoir un week-end avoir une personne qui puisse nous remplacer.*
>
> (Aidant, Paris)

> *Une aide psychologique pour le couple, je ne l'aurais pas demandé sur le coup, mais avec le recul, cela aurait vraiment aidé notre couple ; il a failli capoter car nous cohabitions sans pouvoir nous parler.*
>
> (Aidant, homme, 37 ans région de Toulouse)

> *Je n'ai pas la tête à mon travail, j'ai toujours quelque chose à faire, et pourtant, je n'ai pas droit à l'erreur ! De toute façon, au niveau de l'entreprise, rien n'est prévu, c'est ton problème, eux ne sont pas là pour ça.*
>
> (Aidant, femme, 58 ans, Paris)

Parmi les 3 millions de seniors aidés pour les activités de la vie quotidienne, près d'un senior sur deux (48 %) déclare l'être uniquement par son entourage, et un sur trois (34 %) l'être à la fois par son entourage et par des professionnels.

Plus la perte d'autonomie est forte, plus les seniors déclarent recevoir une aide mixte : c'est le cas de 20 % des seniors les plus autonomes (GIR estimé 5-6), contre 77 % des plus dépendants (GIR estimé 1-2). Toutefois, très peu de personnes en GIR estimé 1 ou 2 (4 %) sont aidées uniquement par des professionnels, ce qui est probablement révélateur de la difficulté du maintien à domicile des personnes les plus dépendantes sans aide de l'entourage. La moitié des personnes déclarent recevoir une aide équivalente à plus de 5 heures par semaine de la part d'un membre de leur entourage. Les plus dépendants (GIR estimé 1-2) vivant à domicile mobilisent beaucoup leur entourage. La moitié d'entre eux indiquent recevoir une aide d'une durée de plus de 35 heures par semaine pour les activités de la vie quotidienne.

Les difficultés rencontrées par les aidants sont connues et documentées dans plusieurs rapports récents[41].

L'utilité sociale des aidants doit être reconnue

C'est d'abord un besoin de reconnaissance de l'utilité sociale de l'aidant. La loi ASV a permis de réelles avancées en ce sens, à travers la première définition officielle du proche aidant ou la reconnaissance d'un droit au répit. Il paraît néanmoins nécessaire d'approfondir cette démarche de mise en place d'un statut de l'aidant.

Il faut rompre l'isolement et permettre le répit

C'est ensuite l'isolement et le manque de structures de répit et d'échange entre pairs. Il faut pour l'aidant faire, beaucoup, tout le temps, pour assurer une présence auprès de la personne, réaliser les tâches du quotidien. Aussi, les aidants veulent pouvoir souffler, se libérer l'espace de quelques heures ou de quelques jours d'un rôle souvent physiquement et psychologiquement épuisant. Ils ont aussi besoin de sortir d'une forme de débrouillardise qui jalonne le quotidien de la vie d'aidant, en échangeant avec leurs pairs. Le développement récent de plateformes de répit et les premières expérimentations du relayage ne répondent pas suffisamment à cette attente. La loi ASV a créé au sein des plans d'aide de l'APA un module répit ainsi qu'un module relais en cas d'hospitalisation de l'aidant. Mais ces dispositifs, dont les critères d'activation sont restrictifs (condition de saturation du plan d'aide pour le module répit notamment), et dont la mobilisation s'avère complexe, sont peu utilisés[42].

41. Notamment le rapport de Mme Dominique Gillot, « Préserver nos aidants : une responsabilité nationale », juin 2018.

42. Voir notamment DGCS, « Rapport au Parlement sur la mise en œuvre de la loi ASV », décembre 2018 et IGAS, « Évaluation de la mise en œuvre de la loi d'adaptation de la société au vieillissement pour le

Les démarches et la coordination des acteurs doivent être simplifiées

C'est également la complexité des démarches administratives et les difficultés liées à la coordination des interventions auprès de la personne aidée. Les aidants jouent un rôle d'interface entre la personne âgée et les différents interlocuteurs administratifs. Ils assurent également un rôle de coordination des interventions autour de la personne. En cela, ils rencontrent les difficultés déjà identifiées dans le déroulement des parcours : difficultés d'accès à l'information, complexité des démarches, absence d'identification d'un interlocuteur de référence pour aménager la succession des interventions au domicile ou les transitions comme les sorties d'hospitalisation par exemple.

Le rôle d'aidant doit être mieux concilié avec la vie professionnelle

C'est aussi la difficile conciliation entre le rôle d'aidant et la vie professionnelle. Les aidants actifs déclarent fréquemment que l'aide apportée à un proche a des conséquences sur leur activité professionnelle : réduction de temps de travail, congés, refus d'heures supplémentaires, interruption de l'activité professionnelle, refus de promotion, dégradation de l'état de santé de l'aidant. Le congé de proche aidant, mis en place par la loi ASV, reste peu développé. Il est non rémunéré sauf lorsqu'un accord collectif le prévoit dans certaines branches professionnelles. Les entreprises, de grande taille généralement, mettent en place à leur niveau des dispositifs de soutien.

La prise en charge financière est jugée insuffisante

C'est enfin, une prise en charge financière jugée insuffisante s'agissant de la compensation de diverses charges : impact sur la vie professionnelle, congés, recherche d'une solution de répit.

DES SOLIDARITÉS DU QUOTIDIEN ET UN CADRE DE VIE NE PARVENANT PAS À ROMPRE L'ISOLEMENT

L'accompagnement de la personne âgée ne se limite pas à la prestation de soin ou d'aide aux actes de la vie quotidienne. Le vieillissement et la perte d'autonomie concernent l'individu et le citoyen, la manière dont sont maintenues ses capacités de participation à la vie sociale et politique.

Les difficultés au quotidien isolent

Isolement et fragilité jalonnent le grand âge. Rappelons que les personnes âgées en situation de perte d'autonomie sont confrontées à de très nombreuses difficultés dans l'accomplissement des gestes de la vie quotidienne, qui s'ajoutent aux maux et douleurs physiques. Elles vivent une véritable rupture biographique. La perte d'autonomie les coupe de leur « vie d'avant », les prive de leur liberté de mouvement, et parfois même de leur libre arbitre, qu'elles abdiquent parfois pour ne pas « gêner », ne pas être un poids pour leurs enfants.

> *Je ne peux plus prendre le bus de ville, car il se met trop loin du trottoir, et la dernière fois, j'ai failli tomber, je ne peux pas monter ou descendre.*
>
> (Femme, 78 ans, à domicile, Toulouse)

> *Ce serait bien que quelqu'un nous emmène au marché, j'aime bien faire mon marché, mais je n'ose plus sortir.*
>
> (Femme, 81 ans, à domicile, Toulouse)

volet domicile », tome 1, septembre 2017.

La vieillesse et la perte d'autonomie isolent, tant socialement que géographiquement. Selon un rapport de la Fondation de France[43] cité dans le récent avis du Comité consultatif national d'éthique[44] (CCNE), 1 personne âgée de plus de 75 ans sur 4 vit seule. 50 % des personnes âgées de plus de 75 ans n'ont plus véritablement de réseau amical actif, 79 % n'ont pas ou peu de contacts avec leurs frères et sœurs, 41 % n'ont pas ou peu de contacts avec leurs enfants, 52 % n'ont pas des relations avec leurs voisins. Le phénomène est particulièrement visible et s'amplifie dans les grandes villes.

Face à cette situation, les besoins élémentaires de la personne âgée sont connus : besoin d'un entourage aimant, bienveillant et stable ; besoin d'être stimulés ; besoin de compagnie et d'écoute ; besoin de se sentir capable d'apporter une contribution positive à la vie de la cité. La réponse à ces besoins nécessite la mobilisation de l'ensemble des politiques publiques : transport, logement, urbanisme, aménagement du territoire, accès au numérique et aux services de proximité mais aussi éducation nationale, accès aux nouvelles technologies, culture et vie associative.

Le cadre de vie est inadapté

Le cadre de vie de la personne âgée est trop souvent éloigné de la prise en compte de ces besoins. À titre d'exemple, selon la dernière étude de l'ANAH de 2013, seuls 6 % des logements sont adaptés à la dépendance. Comparé aux pays d'Europe du Nord, le rapport est 2 à 3 fois moindre (12 % en Allemagne et au Danemark, 16 % aux Pays-Bas). Malgré des progrès récents[45], les besoins restent forts sur des aspects fondamentaux de la participation à la vie sociale tels que la mobilité, l'aménagement urbain, l'accès à la culture, l'inclusion numérique, l'adaptation des logements et des biens domestiques, la valorisation de la contribution de la personne âgée au bon fonctionnement d'une société. La prise en compte du grand âge dans les politiques publiques de proximité, dans une logique de société inclusive, demeure insuffisante.

Cette prise en compte nécessite de construire des politiques publiques de proximité permettant à la personne âgée de participer à la vie sociale : le banc public, l'ascenseur, la présence des personnes âgées dans les écoles, la plaque de cuisson intelligente, la construction de logements adaptés à proximité des commerces et des services publics, etc. sont des conditions essentielles de la rupture de l'isolement de la personne âgée et de sa qualité de vie.

Plus généralement, il faut souligner que la personne âgée est trop souvent plus sujette qu'acteur de sa propre vie.

Notre société doit porter un nouveau regard sur le grand âge

Mais c'est également un regard plus global porté sur le grand âge qui doit évoluer. Notre société considère trop souvent que la vieillesse ne se montre pas, et qu'il convient par conséquent de la maintenir cachée à la vue du grand public. Le CCNE note ainsi dans son avis de février 2018, dans des termes forts qui interpellent, que « le regard que la société porte sur la personne âgée en perte d'autonomie, ou plus généralement sur la vieillesse, s'assimile trop à un « naufrage » et dès lors aboutit à une marginalisation de la personne, à sa dévalorisation, ou encore à son isolement. […] L'exploration de cette problématique conforte l'hypothèse d'une forme de dénégation collective du vieillissement de notre société et de notre propre vieillissement, dénégation aussi de ce qu'il va advenir de nous lorsque nous avancerons en âge, voire de notre finitude ».

43. La Fondation de France (étude réalisée par TMO Politique Publique), « Les solitudes en France », 2014

44. Comité consultatif national d'éthique, « Enjeux éthiques du vieillissement », avis n°128, 15 février 2018

45. On citera notamment la reconnaissance par la loi ELAN des formes d'habitat inclusif. De l'ordre de 240 projets avaient été identifiés dans 48 départements début 2017. Ce nombre, tout en étant significatif au regard du caractère récent de cette offre, demeure relativement faible, comparé aux 2 300 résidences autonomie et 620 résidences services seniors.

PARTIE 2 : LES PROPOSITIONS POUR CHANGER DE MODÈLE

Les propositions poursuivent cinq grandes orientations :

- Changer le regard sur le grand âge ;
- Placer l'autonomie de la personne âgée au cœur de la stratégie ;
- Améliorer les conditions de vie de la personne âgée à travers la revalorisation des métiers du grand âge ;
- Mieux accompagner ;
- Reconnaître la perte d'autonomie comme un risque national à part entière, avec un partenariat territorial renouvelé.

***

UN NOUVEAU REGARD SUR LE GRAND ÂGE

Notre société ne saurait, sans se renier, rejeter une part croissante d'elle-même, paradoxalement celle qui a bâti les acquis d'aujourd'hui en termes de progrès et de gains d'espérance de vie. En un mot, la personne avançant en âge ne doit pas être exilée hors de la vie de la cité. C'est un changement de regard qui doit être engagé. Pour cela, il est tout d'abord nécessaire d'affirmer partout la dignité de la personne âgée, en premier lieu dans les représentations socio-culturelles du grand âge et dans l'ensemble des politiques publiques. Il est également fondamental d'insérer fortement la personne âgée dans un tissu de relations humaines bienveillantes, dans lesquelles la personne âgée doit pouvoir exprimer et démontrer son apport à la vie commune. Cette démarche suppose de porter une attention particulière aux proches aidants.

DONNER DU SENS AU GRAND ÂGE EN RÉAFFIRMANT LA CITOYENNETÉ, LA DIGNITÉ ET LE DROIT AU LIBRE CHOIX DE LA PERSONNE ÂGÉE

Le premier axe est sociétal. Il s'agit de penser l'inclusion des personnes âgées dans notre société et de briser la représentation tenace d'un grand âge éloignant la personne de l'espace public, de la vie sociale et citoyenne. Un grand âge silencieux et invisible. Nous ne pouvons pas nous limiter à une vision strictement sanitaire et médico-sociale. Notre vision doit porter sur tous les axes d'organisation de la vie dans notre société : logement, mobilité, santé, vie sociale et d'autres éléments encore. La prise en compte du grand âge dans ces politiques publiques, par l'ensemble des ministères concernés et des collectivités locales, est nécessaire. Reconnaître la personne âgée comme citoyenne à part entière, c'est mobiliser l'ensemble des responsables, en proximité de la personne, pour lui fournir des services de la vie quotidienne jusqu'aux aspects les plus élémentaires de la dignité humaine. C'est également organiser les pouvoirs publics afin d'affirmer et de garantir en tout lieu l'impératif de bientraitance de la personne âgée.

En envisageant dans une acception large à la fois la notion de « cadre de vie » de la personne âgée et des formes d'action publique mobilisées (lois, règlements, expérimentations, soutien à l'innovation, etc.), ces propositions s'inscrivent dans le prolongement de la vision globale du vieillissement annoncée dans le rapport de Luc Broussy de 2013[1] puis dans la loi ASV de 2015. Beaucoup a été fait dans le cadre de cette loi : son rapport d'application[2] fait état d'un taux d'application de l'ordre de 94 %, beaucoup de

1. « L'adaptation de la société au vieillissement : France année zéro ! », rapport de M. Luc Broussy, janvier 2013

2. Rapport d'information sur la mise en application de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, présenté par Mmes Agnès Firmin le Bodo et Charlotte Lecocq, décembre 2017.

Extrait de la synthèse des travaux de l'atelier n° 9 « Cadre de vie et inclusion sociale » :

« Conviction n° 1 : Toute mesure en faveur d'une adaptation du cadre de vie individuel ou collectif au vieillissement fait effet de levier au bénéfice de tous.

Conviction n° 2 : Toute mesure en faveur d'une adaptation du cadre de vie individuel ou collectif au vieillissement doit tenir compte des caractéristiques du territoire concerné. »

Donner du sens au grand âge : liste des propositions

Objectif : Sensibiliser pour inclure la personne âgée dans la vie de la cité

- Lancer une campagne nationale de sensibilisation aux problématiques du grand âge.
- Dans le cadre de la scolarité obligatoire, développer les liens intergénérationnels et sensibiliser dès le plus jeune âge à la notion de solidarité et au processus de vieillissement.
- Diffuser une culture de vigilance et de service attentionné à l'égard de la personne âgée dans l'ensemble des lieux accueillant du public.
- Dynamiser la lutte contre l'âgisme

Objectif : Renforcer l'intégration de la politique du grand âge et des politiques du cadre de vie de la personne âgée

- Établir le champ de la consultation obligatoire du Conseil de l'âge du HCFEA (5° de l'art. L142-2 CASF) aux transports, au logement, à l'aménagement et à la cohésion des territoires, à la culture et à la vie associative.
- Revoir la composition du Conseil de la CNSA pour mieux prendre en compte les aspects liés au cadre de vie des personnes âgées et renforcer la représentation des personnes âgées et des proches aidants
- Encourager et renforcer l'action des collectivités locales pour améliorer le cadre de vie de la personne âgée à travers les schémas départementaux de l'autonomie

Objectif : Faciliter l'accès des personnes âgées à des solutions innovantes de mobilité, d'adaptation du logement et d'amélioration du quotidien

- Expérimenter des « bilans d'autonomie » incluant le cadre de vie de la personne âgée
- Étudier l'introduction dans les contrats d'assurance habitation d'une offre de financement de l'adaptation du logement
- Réaliser avant fin 2020 une évaluation du dispositif de logement inclusif prévu par la loi ELAN
- Diffuser et valoriser les bonnes pratiques d'adaptation du cadre de vie au niveau local et national
- Dans le cadre de l'initiative French Mobility, recenser et diffuser les initiatives innovantes de mobilité inclusive
- Mobiliser davantage les maisons de service au public auprès des personnes âgées
- Mettre fin aux zones blanches de la mobilité en rendant obligatoire l'exercice de la compétence d'autorité organisatrice des mobilités par les intercommunalités
- Établir aux personnes âgées le dispositif d'accompagnement solidaire à la mobilité prévu dans le cadre de la loi ELAN
- Faciliter l'accès à l'information en adaptant les portails existant et en améliorant leurs interconnexions
- Mieux prendre en compte dans la conception des objets du quotidien les situations de fragilité et de handicap

Objectif : Affirmer en tout lieu la dignité de la personne âgée en prévenant la maltraitance

- Organiser un réseau départemental d'alerte chargé du recueil des signalements de maltraitance sur les territoires
- Mettre en place des instances de traitement des alertes de maltraitance
- Accompagner les établissements ou services, après chaque fait avéré, dans une analyse systémique des facteurs de risque de maltraitance au sein de l'établissement ou service concerné
- Établir au niveau national un rapport annuel sur la maltraitance des personnes âgées en perte d'autonomie, sur la base des remontées des analyses précédentes

mesures non contraignantes de la loi ASV ayant été mises en œuvre.

En faisant une large place aux territoires et aux expérimentations déjà engagées, les présentes propositions adoptent cependant une approche transversale de type bottom-up, à l'inverse de la traditionnelle approche verticale encore présente dans la loi ASV. Sur les thématiques abordées, alors que la loi ASV de 2015 mettait l'accent sur les politiques de l'habitat et plus largement de la ville et des quartiers, les propositions touchent ici à tous les aspects de la vie quotidienne de la personne âgée (politique d'aménagement, habitat, services publics de proximité, mobilités, objets du quotidien, etc.).

L'action publique doit se fixer quatre objectifs pour donner du sens au grand âge :

- Renouveler les représentations sociales du grand âge en sensibilisant pour inclure la personne âgée dans la vie de la cité ;
- Renforcer l'intégration de la politique du grand âge et des autres politiques publiques pour diffuser en transversalité la prise en compte du grand âge dans les évolutions du cadre de vie ;
- Faciliter l'accès des personnes âgées à des solutions innovantes de mobilité, d'adaptation des logements et d'amélioration du quotidien ;
- Affirmer en tout lieu la dignité de la personne âgée en promouvant la bientraitance et en assurant un traitement efficace et systémique des cas avérés de maltraitance.

Objectif : Sensibiliser pour inclure la personne âgée dans la vie de la cité

Les réponses individuelles ont leurs limites et ce mouvement de fond implique une prise de conscience collective de la société pour préparer son vieillissement et accueillir dignement le grand âge.

Les représentations sociales et culturelles du grand âge doivent évoluer pour donner aux personnes âgées une plus juste place dans l'espace public. La personne âgée elle-même doit être visible. Il doit être montré que la personne âgée, malgré sa perte d'autonomie, garde une capacité d'agir, d'échanger, de communiquer, de ressentir. Cette démonstration doit être apportée dans le débat public, à l'école, dans les services publics. À travers ce changement de regard, ce sont les métiers du grand âge et les proches aidants qui doivent être mieux reconnus et qui doivent, d'une certaine manière, sortir de l'invisibilité.

Proposition 1 : Lancer une campagne nationale de sensibilisation aux problématiques du grand âge.

Cette communication doit s'adresser à tous les âges et s'inscrire dans la durée. Elle doit impliquer les personnes âgées elles-mêmes, leurs proches aidants, ainsi que les professionnels intervenant en proximité de la personne. Elle doit porter des messages forts sur la dignité et l'utilité sociale de la personne, sur les gestes de prévention de la perte d'autonomie, sur la valorisation des métiers du grand âge, sur la promotion de la bientraitance et la lutte contre la maltraitance.

Proposition 2 : Dans le cadre de la scolarité obligatoire, développer les liens intergénérationnels et sensibiliser dès le plus jeune âge à la notion de solidarité et au processus de vieillissement.

Il est proposé d'introduire des modules obligatoires « Sensibilisation au grand âge » dans les programmes scolaires, et généraliser les temps de présence de personnes âgées en milieu scolaire et d'enfants scolarisés en établissements pour personnes âgées. Une « journée de l'expérience » pourrait être organisée chaque année à une date fixe pour l'ensemble des établissements scolaires du premier degré et serait consacrée à des activités intergénérationnelles, en coordination avec la journée portes ouvertes en EHPAD (cf. proposition n° 65).

Proposition 3 : Diffuser une culture de vigilance et de service attentionné à l'égard de la personne âgée dans l'ensemble des lieux accueillant du public.

Les professionnels du grand âge « de première ligne » (aides-soignants, auxiliaires de vie, aides médico-psychologiques) seraient systématiquement associés aux formations initiales et continues des métiers de l'accueil (agent d'accueil et d'information, standardiste), dans les services publics (police, gendarmerie, sécurité sociale, justice, transports) comme pour les services de proximité (banque, assurance, notariat, télécommunications, sécurité). Il est également proposé d'intégrer des modules spécifiques sur l'accueil des personnes atteintes

de troubles cognitifs dans la formation des métiers d'accueil du public.

Proposition 4 : Dynamiser la lutte contre l'âgisme

Il est proposé de lancer une mission parlementaire sur la lutte contre l'âgisme. Cette mission explorerait notamment la piste de la création d'un observatoire de l'âgisme, pouvant par exemple être rattaché au Défenseur des droits. Elle pourrait également étudier et promouvoir les évolutions terminologiques nécessaires pour privilégier des termes positifs traduisant la continuité de vie et le maintien du libre arbitre de la personne âgée. Dans l'immédiat, il est proposé de modifier le nom des établissements et de supprimer le terme d'« EHPAD » (cf. proposition n° 64).

Objectif : Renforcer l'intégration de la politique du grand âge et des politiques du cadre de vie de la personne âgée

La politique du grand âge doit rompre avec le cloisonnement des réponses. Les solutions ne peuvent être apportées sous le seul angle sanitaire ou social. Il s'agit bel et bien de construire une politique du grand âge pluridimensionnelle, reposant sur l'articulation d'acteurs aux compétences diverses et de champs de politique publique différents (transports, logement, culture, etc.). Les collectivités locales, qui se partagent les compétences de proximité de la personne âgée, doivent coopérer pour apporter des réponses cohérentes. Les personnes âgées et leurs proches aidants eux-mêmes doivent être mieux représentés dans les instances de décision.

Proposition 5 : Élargir le champ de la consultation obligatoire du Conseil de l'âge du HCFEA (5° de l'art. L142-2 CASF) aux transports, au logement, à l'aménagement et à la cohésion des territoires, à la culture et à la vie associative.

La consultation obligatoire du Conseil de l'âge sur les champs non strictement médico-sociaux a pour objectif de rompre avec une approche trop cloisonnée de la politique du grand âge, portée par les ministères sociaux mais dont les objectifs débordent largement de leurs seules attributions. Le décloisonnement de cette politique et son ouverture à d'autres champs ministériels nécessite de positionner une instance en vigie. Le Conseil de l'âge, de par sa composition, son positionnement et sa mission d'animation du débat public, peut occuper cette fonction.

Proposition 6 : Revoir la composition du Conseil de la CNSA pour mieux prendre en compte les aspects liés au cadre de vie des personnes âgées et renforcer la représentation des personnes âgées et des proches aidants

Il est proposé de modifier la composition du Conseil de la CNSA :

- Au sein du collège des représentants de l'État, le ministère chargé des transports et le ministère chargé du logement deviennent membres du Conseil ;
- Au sein du collège des associations œuvrant au niveau national pour les personnes âgées, deux sièges sont occupés par des associations représentant les personnes âgées au niveau national, deux sièges par des associations représentant les proches aidants au niveau national.

Proposition 7 : Encourager et renforcer l'action des collectivités locales pour améliorer le cadre de vie de la personne âgée à travers les schémas départementaux de l'autonomie

Il est proposé d'élargir le champ des schémas départementaux relatifs aux personnes en perte d'autonomie (art. L312-5 du CASF), rebaptisés schémas départementaux de l'autonomie, en intégrant la notion de projet de vie de la personne âgée, au-delà de la question de la prise en charge sociale et médicosociale et de l'adaptation des logements. Ces schémas départementaux feraient l'objet d'une concertation au sein de la conférence départementale du grand âge (cf. proposition n° 168).

Objectif : Faciliter l'accès des personnes âgées à des solutions innovantes de mobilité, d'adaptation du logement et d'amélioration du quotidien

L'amélioration du quotidien des personnes âgées en perte d'autonomie nécessite de mobiliser des réponses plurielles, ajustées au plus près des besoins de la personne. Le maintien de l'autonomie de la personne âgée repose en particulier sur sa capacité à maîtriser son espace de vie et à pouvoir accéder aux services du quotidien, qu'il s'agisse des services de la vie courante ou des services publics.

C'est donc l'accès à un ensemble de solutions innovantes qui doit être favorisé, à travers :

- Une évaluation de la globalité des besoins de la personne, identifiant l'ensemble des obstacles au maintien de l'autonomie et permettant l'élaboration d'un projet de vie personnalisé ;
- L'évaluation des dispositifs récemment mis en place en matière d'habitat inclusif et la diffusion de contrats d'assurance habitation incluant des services de financement de l'adaptation du logement en cas de perte d'autonomie ;
- Le repérage des bonnes pratiques au niveau local, leur diffusion et leur valorisation au niveau national, à travers une veille permanente, en particulier au niveau des applications et solutions connectées ;
- La mobilisation des communes et intercommunalités pour proposer sur l'ensemble du territoire des solutions de mobilité adaptée (mobilités partagées, aménagements favorisant la marche à pied, etc.) et permettre un accompagnement financier spécifique à la mobilité, en fonction des ressources de la personne ;
- La révision du référentiel des maisons de service au public, intégrant des objectifs spécifiques concernant l'accueil des personnes âgées, dans une logique de desserte de proximité, adaptée aux spécificités de ces publics et notamment à leur relatif éloignement des solutions numériques ;
- Une simplification de la recherche d'information en ligne, avec une refonte des deux principaux portails existants, dans une logique d'ergonomie adaptée, et un renforcement des renvois entre ces deux portails ;
- Un travail normatif permettant de systématiser la mise sur le marché de biens d'équipements adaptés aux troubles sensoriels des personnes âgées (notamment les troubles de la vue), afin de sécuriser l'espace domestique et de faciliter le maintien de l'autonomie au domicile.

Proposition 8 : Expérimenter des « bilans d'autonomie » incluant le cadre de vie de la personne âgée

Il est proposé d'expérimenter dans un nombre réduit de départements volontaires la mise en place d'un « bilan d'autonomie » élargi, à 75 ans, permettant de construire un projet de vie personnalisé portant prioritairement sur le cadre de vie et les conditions de vie de la personne (habitat, sanitaires, modes d'approvisionnement, isolement relatif, mode d'alimentation, mobilité à l'intérieur du domicile ou hors domicile, proximité des commerces). Les publics concernés seraient ciblés en amont sur des critères de fragilité (critère socio-économique, consommation de soins par exemple). Il permettrait d'identifier les services à solliciter (logement, santé, social, administratifs) et d'envisager l'intervention d'un ergothérapeute. Ce diagnostic serait conduit par des équipes du Conseil départemental ou des caisses de retraite, dans une acception élargie du travail social. Ces expérimentations seraient financées sur la base d'un appel à projet national lancé par la CNSA.

Proposition 9 : étudier l'introduction dans les contrats d'assurance habitation d'une offre de financement de l'adaptation du logement

Il est proposé d'étudier la faisabilité d'introduire dans les contrats d'assurance habitation une garantie « adaptation du logement ». L'introduction d'un critère d'âge à la souscription des contrats, rendant obligatoire la fourniture de cette garantie au-delà de l'âge fixé, serait envisagée.

Proposition 10 : Réaliser avant fin 2021 une évaluation du dispositif de logement inclusif prévu par la loi ELAN[3]

Il est proposé de demander la réalisation au Conseil de l'âge, avant fin 2021, d'une première évaluation à l'échelle nationale du forfait social habitat inclusif, créé pour accompagner le projet de vie sociale, afin d'évaluer la pertinence d'un ajustement de son montant et de fixer un cadre favorisant la mutualisation des initiatives au niveau territorial. Cette évaluation porterait également sur la nécessité de pérenniser l'observatoire de l'habitat inclusif, voire de l'élargir avec la création d'une cellule nationale d'appui et de soutien à la création de projets d'habitats inclusifs, et étudierait la faisabilité d'un cahier des charges type pour les différentes formes d'habitat inclusif.

Proposition 11 : Diffuser et valoriser les bonnes pratiques d'adaptation du cadre de vie au niveau local et national

Il est proposé, dans le cadre du renforcement de la mission de diffusion des bonnes pratiques par

3. Loi n° 2018-1021 du 23 novembre 2018 portant évolution du logement, de l'aménagement et du numérique

la CNSA (cf. proposition n° 173), de renforcer la mutualisation des expériences locales et d'accélérer la diffusion de bonnes pratiques développées en matière d'adaptation du cadre de vie dans les communes et les intercommunalités, avec l'appui de l'Agence des territoires. Au niveau national pourraient être organisées des assises annuelles ou un salon annuel. Au niveau départemental, les conférences départementales du grand âge (cf. proposition n° 168) auraient un rôle de relais de proximité pour la diffusion de bonnes pratiques.

Proposition 12 : Dans le cadre de l'initiative French Mobility, recenser et diffuser les initiatives innovantes de mobilité inclusive

Confier au ministère des transports dès 2020, dans le cadre de l'initiative French Mobility, la mission de recenser les initiatives existantes en matière de mobilités pour les personnes âgées dans les territoires et d'en faire la promotion (aménagements favorisant la marche à pied, anticipation des difficultés de conduite, solutions de mobilité partagée). Cette initiative fédérant le ministère des transports, la French Tech et les collectivités territoriales devra déboucher sur un outil d'essaimage des innovations les plus probantes.

Proposition 13 : Mobiliser davantage les maisons de service au public auprès des personnes âgées

À l'occasion de la révision en cours du cahier des charges des MSAP, il est proposé de fixer des objectifs renforcés en direction des personnes âgées, notamment les plus fragiles en matière d'accompagnement dans l'accès aux services (administratifs, bancaires, juridiques, services logistiques, transports, sports, culture, loisirs, appui social, santé).

Proposition 14 : Mettre fin aux zones blanches de la mobilité, en rendant obligatoire l'exercice de la compétence d'autorité organisatrice des mobilités par les intercommunalités

Il est proposé de rendre obligatoire pour les communautés de communes l'exercice de la compétence d'autorité organisatrice des mobilités, telle que prévue par la loi NOTRe[4]. Cette compétence prévoit notamment l'organisation de services réguliers de transport public urbain et non urbain de la personne, le développement de modes de transport terrestres non motorisés et des usages partagés des véhicules terrestres à moteur. Le développement de nouvelles solutions de mobilités pour les personnes âgées serait ainsi favorisé : aménagements favorisant la marche à pied, transports publics, covoiturage, transports à la demande notamment.

Proposition 15 : Établir aux personnes âgées le dispositif d'accompagnement solidaire à la mobilité prévu dans le cadre de la loi ELAN

Il est proposé d'étendre explicitement le dispositif d'accompagnement solidaire à la mobilité, prévu dans le cadre de la loi ELAN, aux personnes âgées en perte d'autonomie. Ce dispositif concerne en effet à l'heure actuelle les personnes en situation de vulnérabilité économique ou sociale et les personnes en situation de handicap ou dont la mobilité est réduite, sans mention explicite des personnes âgées en perte d'autonomie.

Proposition 16 : Faciliter l'accès à l'information en adaptant les portails existant et en améliorant leurs interconnexions

Les portails pour-les-personnes-agees.gouv.fr et pourbienvieillir.fr, qui constituent les deux points d'information de référence, devraient être réagencés afin d'organiser des renvois systématiques. Ils devraient héberger un service d'identification et de localisation des solutions de proximité pour les personnes âgées en perte d'autonomie et les proches aidants, dans une acception large des besoins des personnes, intégrant les dimensions de mobilité et de logement.

Proposition 17 : Mieux prendre en compte dans la conception des objets du quotidien les situations de fragilité et de handicap

Il est proposé d'étudier la faisabilité, dans le cadre du droit européen existant et en tenant compte des discussions en cours au niveau de l'Union européenne, d'imposer l'obligation aux industriels de proposer des produits adaptés aux personnes malvoyantes ou souffrant de troubles de la vision (électroménager, téléphonie). En parallèle, la feuille de route 2019/2020 de la filière Silver Economie, relancée en octobre 2018, doit permettre de favoriser les innovations facilitatrices du quotidien des personnes âgées. La formation spécialisée dédiée des conférences départementales du grand âge (cf. proposition n° 168) doit permettre de diffuser rapidement ces innovations dans

4. Loi n° 2015-991 du 7 août 2015 portant nouvelle organisation territoriale de la République

les lieux de vie des personnes âgées en perte d'autonomie et auprès des collectivités chargées de l'organisation des services de proximité.

Objectif : Affirmer en tout lieu la dignité de la personne âgée en prévenant la maltraitance

La reconnaissance de la personne âgée comme membre à part entière de la collectivité suppose de garantir sa sécurité et sa dignité, quel que soit son lieu de vie. Une société inclusive doit être bientraitante. À l'affirmation de ce principe doit correspondre l'organisation d'une réponse efficace aux actes de maltraitance. Les faits de maltraitance doivent faire l'objet d'un repérage et d'un traitement organisés. La maltraitance avérée doit faire l'objet d'une analyse systémique à travers un accompagnement renforcé de l'établissement concerné, et une capitalisation au niveau national des leçons tirées de ces événements.

La promotion de la bientraitance, en tant qu'élément socle de tout projet d'établissement ou de service d'accompagnement et de soin aux personnes âgées, a fait l'objet de propositions détaillées dans le cadre de la Commission pour la promotion de la bientraitance et la lutte contre la maltraitance[5]. Le lecteur est invité à se référer à ces travaux pour une approche exhaustive de ce sujet, fondamental dans l'affirmation de la dignité de la personne à tous les âges. Les propositions qui suivent prolongent celles formulées par la commission.

Proposition 18 : Organiser un réseau départemental d'alerte chargé du recueil des signalements de maltraitance sur les territoires

Il est proposé de systématiser les contractualisations au niveau local entre les « récepteurs d'information » institutionnels, en vue de procédures formalisées organisant le recueil et le circuit des signalements et alertes sur le territoire. Ce réseau d'alerte associe les ARS, les Conseils départementaux, les parquets et les forces de l'ordre, ainsi que les délégués du Défenseur des droits.

Proposition 19 : Mettre en place des instances de traitement des alertes de maltraitance

Il est proposé de rendre obligatoire dans chaque département une instance de gestion coordonnée des signalements de maltraitance, placée auprès de la conférence départementale du grand âge (cf. proposition n° 168). Cette instance associe des représentants des personnes accompagnées. Un aménagement de la levée du secret professionnel permet le partage d'informations au sein de ces groupes opérationnels. Cette instance a pour objet d'analyser les cas de maltraitance et de formuler des recommandations aux acteurs de la prise en charge de la personne âgée sur le territoire pour éviter la reproduction de tels cas.

Proposition 20 : Accompagner les établissements ou services, après chaque fait avéré, dans une analyse systémique des facteurs de risque de maltraitance au sein de l'établissement ou service concerné

Il est proposé de mobiliser systématiquement les structures régionales d'appui des ARS dans l'accompagnement des établissements et services dans lesquels un fait de maltraitance est avéré, avec un appui possible de l'ARACT[6]. Chaque cas de maltraitance avéré doit entraîner une analyse systémique de la structure, portant sur les conditions de travail, la politique de formation, le management et l'organisation de la structure. Cette analyse doit déboucher sur un plan d'action faisant l'objet d'un suivi. Pour être menée dans de bonnes conditions et de manière efficace, elle suppose le maintien au sein des ARS de moyens de contrôle et d'inspection suffisants.

Proposition 21 : Établir au niveau national un rapport annuel sur la maltraitance des personnes âgées en perte d'autonomie, sur la base des remontées des analyses précédentes

Au niveau national, la CNSA serait chargée de remettre un rapport annuel DREESant un bilan de la maltraitance à l'égard des personnes âgées, une analyse des principaux facteurs de risque et des bonnes pratiques de gestion de cas avérés. Ce bilan serait réalisé sur la base des données et travaux de capitalisation transmis par les conférences départementales du grand âge (cf. proposition n° 168). Il serait rendu public.

5. HCFEA-CNCPH, Commission pour la promotion de la bientraitance et la lutte contre la maltraitance, « Note d'orientation pour une action globale d'appui à la bientraitance dans l'aide à l'autonomie », janvier 2019

6. Association régionale pour l'amélioration des conditions de travail.

AIDER LES PROCHES AIDANTS ET LUTTER CONTRE L'ISOLEMENT DE LA PERSONNE ÂGÉE : POUR UN MODÈLE D'ACCOMPAGNEMENT ET DE SOIN INTÉGRÉ ASSOCIANT DÉMARCHES CITOYENNES ET DÉMARCHES PROFESSIONNELLES POUR ET AVEC LES PERSONNES

On ne peut concevoir une action forte en faveur des personnes âgées sans s'engager fermement auprès des aidants dont nous savons le rôle essentiel, et en même temps la difficulté de la tâche, l'épuisement qui souvent les guette, le découragement, et l'affaiblissement de leur propre santé. Nous devons les aider, les accompagner, notamment par la simplification de leurs parcours. Ce soutien n'a pas vocation à se substituer à l'aide institutionnelle et professionnelle mais vient la compléter. Il doit être articulé au mieux avec les professionnels, mais également faire l'objet d'une réelle reconnaissance. L'aide apportée par les proches aidants est en effet dans bon nombre de cas la première réponse à une situation qui survient brusquement. La dimension affective de l'investissement personnel du proche aidant n'efface pas ses contraintes, en termes d'équilibre professionnel et familial, de santé ou de conséquences financières.

Plus largement, face à cet enjeu sociétal du vieillissement, l'aide apportée par des professionnels formés à l'accompagnement des personnes âgées ne peut suffire à préserver le maintien à domicile. La mobilisation de la société via l'engagement spontané des proches familiaux, amicaux, associatifs et bénévoles, est importante pour créer autour des personnes fragilisées et vulnérables, une complémentarité de l'accompagnement ainsi qu'un soutien de nature variée, manifestation d'une société bienveillante et plus inclusive et contribuer ainsi à la lutte contre l'isolement social. Cette présence est tout aussi nécessaire auprès des personnes en situation de handicap, cependant l'approche doit être différente compte-tenu de la durée de l'accompagnement et de la technicité qui peut y être associée.

L'action publique doit se fixer cinq objectifs pour aider les proches aidants et lutter contre l'isolement de la personne âgée :

- Simplifier la vie des proches aidants, faciliter leurs démarches et rendre leurs droits plus effectifs ;
- Améliorer l'accompagnement financier des proches aidants ;
- Mieux concilier le rôle de proche aidant et la vie professionnelle ;
- Innover sur les territoires en faveur des proches aidants ;
- Lutter contre l'isolement de la personne âgée en mobilisant les bénévoles de tous les âges.

Objectif : Simplifier la vie des proches aidants, faciliter leurs démarches et rendre leurs droits plus effectifs

Le proche aidant accompagne la personne âgée dans toutes ses démarches, qu'elles soient administratives ou liées à la coordination des professionnels de santé ou sociaux. Ces multiples démarches, consommatrices de temps et d'énergie, relèvent souvent d'un parcours du combattant qui doit être allégé. Même lorsque le proche aidant a passé la barrière psychologique ou sociale l'amenant à se reconnaître aidant, il faut constater la difficulté pour les proches aidants de comprendre les différents dispositifs et leur articulation.

Ces démarches doivent être facilitées par la possibilité de trouver, dans un lieu unique et accessible, une information intégrée et territorialisée avec des professionnels formés. Les formes innovantes de mise en réseau des aidants, ainsi que les outils d'évaluation des besoins des proches aidants et de simplification du quotidien, doivent être repérés sur leur lieu de développement et largement diffusés sur l'ensemble du territoire.

Proposition 22 : Généraliser une offre de service d'information, d'orientation, d'aide aux démarches administratives au sein d'un guichet unique

Il est nécessaire d'organiser par un point d'entrée unique une information intégrée et territorialisée dans un lieu physique avec des professionnels formés. Cette offre serait hébergée par les Maisons des aînés et des aidants (cf. proposition n° 117) afin de créer un lieu unique pour les personnes âgées et leurs proches aidants. Les proches aidants accèderaient ainsi, dans un cadre homogène, à un lieu d'accueil, à un site internet d'information territorialisé, un numéro de téléphone unique et un dispositif d'inscription en ligne pour des actions d'accompagnement.

Proposition 23 : Mettre à disposition des aidants des outils d'évaluation de leurs besoins et de simplification du quotidien

Il est proposé de confier à la CNSA une mission d'outillage des Maisons des aînés et des aidants et des professionnels de proximité (accompagnants, aides-soignants, professionnels de santé). Des kits de repérage des besoins des aidants et des kits d'information à destination des proches aidants seraient diffusés. Les outils collaboratifs (de type réseau social) de mise en réseau des aidants, les initiatives de tutorat par des professionnels et d'échange entre pairs seraient repérés et diffusés par la CNSA.

Objectif : Améliorer l'accompagnement financier des proches aidants

Être proche aidant signifie souvent ajouter une charge financière à une fonction particulièrement exigeante sur les plans physique et psychologique. Il est proposé, dans la continuité des récentes propositions de lois en faveur des proches aidants[7], que la collectivité nationale apporte un soutien

7. Notamment la proposition de loi pour une reconnaissance sociale des aidants, déposé à l'Assemblée nationale le 24 janvier 2018 par le député Pierre Dharréville, et la proposition de loi visant à favoriser la reconnaissance des proches aidants, déposée au Sénat le 12 juin 2018 par la sénatrice Jocelyne Guidez.

Aider les proches aidants et rompre l'isolement de la personne âgée : liste des propositions

Objectif : Simplifier la vie des aidants, faciliter leurs démarches et rendre leurs droits plus effectifs

- Généraliser une offre de service d'information, d'orientation, d'aide aux démarches administratives au sein d'un guichet unique.
- Mettre à disposition des aidants des outils d'évaluation de leurs besoins et de simplification du quotidien

Objectif : Améliorer l'accompagnement financier des proches aidants

- Indemniser le congé de proche aidant
- Dans le cadre de la refonte de la prestation autonomie, faciliter l'accès aux solutions de répit pour les proches aidants

Objectif : Mieux concilier le rôle de proche aidant et la vie professionnelle

- Faire de la conciliation du rôle d'aidant et de la vie professionnelle un sujet obligatoire du dialogue social de branche professionnelle et un item du bilan social annuel de l'entreprise
- Promouvoir et diffuser les couvertures assurantielles collectives à destination des aidants
- Mieux repérer les fragilités de l'aidant en mobilisant les services de santé au travail
- Développer un parcours attentionné pour les proches aidants au sein de l'action sanitaire et sociale des travailleurs indépendants
- Inclure le soutien aux proches aidants dans les critères de responsabilité sociale et environnementale des entreprises
- Généraliser les services aux proches aidants dans le cadre des contrats d'assurance dépendance individuels

Objectif : Innover sur les territoires en faveur des proches aidants

- Mobiliser le dossier médical partagé pour améliorer le suivi médical des proches aidants
- Mobiliser les Conférences des financeurs pour la perte d'autonomie sur le soutien aux actions innovantes en direction des aidants
- Expérimenter des bilans de santé systématiques pour les proches aidants

Objectif : Lutter contre l'isolement de la personne âgée en mobilisant les bénévoles de tous les âges

- Lancer une mobilisation nationale des bénévoles auprès des personnes âgées
- Mobiliser le service national universel et le service civique auprès des personnes âgées
- Créer une plateforme nationale de l'engagement citoyen des seniors recensant l'ensemble des offres auprès des acteurs de proximité (associations, CCAS, Conseils départementaux)

financier aux proches aidants à travers deux mesures : d'une part l'indemnisation du congé de proche aidant pour les aidants salariés, d'autre part la facilitation de l'accès aux solutions de répit.

Proposition 24 : Indemniser le congé de proche aidant

Cette indemnisation pourrait être mise en œuvre dans les conditions et modalités suivantes :

- une allocation journalière versée au salarié proche aidant ;
- une allocation dont le montant serait identique à celui de l'allocation journalière de présence parentale (AJPP) dans un objectif de cohérence ;
- un droit à indemnisation dont la durée reste à déterminer pour l'ensemble de la carrière pour répondre au besoin immédiat du salarié proche aidant ;
- il devrait être déterminé si la durée du congé de proche aidant indemnisé est définie par aidant quel que soit le nombre de personnes qu'il est conduit à aider successivement, ce qu'il est aujourd'hui, ou si cette durée est définie par personne aidée par l'aidant ;
- un financement par la solidarité nationale, et le service de cette prestation par la branche famille de la sécurité sociale

Proposition 25 : Dans le cadre de la refonte de la prestation autonomie, faciliter l'accès aux solutions de répit pour les proches aidants

Il serait distingué, au sein de la nouvelle prestation autonomie (cf. proposition n° 121), un volet spécifique « répit et accueil temporaire » assorti d'un plafond spécifique, afin de favoriser la mise en œuvre effective des aides au répit, du relais en cas d'hospitalisation de l'aidant et de l'accès pour toutes les personnes âgées en perte d'autonomie aux solutions d'accueil de jour et d'hébergement temporaire.

Objectif : Mieux concilier le rôle de proche aidant et la vie professionnelle

Les proches aidants sont confrontés au problème de la conciliation entre leur rôle de soutien et les contraintes de la vie professionnelle. Cette articulation peut nécessiter des aménagements de temps de travail, la mobilisation de congés, le refus d'offres d'évolution professionnelle voire l'interruption de l'activité professionnelle. Elle est souvent gérée par le proche aidant seul, et peut entraîner des situations de stress et d'épuisement.

Les entreprises et les partenaires sociaux doivent être mobilisés sur cet enjeu de la vie professionnelle et de la carrière des proches aidants. Cette articulation deviendrait un sujet obligatoire du dialogue social de branche professionnelle, en parallèle d'un développement des couvertures assurantielles collectives en faveur des proches aidants. Les services de santé au travail doivent également être mobilisés pour mieux repérer les fragilités des proches aidants. Par ailleurs, les travailleurs indépendants ne doivent pas être écartés de ce sujet et la protection sociale des travailleurs indépendants doit prévoir des actions spécifiques. Enfin, les contrats individuels d'assurance dépendance doivent saisir la problématique des aidants comme un levier de développement.

Proposition 26 : Faire de la conciliation du rôle d'aidant et de la vie professionnelle un sujet obligatoire du dialogue social de branche professionnelle et un item du bilan social annuel de l'entreprise

Il est proposé que la situation des proches aidants salariés soit mentionnée de façon explicite dans la liste des sujets obligatoires de négociation de branche tous les 4 ans. En complément de cette proposition, dans le même objectif et afin de mesurer l'effectivité des actions mises en œuvre au sein de l'entreprise, il est proposé de rendre obligatoire un item sur la politique des ressources humaines relative aux proches aidants dans le bilan social annuel de l'entreprise.

Proposition 27 : Promouvoir et diffuser les couvertures assurantielles collectives à destination des aidants

Dans le contexte des négociations obligatoires au niveau de la branche sur la conciliation entre l'activité professionnelle et le rôle de proche aidant, les couvertures assurantielles collectives à destination des proches aidants pourraient se développer, améliorant d'autant la couverture des aidants salariés contre le risque de perte de revenus.

Proposition 28 : Mieux repérer les fragilités de l'aidant en mobilisant les services de santé au travail

Il est proposé d'introduire dans les visites médicales des services de santé au travail un questionnement sur la situation d'aidant ou non d'un salarié. Il est également proposé de renforcer l'accompagnement des salariés aidants pendant leurs arrêts de travail par les services de santé au travail, et de faire évoluer la visite de pré-reprise en visite de conseil pendant l'arrêt.

Proposition 29 : Développer un parcours attentionné pour les proches aidants au sein de l'action sanitaire et sociale des travailleurs indépendants

Il est proposé de mettre en place une offre spécifique de l'action sanitaire et sociale de la branche maladie dédiée aux travailleurs indépendants, incluant une mesure de soutien financier aux proches aidants et d'accompagnement pendant leur arrêt de travail.

Proposition 30 : Inclure le soutien aux proches aidants dans les critères de responsabilité sociale et environnementale des entreprises

Il est proposé d'introduire dans le cahier des charges du label égalité professionnelle un critère spécifique de conciliation entre la vie professionnelle et la vie privée des salariés aidants, pour les personnes âgées comme pour les personnes en situation de handicap.

Proposition 31 : Généraliser les services aux proches aidants dans le cadre des contrats d'assurance dépendance individuels

Le renforcement de l'attractivité des produits d'assurance privée contre la perte d'autonomie, aujourd'hui insuffisante, peut passer par la généralisation de services d'assistance mobilisables dès la souscription du contrat d'assurance (aide psychologique, information, assistance téléphonique, voire financement d'une solution de répit). Cette garantie serait ouverte quand l'assuré devient aidant, permettant ainsi de couvrir les aidants non-salariés. Les critères d'intervention de la garantie (identification de la situation d'aidant, temps passé auprès de la personne) devraient au préalable être homogénéisés entre les différents offreurs, par exemple dans le cadre d'un label.

Objectif : Innover sur les territoires en faveur des proches aidants

L'accompagnement des proches aidants par les acteurs de proximité doit être renforcé. Leur identification, préalable nécessaire à des actions ciblées, doit intervenir à travers le dossier médical partagé. D'une part les conférences des financeurs doivent formaliser une stratégie de soutien aux proches aidants et être en mesure de mobiliser les moyens nécessaires à son déploiement. D'autre part, en matière de prévention, le repérage systématique des fragilités des proches aidants doit être expérimenté.

Proposition 32 : Mobiliser le dossier médical partagé pour améliorer le suivi médical des proches aidants

Il est proposé de mentionner dans le dossier médical partagé (DMP) de la personne aidée le nom et les coordonnées de celui-ci afin de faciliter le suivi médical de celui-ci par le médecin traitant. Inversement, le DMP du proche aidant mentionnerait la situation de proche aidant de l'intéressé.

Proposition 33 : Mobiliser les Conférences des financeurs pour la perte d'autonomie sur le soutien aux actions innovantes en direction des aidants

Dans le cadre des conférences des financeurs, la formalisation d'une stratégie départementale en faveur des proches aidants serait obligatoire. Elle reposerait sur les résultats d'un diagnostic des besoins des aidants et de l'offre qui leur est destinée avec la définition d'une feuille de route annuelle. Le concours versé par la CNSA aux Conférences des financeurs au titre des actions de prévention pourrait être ouvert aux actions d'accompagnement des proches aidants, ce concours étant aujourd'hui limité aux actions de prévention et à l'accès aux équipements et aides techniques.

Proposition 34 : Expérimenter des bilans de santé systématiques pour les proches aidants

La situation de proche aidant pouvant conduire à une dégradation, parfois rapide, de leur état de santé, il est proposé d'expérimenter sur un nombre restreint de départements volontaires des bilans de santé systématiques pour les proches aidants. Les centres d'examens de santé de la branche maladie

seraient mobilisés et responsables de l'organisation de ces bilans.

Objectif : Lutter contre l'isolement de la personne âgée en mobilisant les bénévoles de tous les âges

La rupture de l'isolement de la personne âgée nécessite de créer du lien social autour de la personne en favorisant le contact et l'échange entre générations. L'accompagnement professionnel et la dyade aidant-aidé doivent être complétés par la présence de bénévoles de tous âges. Ce sont ces trois strates qui doivent permettre de maintenir la personne dans un environnement social vivant. Cette mobilisation doit être envisagée comme une opportunité d'apprentissage réciproque et de valorisation de la transmission d'une mémoire et de savoirs par les personnes âgées elles-mêmes. Il est donc proposé de mobiliser le service national universel, le service civique et le bénévolat de jeunes et de retraités auprès des personnes âgées, sur des missions de maintien et d'accompagnement à la vie sociale.

Proposition 35 : Lancer une mobilisation nationale des bénévoles auprès des personnes âgées

Il est proposé, dans le cadre de la campagne nationale de sensibilisation (cf. proposition n° 1), de valoriser le bénévolat dans les associations œuvrant auprès des personnes âgées. Une structuration à trois niveaux du soutien apporté au développement du bénévolat serait mise en place :

Au niveau national, une mission assurée par le Haut-commissariat à l'engagement civique avec l'appui de l'Agence du service civique en tant que centre de ressources. Le Haut-commissariat aurait notamment la charge de :

- définir la charte formalisant les engagements collectifs bénévoles portés par les structures associatives et des équipes citoyennes ;
- développer des actions d'ingénierie de formation des bénévoles ;
- assurer l'outillage numérique des acteurs locaux pour faciliter la mise en relation de l'offre et de la demande ;
- assurer la capitalisation des bonnes pratiques.

Au niveau départemental, dans le cadre des Conférences des financeurs, définition d'une stratégie de mobilisation des bénévoles et d'appui pour susciter l'adhésion à la charte et la mise en œuvre d'actions de formation des bénévoles ;

Au niveau local, mobilisation des collectivités communales ou intercommunales, de leurs CCAS ou d'entités territoriales des conseils départementaux pour favoriser la mise en relation des bénévoles et des personnes fragiles et leurs aidants sur leur territoire.

Proposition 36 : Mobiliser le service national universel et le service civique auprès des personnes âgées

Le service civique est aujourd'hui mobilisé auprès des personnes âgées. Il est proposé de définir au niveau national un quantum de missions de service civique en proximité des personnes âgées, dans un objectif de renforcement de cette mobilisation. Par ailleurs, il est proposé d'inciter les associations œuvrant dans le champ de l'autonomie à se porter candidates en tant que lieu d'accueil des jeunes pour les périodes d'engagement, obligatoires ou volontaires, prévues dans le cadre du service national universel. La mobilisation du service civique et du service national universel doit se faire dans un souci de complémentarité, et non de substitution, avec les interventions professionnelles : les volontaires doivent se voir confier des fonctions « non-traitantes », avec pour objectif de rompre la monotonie et l'isolement de la personne âgée. En outre, le déploiement de ces missions nécessite un accompagnement des volontaires afin d'ajuster leur positionnement, dans une juste proximité relationnelle avec la personne âgée, et de leur permettre de jouer un rôle de prévention, de veille voire d'alerte.

Proposition 37 : Créer une plateforme nationale de l'engagement citoyen des seniors recensant l'ensemble des offres auprès des acteurs de proximité (associations, CCAS, Conseils départementaux)

Dans une logique de solidarité intergénérationnelle, et en tenant compte de l'allongement de l'espérance de vie en bonne santé, le bénévolat des seniors doit être favorisé. Cette plateforme nationale, qui pourrait être hébergée par le portail bienvieillir et relayée par les caisses de retraite, aurait vocation à être le point unique des offres de bénévolat.

L'AUTONOMIE DE LA PERSONNE ÂGÉE AU CŒUR DE LA STRATÉGIE

Le maintien de l'autonomie de la personne âgée, entendue dans une acception large et inclusive, nécessite, au-delà d'un changement de regard et d'une revitalisation de son insertion sociale, de préserver son libre choix à chaque étape de son parcours et de rechercher de façon volontariste à retarder le moment de la perte d'autonomie. Cela suppose une transformation de l'offre d'accompagnement et de soin et un véritable changement de modèle dans une logique de « chez soi », privilégiant le domicile. Cela suppose également un investissement important dans la prévention de la perte d'autonomie.

GARANTIR LE LIBRE CHOIX DE LA PERSONNE ÂGÉE EN CONSTRUISANT UNE NOUVELLE OFFRE D'ACCOMPAGNEMENT ET DE SOIN RECENTRÉE SUR LE DOMICILE

L'offre d'accompagnement et de soin aux personnes âgées en perte d'autonomie doit être profondément transformée. Les attentes des Français sont fortes à ce sujet et ont été clairement exprimées dans le cadre de la concertation. L'attente est celle d'un changement de modèle, d'une nouvelle approche domiciliaire sur l'ensemble des lieux de prise en charge, dans une logique de « chez soi ». Cette transformation doit privilégier autant que possible le maintien de la personne dans son domicile. Cela signifie nécessairement une baisse du taux d'institutionnalisation et des EHPAD resserrés sur les populations dont la perte d'autonomie est la plus avancée. L'EHPAD devra dans le même temps proposer de nouveaux services. Il ne doit être pas être conçu comme un monde clos. L'établissement de demain sera ouvert sur l'extérieur et proposera des services à destination de la population prise en charge à domicile. Il semble nécessaire que l'offre soit mieux structurée pour pouvoir gérer cette transformation, notamment dans le secteur public.

Cependant, dans le souci d'« être chez soi » quel que soit son lieu de vie, c'est l'ensemble de l'offre qui doit évoluer vers une approche plus attentive aux besoins des personnes. L'offre de demain devra sortir du dualisme et du cloisonnement entre EHPAD et domicile pour proposer à la personne âgée une gamme de solutions intermédiaires (résidence autonomie, résidence services, habitat inclusif et intergénérationnel, accueil familial, etc.). Elle devra être en mesure de proposer, quel que soit le mode de prise en charge retenu, des garanties de qualité de services homogènes et élevées. Cela suppose de rénover le modèle économique des services d'accompagnement et d'aide à domicile, secteur aujourd'hui fragile. C'est à ces conditions que pourra s'exercer effectivement le libre choix de la personne âgée.

L'objectif est double : permettre l'exercice du libre choix de la personne et assurer un parcours de vie sans rupture, plus fluide, selon les évolutions de l'autonomie de chacun. Il y a d'ores et déjà un foisonnement des offres sur ces sujets. La réforme doit permettre à chaque personne d'avoir accès à une offre graduée sur son territoire.

Cette transformation de l'offre doit poursuivre les objectifs suivants :

- Assurer la viabilité, l'attractivité et la qualité des soins à domicile en modifiant les modes de financement ;
- Développer des modes d'habitats intermédiaires pour les personnes âgées plus autonomes ;
- Décloisonner les structures pour améliorer la qualité de service et réaliser des gains d'efficience ;
- Engager résolument le secteur dans une démarche qualité ;
- Rééquilibrer l'offre sur le territoire ;
- Changer le regard sur les structures pour personnes âgées et valoriser les bonnes pratiques ;
- Mettre la personne âgée au cœur de l'accompagnement et partir de ses attentes, dans une logique de « chez soi ».

Garantir le libre choix de la personne âgée : liste des propositions

Assurer la viabilité, l'attractivité et la qualité des soins à domicile

- Réformer le mode de financement des SAAD pour assurer leur viabilité, réduire les disparités en matière de financement et prendre en compte les temps nécessaires à la formation, à la coordination et à la prévention
- Réformer le financement des SSIAD pour garantir la prise en compte des besoins des personnes accompagnées
- Augmenter le nombre de places en accueil familial en confortant leur cadre juridique et en les adossant à des établissements ou services.

Développer des modes d'habitats intermédiaires pour les personnes âgées plus autonomes

- Permettre le financement des résidences autonomie par les prêts locatifs à usage social (PLUS)
- Simplifier la procédure d'ouverture de résidences autonomie en remplaçant l'appel à projets par une procédure d'autorisation
- Identifier l'ensemble des logements sociaux à destination des personnes âgées dans le décompte des logements sociaux au titre de la loi Solidarité et renouvellement urbain et fixer un objectif de construction spécifique à ce public
- Appuyer le développement de l'habitat inclusif
- Améliorer la visibilité de l'offre en résidences services par un référencement sur le portail de la CNSA

Décloisonner les structures pour améliorer la qualité de service et réaliser des gains d'efficience

- Créer d'un nouveau statut pour des établissements territoriaux pour personnes âgées qui recevraient une autorisation et un financement global pour délivrer une palette de services et constituer ainsi des centres de ressources du Grand âge.
- Développer les accueils temporaires et les accueils de jour, en particulier itinérants et ouvrir les établissements sur leur territoire de proximité
- Appuyer le développement de la télémédecine en permettant aux personnes intervenant à domicile de déclencher une téléconsultation
- Accentuer le décloisonnement des SSIAD et des SAAD au sein des SPASAD.
- Structurer une offre publique en envisageant le détachement administratif des EHPAD des plus grands centres hospitaliers et en regroupant progressivement les opérateurs
- Expertiser la sécurisation juridique, pour les établissements habilités à l'aide sociale, d'un financement à la personne et non plus à la place, à travers une modulation encadrée des tarifs hébergement
- Positionner l'ANAP comme référence dans la diffusion des bonnes pratiques et des accompagnements à la réorganisation du secteur
- Créer un fonds d'accompagnement à la restructuration de l'offre géré par la CNSA et délégué aux ARS doté de 150 M€ par an.
- Établir le tarif partiel des EHPAD et développer les pharmacies à usage intérieur

Piloter par la qualité

- Lancer un plan de rénovation des établissements, en particulier publics de 3 Mds € sur 10 ans. Ce plan intègrera des exigences accrues en termes de qualité architecturale et valorisera la réalisation de petites unités de vie (15-20 personnes) au sein des établissements.
- Créer un fonds qualité pour financer les actions relatives à la qualité de vie au travail, à la prévention ou à la formation préalable à l'obtention de labels.
- Améliorer la qualité de service en EHPAD et à domicile à travers le financement de démarches de labellisation
- Charger la Haute autorité de santé (HAS) d'établir un référentiel national permettant d'évaluer les structures. Celui-ci deviendrait la référence pour toutes les évaluations externes

- Établir rapidement une liste d'indicateurs disponibles dans le tableau de bord des établissements médico-sociaux ou rapidement mobilisables constituant un socle « qualité ». Les structures auraient l'obligation de compléter le tableau de bord, en particulier pour ces indicateurs
- Publier les évaluations et les indicateurs clés sur le site www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr
- Charger un organisme tiers de payer et de rémunérer les organismes évaluateurs externes habilités, définir des critères préalables à leur habilitation et encadrer leur rémunération

Rééquilibrer l'offre sur le territoire

- Mesurer la dépense départementale moyenne de soins par personne de plus de 75 ans.
- Accorder en priorité les autorisations nouvelles aux départements carencés au sens de ce nouvel indicateur.

Changer le regard sur les structures pour personnes âgées et valoriser les bonnes pratiques

- Faire évoluer la sémantique officielle. En particulier, changer de nom des EHPAD : « Maison du grand âge » ou « Maison médicalisée des seniors ».
- Instaurer une journée annuelle nationale portes ouvertes en EHPAD
- Créer un concours régional et national de la qualité de prise en charge des personnes âgées, organisé par thèmes : repas et nutrition, maintien de l'autonomie, écoute de la personne, ouverture de l'établissement sur l'extérieur, « chez soi ».

Mettre la personne âgée au cœur de l'accompagnement et partir de ses attentes, dans une logique de « chez soi »

- Expérimenter la mise en place un « projet de vie » de la personne âgée en établissement
- Prendre en compte un nouvel équilibre entre sécurité et liberté

Objectif : Assurer la viabilité, l'attractivité et la qualité de l'accompagnement et des soins à domicile

L'accroissement de la part de la population âgée en perte d'autonomie accompagnée au domicile nécessite de rééquilibrer les priorités actuelles de financement en soutenant le développement de l'accompagnement à domicile : SAAD, SSIAD et accueil familial. Les modes de financement des prises en charge à domicile doivent être revus afin d'ajuster la nature des prestations aux besoins des personnes, et d'assurer la pérennité du modèle économique de ces prestations. Les SAAD doivent pouvoir financer des temps de prévention et de coordination. Les SSIAD doivent être fortement recentrés sur les actes techniques nécessitant une compétence infirmière. L'accueil familial doit être développé dans un cadre sécurisant pour les personnes, par exemple en renforçant les liens entre les accueillants et les autres acteurs professionnels présents sur le territoire.

Proposition 38 : Réformer le mode de financement des SAAD pour assurer leur viabilité, réduire les disparités en matière de financement et prendre en compte les temps nécessaires à la formation, à la coordination et à la prévention

La tarification des SAAD est non seulement variable selon les départements mais ne permet pas en outre de valoriser correctement la qualité nécessaire à l'amélioration de l'accompagnement. Dans la continuité des travaux engagés par le groupe de travail DGCS-CNSA avec les acteurs du secteur, il est proposé de réformer leur financement en mobilisant deux leviers :

- Instaurer rapidement une tarification nationale de référence pour la valorisation des plans d'APA et l'imposer également comme tarification plancher de tous les SAAD ;
- Négocier pour les SAAD habilités à l'aide sociale, dans le cadre des CPOM et en contrepartie d'une dotation forfaitaire, des engagements relatifs aux rémunérations salariales, aux démarches de prévention, à la qualité de service et à la réalisation de gains d'efficience (par exemple à travers la diffusion de solutions de géo-localisation).

Les SAAD qui ne souhaiteront pas être habilitées à l'aide sociale resteront libres de fixer leurs tarifs. Toutefois, en contrepartie de la meilleure solvabilisation apportée par la mise en place du tarif plancher, ils appliqueront à leurs salariés le barème minimal d'indemnisation des indemnités kilométriques ou, à défaut, systématiseront l'usage de véhicules de service (cf. proposition n° 96).

Sur la base d'une tarification de référence à 21 € (en mode prestataire) et d'une dotation forfaitaire, équivalente en moyenne à 3 € par heure de prestation, le coût de la réforme est évalué à 400 M€ sur la base du nombre de bénéficiaires 2018 pour le seul champ des personnes âgées, la réforme devant mécaniquement bénéficier au champ des personnes en situation de handicap pour un coût total, hors effet démographique, de 550 M€.

Proposition 39 : Réformer le financement des SSIAD pour garantir la prise en compte des besoins des personnes accompagnées

Le financement des SSIAD est aujourd'hui forfaitaire et ne dépend pas, contrairement aux EHPAD ou aux SAAD, des besoins de la personne accompagnée : ce système a pour conséquence de ne pas toujours les inciter à accompagner les personnes les plus dépendantes[8]. Il est proposé d'intégrer progressivement les besoins en soins des personnes accompagnées dans l'équation tarifaire. Par ailleurs, il conviendra de faire évoluer le cahier des charges des SSIAD en incluant des passages de nuit au domicile des personnes et en sécurisant la permanence de service les dimanches et jours fériés.

Proposition 40 : Augmenter le nombre de places en accueil familial en confortant leur cadre juridique et en les adossant à des établissements ou services.

La loi doit prévoir un cadre clair, incitatif et sécurisant pour l'accueil familial afin de développer résolument cette possibilité. Il est notamment proposé :

- De mieux intégrer les accueillants familiaux dans l'offre sociale et médico-sociale. Cette intégration permettrait aux accueillants et aux personnes accueillies de bénéficier de services de formation, d'information, d'accueil temporaire, et d'une relation privilégiée avec une structure d'aide ou de soins à domicile. Cela supposerait :
  - De développer le salariat d'accueillants familiaux par des établissements ou services médico-sociaux, et de restreindre le salariat aux seuls ESMS. La création de services d'accueil familial intégrés au sein des ESMS doit être soutenue par le fonds d'amorçage de la transformation de l'offre géré par la CNSA (cf. proposition n° 53).
  - De rendre obligatoire l'accompagnement de tout accueillant familial en gré à gré par un ESMS ressources, sous la responsabilité du Conseil départemental.
- De clarifier et de simplifier le cadre juridique de l'accueil familial en révisant les contrats types afin d'améliorer leur lisibilité et de favoriser le développement d'accueils de jour ou d'accueils temporaires ;
- D'étudier l'opportunité d'une ouverture du bénéfice de l'assurance chômage aux accueillants familiaux de gré à gré ;
- De mieux faire connaître l'accueil familial auprès du grand public à travers des actions de communication.

Objectif : Développer des modes d'habitats intermédiaires pour les personnes âgées plus autonomes

Les limites du maintien au domicile « historique » de la personne âgée sont connues : risque d'isolement, intensification de la sollicitation des proches aidants, inadaptation du logement aux limitations de la mobilité, difficulté de coordination des intervenants. Le respect de la liberté de choix de la personne suppose d'offrir des alternatives au domicile et à l'EHPAD. Pour cela, un accent fort doit être mis sur le développement d'habitats groupés (résidences autonomie, résidences services, habitat inclusif et intergénérationnel) pouvant proposer des services collectifs (restauration, loisirs, blanchisserie, etc.) et organiser une mixité sociale ou intergénérationnelle.

Le développement de cette offre passe d'une part par le développement des résidences services, d'autre part par celui des logements financés par les fonds du logement social. Enfin, des formes innovantes et expérimentales d'habitat mixte

8. Source : URC Eco, 2009, « Les patients en service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) : le coût de leur prise en charge et ses déterminants »

(colocation, habitat intergénérationnel, etc.) doivent être soutenues. Trois mécanismes principaux peuvent être activés :

- L'article 20 de la loi ASV a ouvert la possibilité pour les bailleurs sociaux d'attribuer en priorité à des personnes en perte d'autonomie liée à l'âge ou au handicap des logements construits ou aménagés spécifiquement (à hauteur de 70 % des ensembles construits) ;
- L'article 129 de la loi ELAN a créé une définition de l'habitat inclusif dans le droit commun et ouvert la possibilité pour les bailleurs sociaux de financer à ce titre des logements-foyers pour personnes âgées qui ne relèvent pas du code de l'action sociale et des familles (CASF). Un forfait habitat inclusif a été créé ;
- Les résidences autonomies peuvent être financées par des prêts locatifs sociaux (PLS)

Proposition 41 : Permettre le financement des résidences autonomie par les prêts locatifs à usage social (PLUS)

Les résidences autonomie sont aujourd'hui quasi exclusivement financées en prêt locatif social (PLS) soit le mode de financement le moins subventionné et qui autorise les loyers les plus élevés. Le financement est possible en PLUS mais très rare, ce mode de financement étant réservé à la production de logements familiaux. Il est proposé d'étendre plus largement le financement des résidences autonomie en PLUS.

Proposition 42 : Simplifier la procédure d'ouverture de résidences autonomie en remplaçant l'appel à projets par une procédure d'autorisation

Depuis la loi ASV, la procédure d'appel à projet s'impose pour l'autorisation des résidences autonomie dès lors qu'elles bénéficient du forfait autonomie ou qu'elles accueillent au moins un résident bénéficiaire de l'APA. Cette procédure apparaît lourde aux bailleurs sociaux et semble constituer un frein au développement de cette offre. Il est proposé de remplacer l'appel à projet par une procédure d'autorisation.

Proposition 43 : Identifier l'ensemble des logements sociaux à destination des personnes âgées dans le décompte des logements sociaux au titre de la loi Solidarité et Renouvellement Urbain (SRU) et fixer un objectif de construction spécifique à ce public

Les trois catégories de logements locatifs sociaux (LLS) à destination des personnes âgées (article 20 de la loi ASV, habitat inclusif, résidences autonomie) feraient l'objet d'un décompte spécifique lors de l'inventaire des logements sociaux prévus par la loi SRU. Un objectif en termes de part minimale de la production de logements sociaux dédiée aux personnes âgées pourrait être posé :

- Soit aux communes carencées dans le cadre de leurs objectifs qualitatifs ;
- Soit aux préfets de région dans le cadre de la programmation globale des crédits et des objectifs LLS, dans le cadre du Fonds national des aides à la pierre, pour répondre aux besoins qui s'expriment localement. Les préfets seraient alors chargés de répartir ces objectifs en Comité régional de l'habitat et de l'hébergement entre les territoires de gestion.

Proposition 44 : Appuyer le développement de l'habitat inclusif

À l'image de celle rédigée pour la prestation de compensation du handicap (PCH), il est proposé que la DGCS rédige une fiche pratique à l'attention des départements précisant le cadre légal permettant la mise en commun de l'APA (ou de la future prestation autonomie) entre les résidents d'un habitat regroupé. Il est par ailleurs proposé (cf. proposition n° 10) d'évaluer la mise en œuvre du forfait logement inclusif d'ici fin 2021.

Proposition 45 : Améliorer la visibilité de l'offre en résidences services par un référencement sur le portail de la CNSA

Les résidences services se développent rapidement et ont trouvé leur modèle économique. En facilitant le regroupement des personnes âgées, elles peuvent proposer des services compétitifs. Toutefois, comme elles ne relèvent pas du CASF, aucun recensement de cette offre n'existe. Pour mieux orienter les personnes âgées, il est proposé de les soumettre à une obligation déclarative pour pouvoir les référencer sur le site www.pour-les-personnes-agees.com et alimenter les informations susceptibles d'être délivrées par les maisons des

aînés et des aidants (cf. proposition n° 16). Cette déclaration comprendrait outre les coordonnées et la capacité de la structure, des informations tarifaires de base, permettant de fournir des renseignements de premier niveau.

Objectif : Décloisonner les structures pour améliorer la qualité de service et réaliser des gains d'efficience

Une meilleure réponse aux besoins des personnes passe par une plus forte intégration des différentes prestations aujourd'hui proposées (soin infirmier, aide à domicile, accueil en établissement, mobilisation d'une expertise médicale, etc.), à domicile comme en établissement. Le décloisonnement des différents segments de l'offre doit donc permettre d'améliorer la qualité du service rendu à la personne âgée. Pour inciter à un décloisonnement entre établissement et domicile, pour permettre la mutualisation de compétences gériatriques, et pour faciliter la mobilité des professionnels des EHPAD, les établissements doivent s'ouvrir vers l'extérieur en se rapprochant des acteurs du domicile et en se positionnant comme centres de ressources. Les solutions d'accueil temporaire (hébergement temporaire systématisé, offre d'accueil de jour, d'activités partagées entre résidents et personnes âgées restées à domicile) doivent être développées.

Cette transformation de l'offre nécessite également d'engager un rapprochement des structures dans le secteur public. Pour ces structures, souvent de petite taille, la constitution de pôles d'expertise disposant de compétences rares et la réalisation d'économies d'échelle dans une logique de groupe, permettant par exemple la réalisation d'opérations immobilières à proximité des centres villes, sont nécessaires. Cette dynamique de rapprochement doit permettre des gains d'efficience, par exemple avec la mise en place de pharmacies à usage interne mutualisées.

Il est proposé d'accompagner cette transformation de l'offre avec un rôle pivot de l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP) dans la diffusion de bonnes pratiques et avec le déblocage d'une enveloppe d'amorçage permettant d'accélérer cette dynamique de transformation.

Proposition 46 : Créer d'un nouveau statut pour des établissements territoriaux pour personnes âgées qui recevraient une autorisation et un financement global pour délivrer une palette de services et constituer ainsi des centres de ressources du grand âge.

Le secteur a fait preuve d'une grande capacité d'innovation en proposant des regroupements de services sous la forme d'EHPAD hors les murs ou de plateforme de proximité permettant à un opérateur de proposer des services qui relèvent aujourd'hui de structures et d'autorisations différentes (SAAD, SSIAD, hébergement permanent, temporaire, accueil de jour,…). Pour donner un cadre et favoriser ce type de pratiques, il est proposé de créer un nouveau type d'établissement social et médico-social baptisé « établissement territorial ». Ces structures relèveraient, dès leur création, d'un régime d'autorisation global. Cette proposition, qui rejoint les recommandations du rapport Fiat-Iborra[9], permettrait de donner un cadre financier stable aux expérimentations actuellement en cours et permettrait la création de centres de ressources du grand âge sur chaque territoire proposant une palette complète de services y compris médicaux ou de télémédecine, en même temps qu'un cadre pour la professionnalisation des métiers du grand âge. En parallèle de cette mesure, les expérimentations devront être encouragées et soutenues dans le cadre de l'article L.162-31-1 du code de la sécurité sociale (issu de l'article 51 de la LFSS pour 2018, modifié en LFSS pour 2019).

Proposition 47 : Développer les accueils temporaires et les accueils de jour, en particulier itinérants et ouvrir les établissements sur leur territoire de proximité

Dans le cadre d'une stratégie de développement du domicile, il est primordial de développer les solutions d'accueil temporaire ou d'accueil de jour pour favoriser la prévention, lutter contre l'isolement et relayer les aidants. Certaines structures proposent par ailleurs des accueils de jour itinérants, la question des transports étant souvent un frein à l'inscription des personnes. Dans le même esprit, il est proposé de favoriser la mise à disposition, au sein des établissements, de services à destination de la population d'un territoire, de tous les âges, y compris les personnes accompagnées à leur domicile (restaurant, salon de coiffure, crèche, salle d'activité physique). Ces transformations de l'offre constituent une dimension majeure de soutien aux accompagnements à domicile. Leur développement

9. Rapport d'information sur les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) présenté par Mmes Monique Iborra et Caroline Fiat, mars 2018.

doit être soutenu par le fonds d'accompagnement à la restructuration de l'offre (cf. proposition n° 53). Un droit à l'accès au service d'accueil de jour ou d'accueil temporaire doit être affirmé, en tout point du territoire, et l'offre doit se développer en ce sens.

Proposition 48 : Appuyer le développement de la télémédecine en permettant aux personnels intervenant à domicile de déclencher une téléconsultation

Il est proposé que l'accès à la téléconsultation soit permis pour toute situation de fragilité repérée à domicile. En l'état actuel de la règlementation, la téléconsultation ne peut être déclenchée qu'à l'initiative du médecin traitant sauf situations d'urgence. Or, certaines personnes âgées sont sans médecin traitant ou ne sont pas en capacité de le solliciter sans que leur cas ne relève de l'urgence. Dans ces situations, il est proposé que le professionnel qui intervient à domicile (l'évaluateur du CLIC, de l'équipe APA, le gestionnaire de cas, l'infirmière du SSIAD, etc.) soit autorisé à déclencher une demande de téléconsultation avec l'établissement de proximité disposant d'une expertise en gériatrie. En outre, l'augmentation des effectifs en EHPAD (cf. proposition n° 87) doit permettre de faciliter le développement de la télémédecine en EHPAD en libérant du temps d'aide-soignant pour organiser les consultations.

Proposition 49 : Accentuer le décloisonnement des SSIAD et des SAAD au sein des SPASAD.

Malgré la création des SPASAD, les structures de soins infirmiers (SSIAD) et d'aide à domicile (SAAD) restent financées avec des logiques différentes (à la place ou sur un tarif horaire) et doivent rendre compte à des autorités différentes. L'article D312-7 du CASF prévoit la possibilité pour les SAAD et les SSIAD de se regrouper en SPASAD sans définir de cadre juridique et financier commun. Les SPASAD intégrés n'ont aucune existence juridique et financière et le financement des temps de coordination (au cœur de la démarche) n'est pas assuré. À court terme, pour aller plus loin dans le décloisonnement, il est proposé d'autoriser la fongibilité des résultats entre la partie SSIAD et SAAD dans le cadre d'un CPOM SPASAD « unifié ». À long terme, il serait souhaitable que la fongibilité puisse s'appliquer sur l'ensemble des crédits et que les SPASAD passent sous un régime d'autorisation unique, ce qui implique un mode de financement et un pilotage unifié.

Proposition 50 : Structurer une offre publique en envisageant le détachement administratif des EHPAD des plus grands centres hospitaliers et en regroupant progressivement les opérateurs

Si les grands réseaux privés à but lucratif ou non lucratif se sont constitués, le secteur public qui regroupe près de 50 % des places est atomisé, avec des établissements de petite taille sans mutualisation de l'encadrement ou des fonctions support. Les structures pourraient être amenées à se regrouper, soit par une consolidation, soit par une coordination renforcée permettant une mutualisation de moyens. Il est proposé de conditionner à moyen terme les autorisations à un seuil de capacité. Il doit être précisé que ces regroupements sont d'ordre administratif, l'objectif étant la mise en commun de ressources et une meilleure coordination. Il ne s'agit donc pas de regroupements physiques qui pourraient affecter la bonne couverture du territoire, dans une logique de proximité.

L'exercice coordonné doit devenir la règle pour les EHPAD, par exemple au sein de groupements de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS).

En ce qui concerne l'offre publique hospitalière, il est proposé d'ouvrir la possibilité de détacher les EHPAD des centres hospitaliers de grande taille de façon à créer des structures unifiées dédiées à l'accompagnement des personnes âgées sur un territoire (département, région,…). Cette autonomisation leur permettrait de développer leur propre stratégie d'investissement et serait un marqueur fort de l'éloignement d'une approche purement sanitaire et du rapprochement avec des solutions de prise en charge à domicile. Ce détachement serait mis en œuvre pour les principaux centres hospitaliers mais pas pour les hôpitaux de proximité, qui ont vocation à devenir des acteurs clés dans la prise en charge des personnes âgées sur leur territoire.

Proposition 51 : Expertiser la sécurisation juridique, pour les établissements habilités à l'aide sociale, d'un financement à la personne et non plus à la place, à travers une modulation encadrée des tarifs hébergement

L'habilitation à l'aide sociale entraîne, pour tout ou partie des résidents d'un établissement, l'application de tarifs administrés par les Conseils départementaux pour la section hébergement. Les établissements habilités sont par conséquent

privés d'une marge de manœuvre budgétaire sur les tarifs d'hébergement, et pénalisés par rapport aux établissements non habilités qui disposent d'une pleine liberté tarifaire. Il est proposé d'ouvrir la possibilité pour les établissements habilités d'appliquer à leurs résidents non bénéficiaires de l'ASH des surloyers solidaires, modulés en fonction des ressources des résidents, afin de consolider la situation financière de ces établissements. Cette solution devra au préalable être sécurisée sur le plan juridique, si nécessaire par une disposition législative. 65 % des places habilitées à l'aide sociale se trouvant dans le parc d'EHPAD publics, cette mesure serait de nature à consolider le secteur public.

Proposition 52 : Positionner l'ANAP comme référence dans la diffusion des bonnes pratiques et des accompagnements à la réorganisation du secteur

Comme elle l'a fait pour les établissements de santé, l'ANAP a vocation à accompagner les structures médico-sociales dans leurs réorganisations et leur recherche d'innovation organisationnelle. Elle a également vocation à accompagner la rénovation des systèmes d'information médico-sociaux (cf. proposition n° 174) et doit appuyer la montée en compétence collective des professionnels, en particulier sur les fonctions supports.

Proposition 53 : Créer un fonds d'accompagnement à la restructuration de l'offre géré par la CNSA et délégué aux ARS doté de 150 M€ par an.

L'ensemble des restructurations évoquées ci-dessus nécessite de financer des frais d'ingénierie et des coûts de transition, en particulier les actions de formation nécessaires à la nouvelle organisation retenue, et des investissements matériels (système d'information, matériel informatique, locaux,…) ou des prestations d'accompagnement à la conduite du changement mutualisés entre établissements. Il est proposé de créer un fonds d'accompagnement à la restructuration de l'offre médico-sociale géré par la CNSA (qui fixerait les conditions d'attribution), à destination des opérateurs à domicile comme en établissement, et alloué par les ARS pour un montant d'environ 150 M€ par an. La pertinence en termes d'efficience des actions proposées devra être démontrée ex ante et évaluée précisément ex post.

Proposition 54 : Établir le tarif partiel des EHPAD et développer les pharmacies à usage intérieur

Les établissements peuvent aujourd'hui relever de quatre options tarifaires s'agissant des prestations de soins : tarif partiel ou global, présence d'une pharmacie à usage intérieure (PUI) ou non. Dans les établissements en tarif partiel sans PUI (61 % de l'offre en EHPAD en 2016 selon la CNSA), les dépenses des actes médicaux non compris dans le tarif (médicaments, kinésithérapeute, dispositifs médicaux, transports) relèvent de l'enveloppe soins de ville. À long terme, il est proposé de développer les approches globales avec PUI mais le calibrage historique du forfait global rend délicat sa généralisation rapide.

Les données de l'enquête de coûts 2012 et 2013 de l'ATIH montrent toutefois que la dépense moyenne de kinésithérapeute par place dans les établissements au tarif global est environ 150 € plus faible que celles des établissements au tarif partiel. Sans attendre une généralisation du tarif global, il est proposé d'intégrer rapidement ces actes dans le cadre du tarif partiel en intégrant une majoration forfaitaire à ce titre. Concernant les médicaments, l'écart entre la dépense dans les EHPAD qui ont une pharmacie à usage intérieure (PUI) et ceux qui n'en ont pas est également de l'ordre de 150 € par an et par place. Le mouvement de consolidation du secteur devra conduire à augmenter la part des places en EHPAD couvertes par une PUI (28 % en 2016), éventuellement mutualisée. Ces deux mesures pourraient générer une économie à l'horizon 2030 de l'ordre de 150 M€.

Des alternatives à la pharmacie à usage intérieur pourraient par ailleurs être envisagées, comme par exemple l'intégration des médicaments dans le tarif partiel.

Objectif : Piloter par la qualité

La liberté de choix de la personne n'a de sens que si des prestations de qualité sont offertes à sa décision. Le pilotage des établissements et services à domicile doit être résolument orienté vers l'amélioration et la constance de la qualité du service rendu à la personne. Une conception extensive de la qualité doit être retenue, adaptée aux enjeux du domicile ou de l'établissement : qualité des soins et de l'accompagnement, présence de professionnels, cadre et mode de vie inspiré du « chez-soi », conception architecturale et

intégration dans la cité, projet de vie et ouverture sur l'extérieur, absence d'isolement.

Une des principales difficultés rencontrées est d'assurer une constance de la qualité, en dépit de tous les aléas qui affectent la vie d'un établissement, ce qui passe nécessairement par un engagement collectif de l'ensemble des équipes dans cette démarche et un management adapté.

Ces objectifs tiennent en premier lieu à des exigences quantitatives de présence auprès des personnes. Ces aspects essentiels de la qualité de service sont traités infra. L'atteinte de ces objectifs passe également par :

- L'engagement d'un plan massif de rénovation du parc des EHPAD publics et des résidences autonomie, en considérant que la qualité et l'organisation des bâtiments participe pleinement à la qualité de service ;
- La création d'un « fonds qualité », géré par les ARS destiné au financement d'actions de prévention au sein des structures de prise en charge, d'amélioration de la qualité de vie au travail et de formation des personnels ;
- L'amélioration de la qualité de service en EHPAD et à domicile à travers le financement de démarches de labellisation
- Une refonte des référentiels et démarches d'évaluation de la qualité du service rendu en établissement dans un premier temps, et à terme pour les structures du domicile ;
- La publication et la mise en ligne d'informations accessibles quant à la qualité du service rendu dans chaque établissement et service ;
- Un suivi renforcé du secteur, à travers la sélection d'un nombre resserré d'indicateurs de qualité de service.

Proposition 55 : Lancer un plan de rénovation des établissements, en particulier publics de 3 Mds € sur 10 ans. Ce plan intègrera des exigences accrues en termes de qualité architecturale et valorisera la réalisation de petites unités de vie (15-20 personnes) au sein des établissements.

Un plan de rénovation du parc immobilier des EHPAD et des résidences autonomie doit être engagé rapidement en élargissant les aides à l'investissement. Étant donné l'ancienneté de son bâti, le secteur public serait priorisé. L'ouverture de ces financements au secteur privé non lucratif et lucratif doit être assortie d'exigences fortes sur la qualité de prise en charge et par une maîtrise des tarifs hébergement. Destiné prioritairement au secteur public, ce plan de rénovation serait conditionné pour les établissements de petite taille à l'engagement de dynamiques de rapprochement.

Il serait établi sur la base d'un audit détaillé à réaliser rapidement. En retenant une hypothèse de 150 000 places à rénover (un quart de l'offre totale n'a pas connu de rénovation depuis plus de 25 ans), le besoin d'investissement a été estimé à 15 Mds €. Il est proposé d'augmenter les plans d'aide à l'investissement de la CNSA d'environ 3 Mds € en 10 ans (soit un triplement de l'effort actuel d'investissement) pour abonder et amorcer un large plan de rénovation du bâti. Cet abondement interviendrait indépendamment des efforts d'investissements consentis par d'autres opérateurs. En particulier, les investissements nouveaux de la Caisse des dépôts et consignations et d'Action Logement doivent intervenir en complémentarité avec cet effort d'investissement.

Ce plan de rénovation permettrait de ne pas répercuter les coûts liés à la rénovation sur les résidents. Il représente donc une dépense évitée pour les personnes et les familles.

Proposition 56 : Créer un fonds qualité pour financer les actions relatives à la qualité de vie au travail, à la prévention ou à la formation préalable à l'obtention de labels.

Il est proposé d'inciter à la mise en œuvre d'actions visant l'amélioration de la qualité à travers la création d'une dotation supplémentaire appelée Fonds qualité. Géré par la CNSA, il serait distribué par les ARS et concernerait aussi bien les EHPAD que les SSIAD ou les SPASAD. Si le scénario de reprise du pilotage des SAAD par les ARS venait à être retenu (cf. partie gouvernance), les SAAD seraient éligibles à ce fonds. L'efficacité des actions serait mesurée à l'aide d'indicateurs de résultats établis dès le début du financement entre l'ARS et la structure.

Les actions financées pourraient se rapporter à :

- La fidélisation du personnel, les actions visant alors à réduire l'absentéisme ou le turn-over, par exemple ;

- La préservation de l'autonomie des résidents. C'est ainsi que les dépenses de déploiement et de formation relatives à la mise en place d'outils spécifiques (grilles SMAF ou RAI) pourraient être financées sur la base de cette enveloppe qualité ;
- L'obtention de label comme « Bien traitant », « Humanitude », etc.. Les dépenses de formation seraient alors prises en charge.

Ce financement « à la qualité » viendrait s'ajouter aux forfaits soins et dépendance actuellement versés par l'ARS et le conseil départemental. Il est proposé d'y consacrer rapidement 1 % à 2 % de l'objectif global de dépenses pour les personnes âgées (OGD-PA) soit entre 100 et 200 M€.

Proposition 57 : Améliorer la qualité de service en EHPAD et à domicile à travers le financement de démarches de labellisation

Sur la base d'une homologation de labels qualité (de type Humanitude, Bientraitant, etc.) par la HAS, il est proposé un financement des formations collectives, engageant l'ensemble des personnels d'une structure, permettant d'obtenir ces labels. Ce financement ne serait octroyé qu'en phase d'entrée dans le label. L'homologation des labels reposerait sur un cahier des charges défini au niveau national pouvant être aligné sur le référentiel national de l'évaluation externe. Il serait notamment intégré dans les critères de ce cahier des charges une périodicité minimale de renouvellement du label.

Proposition 58 : Charger la Haute autorité de santé (HAS) d'établir un référentiel national permettant d'évaluer les structures. Celui-ci deviendrait la référence pour toutes les évaluations externes

L'évaluation externe obligatoire n'a pas donné pleine satisfaction, les organismes n'ayant pas tous la même approche dans l'évaluation et les critères actuels n'étant pas nécessairement les plus pertinents. Suivant les préconisations du rapport Vidal[10], on conserverait le principe de l'évaluation externe en l'adossant à un référentiel unique prenant en compte l'ensemble des aspects de la qualité, y compris la problématique de la nutrition (cf. annexe n° 5). La HAS est ainsi chargée d'établir un référentiel permettant de comparer les évaluations. Ce référentiel doit être mis en place dès 2021, sur la base des dispositions de la loi santé. Il prévoit, selon une méthodologie précise à établir, le recueil de la satisfaction des résidents.

Proposition 59 : Établir rapidement une liste d'indicateurs disponibles dans le tableau de bord des établissements médico-sociaux ou rapidement mobilisables constituant un socle « qualité ». Les structures auraient l'obligation de compléter le tableau de bord, en particulier pour ces indicateurs

Le tableau de bord de l'ANAP compte à ce jour 43 indicateurs. Il ne concerne pas les SAAD à ce stade mais intègre les EHPAD, les SSIAD et les SPASAD. Certains indicateurs peuvent d'ores et déjà être considérés comme des indices de qualité (actes programmés non réalisés, taux d'absentéisme, taux de rotation, taux de vacance des postes) même s'ils doivent être contextualisés. Il est proposé de rendre obligatoire la réponse aux questions du tableau de bord, en particulier pour ces indicateurs. Le non-respect de cette obligation pourrait conduire à un ajustement du nombre de places autorisées.

Proposition 60 : Publier les évaluations externes et les indicateurs clés sur le site www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr

Les indicateurs pertinents du tableau de bord pourraient rapidement être mis en ligne sur le portail www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr. Les labels obtenus ainsi que les évaluations externes pourraient également être précisés, sur le modèle des informations disponibles sur « Nursing home compare » de Medicare aux États-Unis.

Proposition 61 : Charger un organisme tiers de payer et de rémunérer les organismes évaluateurs externes habilités, définir des critères préalables à leur habilitation et encadrer leur rémunération

L'habilitation d'un organisme évaluateur ne résulte pas aujourd'hui d'un processus de sélection. Tous les organismes qui le souhaitent peuvent être habilités, le contrôle de la HAS ne s'exerçant qu'a posteriori. En outre, l'établissement choisit l'organisme évaluateur et le rétribue directement à l'inverse de ce qui se passe dans le champ sanitaire où l'évaluation est financée par l'ARS. Il est proposé :

- De définir des critères préalables à l'habitation des organismes en légiférant pour confier à l'HAS un pouvoir de contrôle a priori

10. Rapport d'information sur l'évolution de la démarche qualité au sein des EHPAD et de son dispositif d'évaluation présenté par Mme Annie Vidal, 2018.

- De charger l'ARS de choisir et de rémunérer l'évaluateur
- De financer ces évaluations par une cotisation obligatoire versée par les établissements
- D'encadrer la rémunération des organismes.

Objectif : Rééquilibrer l'offre sur le territoire

Il est impératif que l'offre d'accompagnement et de soin soit répartie sur les territoires en fonction des besoins identifiés. La répartition des capacités de prise en charge sur le territoire national doit être adaptée à la démographie des personnes âgées en perte d'autonomie, en tenant compte des choix faits par les collectivités territoriales. La répartition équitable de l'effort national nécessite cependant d'opérer un rééquilibrage vers les territoires dont la démographie appelle un effort supplémentaire et vers les territoires les moins bien dotés financièrement à l'heure actuelle. La péréquation de l'effort collectif entre les territoires doit être renforcée.

Proposition 62 : Mesurer la dépense départementale moyenne de soins par personne de plus de 75 ans.

La dépense d'assurance maladie en soins de nursing auprès des personnes âgées est composée :

- des versements au titre des forfaits soins en EHPAD ;
- des versements aux SSIAD ;
- des remboursements d'actes AIS d'infirmières libérales (compris dans l'ONDAM soins de ville) ;
- des versements au titre des forfaits soins en ESLD (compris dans l'ONDAM hospitalier).

Il est proposé de publier dans le programme de qualité et d'efficience (PQE) « Invalidité et dispositifs gérés par la CNSA » annexé au PLFSS chaque année, la dépense moyenne départementale par personne de plus de 75 ans composée de ces quatre éléments et de suivre sa distribution et son évolution. En effet, si les différences de taux d'équipement, suivies actuellement, sont pour partie le produit des choix territoriaux, la somme des quatre éléments permet de rendre compte de l'investissement réalisé par la collectivité indépendamment du modèle choisi.

Cette statistique a été établie dans le cadre de la concertation par la CNSA et a permis de mettre en lumière des écarts variant de 1 550 €/an et par personne de plus de 75 ans à 3 450 € selon les départements.

Proposition 63 : Accorder en priorité les autorisations nouvelles aux départements carencés au sens de ce nouvel indicateur.

Cette statistique serait utilisée dans la répartition des autorisations nouvelles de places de SSIAD et d'EHPAD (ou des nouveaux établissements territoriaux). Les territoires dans lesquels l'offre, envisagée sous toutes ses formes, est significativement plus faible que la moyenne seraient priorisés.

Objectif : Changer le regard sur les structures pour personnes âgées et valoriser les bonnes pratiques

L'EHPAD ne doit pas être un univers clos. Il doit être pensé comme l'antithèse de la caricature carcérale qui peut lui être attachée. Les transformations structurelles proposées jusqu'ici doivent impulser un changement majeur. Ce changement nécessite également, de façon secondaire, de changer le nom d'« EHPAD », aujourd'hui fortement connoté négativement. De la même manière, dans une démarche de transparence, une journée annuelle nationale portes ouvertes en EHPAD pourrait être organisée. Enfin, il est proposé d'organiser un concours régional et national pour mieux valoriser les initiatives innovantes d'amélioration de la qualité de service, en établissement comme à domicile.

Proposition 64 : Faire évoluer la sémantique officielle. En particulier, changer de nom des EHPAD : « Maison du grand âge » ou « Maison médicalisée des seniors ».

Il est proposé de faire évoluer la sémantique, jugée trop souvent stigmatisante pour les personnes âgées elles-mêmes et pour les structures les accueillant. Le vocabulaire peut en effet contribuer à renforcer l'attractivité et la valorisation de l'offre. Les nouveaux termes pourront s'appuyer sur la réflexion engagée par le HCFEA. Il est suggéré de modifier le terme « d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes » (EHPAD) dans le code de l'action sociale et des familles pour un terme qui renforce la logique domiciliaire que l'on souhaite promouvoir. Les termes « Maison du Grand

Âge » ou « Maison médicalisée des seniors » sont revenus à plusieurs reprises dans le cadre de la concertation.

Proposition 65 : Instaurer une journée annuelle nationale portes ouvertes en EHPAD

Dans une démarche d'ouverture et de communication vis-à-vis du grand public, il est proposé d'instaurer une journée annuelle nationale portes ouvertes dans les EHPAD. Cette journée pourrait notamment être l'occasion de mobiliser l'enseignement primaire et secondaire, mais également les structures de formation aux métiers du grand âge.

Proposition 66 : Créer un concours régional et national de la qualité de prise en charge des personnes âgées, organisé par thèmes : repas et nutrition, maintien de l'autonomie, écoute de la personne, ouverture de l'établissement sur l'extérieur, « chez soi ».

À l'image de ce qui existe par exemple pour l'alimentation (Silver Fourchette), il est proposé de généraliser la réalisation de concours au niveau régional et national sur la qualité de prise en charge. Ils seraient organisés par thèmes : repas et nutrition, maintien de l'autonomie, écoute de la personne, ouverture de l'établissement sur l'extérieur, « chez soi ».

Objectif : Mettre la personne âgée au cœur de l'accompagnement et partir de ses attentes, dans une logique de « chez soi »

La personne âgée doit pouvoir se sentir chez elle sur son lieu de vie. C'est particulièrement le cas en établissement. Respecter le « chez soi » de la personne, c'est faire en sorte qu'elle soit et reste le plus possible maîtresse de son temps et de son espace personnels ; et c'est notamment accepter ses propres décisions, et celles de ses proches, en matière d'équilibre entre la prise de risque dans sa vie quotidienne et le besoin de sécurité. Or les normes imposées aux structures d'accompagnement et de soin, tout autant que les réflexes professionnels et les cultures imposées par un certain style de management, écartent le droit au risque de manière encore beaucoup trop fréquente. Ce qui, loin d'aboutir à des accompagnements plus sécurisants et apaisants pour les personnes, peut également se traduire par des mesures sécuritaires susceptibles de restreindre la liberté des personnes sans pour autant contribuer à améliorer leur confort de vie. En conséquence de quoi, il semble indispensable de pouvoir faire émerger une culture partagée de la prise de risque, au sein de laquelle les personnes, leur famille, les professionnels et leur manager, ainsi que les autorités de contrôle, puissent assumer ensemble à la fois les accidents et drames – toujours possibles – mais aussi leur bénéfice : une culture de liberté permettant aussi bien l'autonomie des personnes que celle des professionnels.

Cela suppose d'une part de rechercher la personnalisation des rythmes et temps de vie, à travers la détermination par la personne elle-même des plannings quotidiens. Cela passe d'autre part par le primat de la liberté de la personne sur sa sécurité, dans la recherche permanente d'un équilibre permettant d'éviter les restrictions excessives de liberté.

Proposition 67 : Expérimenter la mise en place un « projet de vie » de la personne âgée en établissement

Il est proposé d'expérimenter la création d'un « projet de vie de la personne âgée » en établissement, document contractuel obligatoire entre la structure et la personne. Ce document permettrait de fixer avec la personne les horaires des repas, des soins, toilette, activités de vie sociale et de rééducation. Sa mise en œuvre est évaluée et publiée.

Proposition 68 : Prendre en compte un nouvel équilibre entre sécurité et liberté

Il est proposé de rendre obligatoire à l'occasion de chaque réécriture de projet d'établissement et de service, tous les cinq ans, la réflexion interne sur toutes les restrictions inutiles et excessives de liberté sur la base d'un débat en Conseil de la vie sociale, et d'une concertation large des personnes accueillies ou accompagnées et des familles. Ce point deviendrait une mention obligatoire dans les projets d'établissement et de service.

PRÉVENIR LA PERTE D'AUTONOMIE POUR AUGMENTER L'ESPÉRANCE DE VIE SANS INCAPACITÉ

Aujourd'hui, en France et dans d'autres pays, les stratégies précoces de prévention ont des effets tout à fait positifs, qu'il s'agisse du maintien de l'autonomie physiologique ou cognitive. Il s'agit là d'un motif d'espoir, porteur d'une ambition nouvelle. Il est indispensable que notre pays franchisse un cap nouveau dans cette stratégie globale de prévention de la perte d'autonomie. Elle implique d'agir au stade de la fragilité, lorsque la situation est réversible. La première action de prévention est le maintien de la personne dans un environnement social stimulant et attentionné, déterminant pour bien vivre son avancée en âge. Il faut cependant aller au-delà.

Cette stratégie de prévention de la perte d'autonomie concerne tout autant les acteurs du sanitaire et du médico-social. Elle doit impliquer les différents niveaux de collectivités locales au sein des conférences des financeurs : Conseils départementaux, mais aussi communes et intercommunalités. Comme l'ont démontré les travaux récents de la Haute Autorité de la Santé, l'hôpital, notamment, peut être un facteur d'aggravation de la perte d'autonomie. Il est nécessaire de changer un certain nombre de pratiques au sein de l'hôpital, mais aussi en établissement et à domicile, pour diminuer les risques de dépendance nosocomiale et iatrogène et de dénutrition. Une annexe est spécifiquement dédiée à ce dernier sujet (cf. annexe n° 5). Il est également nécessaire de prévenir les hospitalisations et les passages aux urgences. Enfin, la meilleure détection des fragilités en médecine de ville devient impérative.

En établissement et à domicile, la lutte contre l'isolement, la prévention des chutes et la promotion de l'activité physique doivent être des axes forts de la politique de prévention. Cette politique doit s'appuyer sur une prise en compte des déterminants sociaux de la santé. Elle doit reposer sur des évaluations des actions, insuffisamment développées à l'heure actuelle, et diffuser les mesures de prévention ayant fait leurs preuves.

L'investissement dans la prévention de la perte d'autonomie doit poursuivre plusieurs objectifs :

- Matérialiser une forte ambition en matière de prévention de la perte d'autonomie en fixant un objectif ambitieux d'augmentation de l'espérance de vie sans incapacité
- Proposer une nouvelle offre de prévention et sensibiliser le grand public
- Former massivement les intervenants professionnels auprès des personnes âgées aux réflexes de prévention de la perte d'autonomie
- Diffuser les démarches de prévention dans l'ensemble des structures de prise en charge de la personne âgée
- Renforcer le pilotage et l'évaluation de la politique de prévention de la perte d'autonomie

Objectif : Matérialiser une forte ambition en matière de prévention de la perte d'autonomie en fixant un objectif ambitieux d'augmentation de l'espérance de vie sans incapacité

Les Français ont une espérance de vie élevée par rapport à leurs homologues européens mais ce vieillissement intervient dans un état de santé nettement plus dégradé. Cette situation n'est pas acceptable. Y remédier nécessite une mobilisation qui doit s'appuyer sur l'affichage d'un objectif ambitieux et un suivi régulier.

Cette ambition doit s'appuyer sur un paradigme renouvelé de la prévention de la perte d'autonomie, conforme aux standards internationaux. Une politique de prévention novatrice et proactive basée sur une approche capacitaire de l'individu doit être mise en place. Cette approche prévoit la surveillance et le maintien des cinq fonctions essentielles de l'individu, ou capacités intrinsèques : la mobilité, la cognition (mémoire, orientation temporelle), le sensoriel (audition, vision), le psycho-social (bien-être psychique) et la vitalité (nutrition, préhension notamment).

Elle a été adoptée en 2018 par l'Organisation mondiale de la santé dans le cadre du programme ICOPE[11], suite aux résultats de plusieurs études scientifiques concordantes.

11. L'approche ICOPE portée par l'OMS (Integrated care for older people) a fait l'objet de lignes directrices de l'OMS en 2017, qui fondent le cadre de référence au niveau international en matière de prévention de la perte d'autonomie de la personne âgée. Cette approche repose sur l'évaluation globale de l'état de santé de la personne âgée, la prestation de soins de santé intégrés qui permettront à la personne âgée de maintenir ses capacités physiques et mentales, et/ou de ralentir ou d'inverser toute diminution de cellesci, la mise en place d'interventions en appui aux soignants.

Extrait des recommandations du Comité scientifique de la concertation :

« L'ambition est de permettre d'augmenter l'espérance de vie sans incapacité, et de diminuer la prévalence de la perte d'autonomie, à partir d'une approche biologique, clinique, sociale et environnementale, augmentant les réserves fonctionnelles dans les premiers stades du vieillissement, prévenant le déclin fonctionnel dans les stades tardifs et intervenant précocement en cas de perte de fonction. La nouvelle politique préventive proposée, repose sur un paradigme innovant qui doit conduire à rééquilibrer les dispositifs pour passer progressivement d'une prise en charge de la dépendance qui reste nécessaire, à la prévention d'un risque de perte d'autonomie par une approche multidimensionnelle précoce. »

Prévenir la perte d'autonomie pour augmenter l'espérance de vie sans incapacité : liste des propositions

Matérialiser une forte ambition en matière de prévention de la perte d'autonomie en fixant un objectif ambitieux d'augmentation de l'espérance de vie sans incapacité

- Fixer un objectif ambitieux d'augmentation de l'espérance de vie sans incapacité à 65 ans
- Déployer l'approche ICOPE de l'Organisation mondiale de la santé

Proposer une nouvelle offre de prévention et sensibiliser le grand public

- Créer un rendez-vous de prévention de l'avancée en âge
- Lancer une campagne nationale pluriannuelle de sensibilisation à la prévention

Former massivement les intervenants professionnels auprès des personnes âgées aux réflexes de prévention de la perte d'autonomie

- Inscrire dans la formation initiale de tous les professionnels des modules sur la prévention de la perte d'autonomie et le repérage des fragilités de l'avancée en âge
- Développer pour les professionnels des modules de formation continue transversaux afin de créer une culture métier partagée de la prévention
- Imposer dans les CPOM un volet sur la formation des personnels au repérage des fragilités

Diffuser les démarches de prévention dans l'ensemble des structures de prise en charge de la personne âgée

- Conforter et préciser le rôle des intervenants à domicile en tant que lanceurs d'alerte
- Enrichir les pratiques d'évaluation pour enclencher un suivi de l'état fonctionnel de la personne, à domicile comme en établissement
- Mobiliser les Conférences de financeurs pour généraliser les actions préventives à domicile et en établissement
- Renforcer l'implication et le rôle des résidences autonomie dans la diffusion des messages de prévention
- Déployer au sein des hôpitaux une stratégie globale de prévention de la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation

Renforcer le pilotage et l'évaluation de la politique de prévention de la perte d'autonomie

- Renforcer le pilotage national de la politique de prévention
- Moderniser le fonctionnement des Conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie
- Mieux coordonner les actions de prévention conduites par les organismes de sécurité sociale
- Créer un centre de preuves national de la prévention de la perte d'autonomie
- Développer un réseau national d'expertise et de ressources, constitué notamment des gérontopôles et des grands pôles de gériatrie
- Développer les échanges d'informations entre organismes de sécurité sociale pour mieux repérer les fragilités

Proposition 69 : Fixer un objectif ambitieux d'augmentation de l'espérance de vie sans incapacité à 65 ans

Il est proposé de fixer au niveau national un objectif chiffré ambitieux d'augmentation de l'espérance de vie sans incapacité à 65 ans, qui doit devenir prioritaire pour l'ensemble des politiques de santé publique. Cet objectif serait fixé sur proposition du Haut conseil de la santé publique. Cette trajectoire d'évolution à moyen terme de l'espérance de vie sans incapacité doit matérialiser une mobilisation nationale en faveur d'une approche préventive. Elle doit être suivie annuellement et déterminer les orientations de la politique publique de prévention, dans le cadre de la politique de santé publique.

Proposition 70 : Déployer l'approche ICOPE de l'Organisation mondiale de la santé

Le paradigme de la prévention doit s'appuyer sur les standards reconnus au niveau international. Il est proposé de mettre en œuvre les recommandations du programme ICOPE de l'OMS et d'en faire la matrice d'une approche renouvelée et systémique de la prévention de la perte d'autonomie. Cela suppose de développer des actions de prévention ciblées :

- Entre 50 et 75 ans, pour maintenir le plus longtemps possible les cinq capacités intrinsèques ;
- Dès 75 ans, pour suivre ces fonctions et alerter en cas de risque de perte fonctionnelle, en évaluant systématiquement et régulièrement l'état des cinq capacités intrinsèques, et en s'appuyant notamment sur les nouvelles technologies.

Cette nouvelle démarche pourrait être testée rapidement sur un ou deux territoires pour ensuite être généralisée à grande échelle. À titre d'exemple, et de façon non exclusive, il pourrait être envisagé :

- De former l'ensemble des infirmières, pharmaciens et médecins ;
- En pratiquant les évaluations fonctionnelles au sein des stations thermales ;
- En lançant un plan de communication à destination des professionnels de santé et des personnes pour promouvoir cette nouvelle démarche et les acculturer à cette approche capacitaire.

Objectif : Proposer une nouvelle offre de prévention et sensibiliser le grand public

Une offre nouvelle de prévention de la perte d'autonomie doit être mise en place autour d'un diagnostic individuel de prévention réalisé par des professionnels de santé, ciblé sur des populations à risque. Ce rendez-vous doit être le moment de repérage des fragilités, et d'évaluation des capacités intrinsèques portées par l'OMS. Il doit être relayé par une campagne de sensibilisation du grand public, à l'image des campagnes réalisées dans les pays nordiques sur les comportements de prévention (activité physique, nutrition, prévention des chutes notamment). Les professionnels de l'aide à domicile doivent également intervenir en relais afin de sensibiliser, repérer les fragilités et orienter vers les rendez-vous de prévention.

Proposition 71 : Créer un rendez-vous de prévention de l'avancée en âge

Un accompagnement individualisé doit relayer l'effort de sensibilisation collective. Cet accompagnement doit mobiliser au premier chef le médecin traitant. Ce rendez-vous de prévention, mobilisable pendant une période de 5 ans, interviendrait à trois âges clés, notamment lors du passage à la retraite qui est un temps fort de changement. Il est proposé de demander au Haut conseil de la santé publique de se prononcer sur les âges pertinents pour la réalisation de ce rendez-vous, ainsi que sur son contenu.

Ciblé prioritairement, dans un premier temps, sur les personnes les plus vulnérables et les territoires à risque, ce rendez-vous de prévention privilégie une approche multidimensionnelle de la personne associant notamment volet sanitaire et social, conformément aux recommandations de l'OMS. L'objectif est d'inciter à la modification des comportements pour renforcer les facteurs protecteurs et réduire les facteurs de risque.

Proposition 72 : Lancer une campagne nationale pluriannuelle de sensibilisation à la prévention

Un effort majeur de sensibilisation du grand public sur la prévention de la perte d'autonomie, axé sur les comportements du quotidien (l'activité physique, l'alimentation, le sommeil) et la nécessité d'anticiper l'avancée en âge (adaptation du logement, maintien du lien social), est nécessaire. Il doit s'inscrire dans la durée et reposer sur des messages accessibles à tous. Leur contenu, leur rythme de diffusion

impliquent au préalable une analyse approfondie des objectifs, des comportements et des publics qui peut s'appuyer sur l'expertise de Santé Publique France dans le domaine du marketing social. La communication nationale serait accompagnée par la création de dispositifs relais sur les territoires. Une approche comportementale, appuyée sur des méthodes de nudge, pourra être retenue.

Objectif : Former massivement les intervenants professionnels auprès des personnes âgées aux réflexes de prévention de la perte d'autonomie

Les professionnels intervenant au quotidien auprès de la personne âgée, à domicile comme en établissement, sont les premiers acteurs de la prévention. L'effort de formation et d'évolution des compétences concerne donc l'ensemble des professionnels, y compris les professionnels de santé, les agents de collectivités locales ou d'organismes de sécurité sociale, les travailleurs sociaux et le personnel d'encadrement des établissements et services médico-sociaux. Il doit intégrer fortement des formations spécifiques sur la prévention de la perte d'autonomie. Le repérage des fragilités, notamment à travers l'évaluation des cinq capacités intrinsèques, doit être une priorité partagée par l'ensemble des intervenants.

La prévention de l'avancée en âge reste aujourd'hui trop souvent le parent pauvre des cursus de formation initiale ou continue. Cette situation doit être corrigée pour favoriser une bonne coordination autour du parcours de prévention de la personne âgée.

Proposition 73 : Inscrire dans la formation initiale de tous les professionnels des modules sur la prévention de la perte d'autonomie et le repérage des fragilités de l'avancée en âge

Il est proposé d'inscrire dans la formation initiale des professionnels (professionnels de santé, travailleurs sociaux et professionnels de l'aide à domicile) des modules sur la prévention de la perte d'autonomie et le repérage des fragilités de la personne âgée. La formation en santé publique (notamment la sensibilisation aux inégalités sociales et territoriales de santé) et aux enjeux de la littératie en santé seraient également à renforcer. Il convient également d'ajouter la prévention de la perte d'autonomie dans les orientations de formation du service sanitaire. Cet effort de formation doit être spécifiquement ciblé sur la personne âgée et doit comporter une approche comportementale forte, mobilisant notamment les méthodes de nudge.

Proposition 74 : Développer pour les professionnels des modules de formation continue transversaux afin de créer une culture métier partagée de la prévention

À partir des résultats encourageants des modules de formation mis en place dans le cadre des expérimentations Paerpa, il est proposé de développer des modules de formation continue transversaux favorisant une acculturation commune, partagée et décloisonnée entre tous les professionnels (professionnels de santé, travailleurs sociaux, professionnels du grand âge de l'établissement ou du domicile). L'objectif est de créer une culture métier transverse entre les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux afin de les outiller en termes de repérage des fragilités.

Proposition 75 : Imposer dans les CPOM un volet sur la formation des personnels au repérage des fragilités

Il est proposé d'utiliser l'outil des CPOM pour mobiliser les structures d'accompagnement et de soin (EHPAD, SAAD, SSIAD, SPASAD) dans la formation de leurs effectifs aux démarches préventives. Elles pourraient devenir des objectifs obligatoires pour l'ensemble des CPOM. Ces formations pourraient donner lieu à des financements spécifiques dans le cadre des Conférences des financeurs ou du fonds qualité (cf. proposition n° 56).

Objectif : Diffuser les démarches de prévention dans l'ensemble des structures de prise en charge de la personne âgée

Il est nécessaire de sensibiliser toutes les structures à l'impératif de détection des fragilités et au déploiement systématique de démarches de prévention, pour les personnes en perte d'autonomie comme pour leurs proches aidants. Cette mobilisation interpelle les pratiques d'évaluation des besoins des personnes, et nécessite un appui volontariste des Conférences des financeurs sur les actions prioritaires ici identifiées.

Les services intervenant à domicile appellent une attention toute particulière, car c'est généralement au domicile que s'allument les premiers signaux d'alerte. Et il s'agit souvent de signaux faibles, liés à l'alimentation, à l'hygiène corporelle, à l'entretien

du logement. Le rôle des services à domicile dans le repérage des facteurs de fragilité de la personne âgée doit donc être encouragé, accompagné et soutenu. C'est aussi le cas dans les établissements médicaux sociaux. Le repérage des risques de fragilité à l'entrée en EHPAD (bilan podologique, bucco-dentaire, nutritionnel) doit être généralisé, comme le recours régulier à l'intervention de compétences spécialisées (ergothérapeutes, kinésithérapeutes, psychomotriciens, diététiciens, etc.) pour assurer le suivi et préserver les capacités fonctionnelles des résidents. Les résidences autonomie doivent également gagner en savoir-faire sur le champ de la prévention et participer à la diffusion de messages de sensibilisation en ouvrant leurs actions aux non-résidents.

L'hôpital est également concerné par l'enjeu de l'évaluation des fragilités, de la formation des personnels et de la modélisation de bonnes pratiques cliniques. Il est établi que l'hospitalisation peut être un facteur d'aggravation de la perte d'autonomie. Une stratégie globale de prévention de la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation doit donc être engagée, reposant sur une implication forte de la gouvernance des établissements et son inscription dans un projet d'établissement et un projet médical transversal.

Proposition 76 : Conforter et préciser le rôle des intervenants à domicile en tant que lanceurs d'alerte

Les propositions formulées en matière de financement des services d'aides à domicile et de formation des personnels doivent permettre, notamment dans le cadre des CPOM qui seraient mis en place, d'affirmer le rôle clé des intervenants à domicile dans la diffusion de messages de prévention, dans le repérage des fragilités et l'orientation de la personne âgée ou de ses proches aidants vers les rendez-vous de prévention. Ce rôle de lanceur d'alerte doit être promu à travers les CPOM pour les SAAD, les SSIAD et les Spasad. Il nécessite un lien resserré entre ces lanceurs d'alerte et le médecin-traitant de la personne ou les instances de parcours mises en place.

Proposition 77 : Enrichir les pratiques d'évaluation pour enclencher un suivi de l'état fonctionnel de la personne, à domicile comme en établissement

Il est proposé d'expérimenter une évolution des pratiques d'évaluation en intégrant une démarche complémentaire qui permette de suivre l'état fonctionnel de la personne pour ensuite décliner des actions préventives :

- Intégrer toutes les données de l'évaluation de l'état de santé (médicales, capacités fonctionnelles, etc..) et mettre en place un programme afin de permettre le maintien à domicile ;
- Réorganiser les évaluations lors d'une admission en EHPAD : l'infirmière et le médecin coordonnateur doivent réaliser l'évaluation à l'entrée du résident (pathologies, traitements, fonctions, etc.), ils peuvent ensuite au moyen de la télémédecine se mettre en contact avec le gériatre pour réaliser l'évaluation globale de la personne et notamment juger de la nécessité de recourir à l'expertise de spécialistes (ex. : santé bucco-dentaire, podologie, nutrition) ;
- Accompagner le développement des nouvelles technologies, dont l'intelligence artificielle, pour aider à monitorer les fonctions et alerter dès qu'il y a une perte fonctionnelle, en étant très attentif aux enjeux éthiques liés à l'utilisation de ces nouveaux outils ;
- Intégrer et former tous les acteurs pouvant potentiellement assurer ces évaluations selon les opportunités (infirmière gérontologique, infirmière libérale, médecin généraliste et gériatre, pharmacien, etc.,).

Cette expérimentation, lancée rapidement dans quelques départements volontaires, serait évaluée d'ici fin 2020 pour une généralisation éventuelle courant 2021.

Proposition 78 : Mobiliser les Conférences de financeurs pour généraliser les actions préventives à domicile et en établissement

Il pourrait être prévu, dans le cadre des actions obligatoires des Conférences des financeurs (cf. proposition n° 81), de systématiser des soutiens financiers pour stimuler et encourager la mise en œuvre des actions préventives :

- Valoriser le suivi des capacités intrinsèques et la prévention par les médecins, soignants et pharmaciens ;
- Faire de l'écoute et des échanges avec la personne avancée en âge, un acte de soin ;

- Valoriser les transitions positives de l'état de santé (ex : récupération d'une fonction améliorant l'autonomie), à partir d'outils de type SMAF ;
- Valoriser à titre d'exemple la pratique d'exercice physique et les activités sociales, dont l'effet sur le vieillissement et la fragilité est prouvé.

Proposition 79 : Renforcer l'implication et le rôle des résidences autonomie dans la diffusion des messages de prévention

Il est nécessaire de faire des résidences autonomie des acteurs visibles de la prévention en renforçant leur intégration au sein de leur environnement (ouverture aux non-résidents, qu'ils soient ou non pris en charge à domicile), en appuyant leur montée en compétence sur le champ de la prévention (recommandations HAS, outils SPF, appui du Conseil départemental sur le forfait autonomie pour les résidences autonomie) et en assouplissant les modalités d'utilisation du forfait autonomie. L'organisation d'ateliers de prévention au sein des résidences autonomie, ouverts sur l'extérieur, doit être généralisée.

Proposition 80 : Déployer au sein des hôpitaux une stratégie globale de prévention de la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation

La mise en œuvre de cette stratégie reposerait sur les quatre axes suivants :

- Généraliser l'évaluation de l'autonomie des personnes âgées par les aides-soignants et infirmiers des services de médecine et de chirurgie à travers l'échelle grille Activities Daily Living (ADL) en récupérant les évaluations éventuelles réalisées sur le lieu de vie de la personne avant l'admission à J-15. Ces évaluations seraient réalisées à l'admission et à la sortie de l›établissement ;
- Disposer de professionnels référents/ressources formés sur la prise en charge adaptée des personnes âgées dans les services de spécialité, avec mission d'accompagner les équipes et de les acculturer aux spécificités de la prise en charge de la personne âgée, y compris concernant l'adaptation des équipements hospitaliers ;
- Déployer une action de formation continue de tous les personnels hospitaliers sur la prévention de la dépendance iatrogène au sein des établissements de santé (médicaux, paramédicaux et administratifs), en s'appuyant sur les équipes mobiles de gériatrie et les professionnels ressources/référents en gérontologie ;
- Diffuser des outils de pratiques cliniques sur les facteurs de perte d'autonomie iatrogène et évaluer les pratiques mises en place pour la conciliation médicamenteuse.

Objectif : Renforcer le pilotage et l'évaluation de la politique de prévention de la perte d'autonomie

Le développement d'actions de prévention de la perte d'autonomie en France a été renforcé par l'installation en 2016 des Conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie. L'objectif de mise en cohérence des interventions des différents financeurs, poursuivi à travers cette réforme, reste cependant partiellement atteint. Ces interventions restent cloisonnées. Par ailleurs, la cohérence nationale des actions de prévention reste insuffisante, alimentant la critique d'une dispersion des financements. Enfin, les actions de prévention doivent être orientées selon la preuve de leur impact sur la préservation ou le maintien de l'autonomie des personnes. Le pilotage national de la prévention de la perte d'autonomie doit donc être renforcé et l'effort de mise en cohérence des interventions des différents financeurs doit être approfondi.

Les pratiques de prévention sont jusqu'ici faiblement documentées et insuffisamment fondées sur la preuve, en partie du fait de la complexité de l'exercice dans un champ multidimensionnel agissant sur les déterminants individuels de santé, mais aussi sociaux et environnementaux. Quand les démarches et ressources existent, elles nécessitent d'être structurées, évaluées et rendues visibles à travers une structure unique. Aussi, la création d'un centre de preuve de la prévention de la perte d'autonomie a pour objectif d'apporter une visibilité aux acteurs et décideurs de terrains sur les actions probantes ou prometteuses menées dans le champ de la prévention de la perte d'autonomie et de donner une plus grande cohérence aux travaux réalisés tant au niveau national que territorial.

Enfin, le développement des échanges d'information entre acteurs doit permettre de mieux

cibler les publics fragiles, trop souvent éloignés des messages et de l'offre de prévention, afin de renforcer l'impact de la politique de prévention de la perte d'autonomie.

Proposition 81 : Renforcer le pilotage national de la politique de prévention

Sur la base des recommandations de l'OMS, il est proposé de fixer de façon pluriannuelle au niveau national des axes prioritaires de prévention de la perte d'autonomie. Ces axes prioritaires, en nombre resserré, seraient obligatoires pour les Conférences des financeurs et se verraient flécher une part des concours financiers de la CNSA aux Conférences. Des propositions d'actions seraient jointes à titre indicatif à ces axes prioritaires. Cette préconisation nécessite de faire évoluer l'outil de pilotage de la Conférence ainsi que la composition du Comité de pilotage national de la Conférence des financeurs en y intégrant Santé publique France, des experts de la longévité et des représentants d'usagers.

Proposition 82 : Moderniser le fonctionnement des Conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie

Il est proposé de capitaliser sur l'acquis que constituent les Conférences des financeurs. En contrepartie d'un cadrage national renforcé des travaux des Conférences, il est proposé de renforcer la transparence sur leurs moyens à travers une trajectoire pluriannuelle des montants des concours versés par la CNSA. Cette plus grande visibilité sécuriserait les conférences et pourrait les inscrire dans une logique d'investissement social. En parallèle, la CNSA diffuserait des outils partagés aux Conférences : dossier commun d'appel à projets entre toutes les Conférences, modèle partagé de référentiel d'évaluation des actions pour améliorer la qualité des actions financées, alignement des dossiers de candidatures et calendrier des appels à projets des membres des Conférences des financeurs.

Proposition 83 : Mieux coordonner les actions de prévention conduites par les organismes de sécurité sociale

Les services de la CNAM, de la CNAV et de la MSA doivent mieux coordonner leurs actions de prévention et les inscrire dans un cadre stratégique commun. Au-delà d'un partage d'objectifs et d'axes stratégiques, il est proposé de systématiser la construction d'action communes afin d'homogénéiser progressivement l'offre au sein des territoires. Cette convergence doit être achevée dans un horizon de deux à trois ans. Toute nouvelle action doit être engagée en commun. Les COG des organismes visés intègreraient cet objectif. Les secteurs concernés par ce rapprochement sont, pour la branche vieillesse, l'action sociale et pour la branche maladie, les services de prévention, de gestion du risque et le service social, en lien avec les centres d'examen de santé.

Proposition 84 : Créer un centre de preuves national de la prévention de la perte d'autonomie

Ce centre de preuves national aurait trois missions :

- La capitalisation : synthèse des enseignements de la recherche et notamment des évaluations d'impact sur l'espérance de vie en bonne santé ;
- L'outillage : diffusion des synthèses d'expériences probantes et de recommandations, dans une logique d'accompagnement opérationnel des

Extrait de la synthèse des travaux de l'atelier 5 « Prévention de la perte d'autonomie et bien vivre son avancée en âge » :

« Enfin, l'organisation de la prévention doit impliquer :

- la personne âgée elle-même, ses caractéristiques bio-médicales et sociales, sa volonté, son engagement basé sur ses capacités, son projet de vie, son implication dans la société
- des organisations performantes, mises en place par les pouvoirs publics et qui permettent d'atteindre les objectifs fixés
- la société toute entière, avec ses caractéristiques, dans une perspective d'évolution vers une société inclusive.

[…] Bien vivre l'avancée en âge n'est-il pas finalement un compromis réussi entre ces trois composantes ? »

acteurs de terrain et d'essaimage de bonnes pratiques ;

- Le développement : coordination des expérimentations existantes, apport financier et méthodologique à l'évaluation d'interventions innovantes.

Afin d'éviter la création d'une nouvelle structure, le centre s'appuierait sur une structure existante avec la formalisation d'une équipe dédiée, pérenne, rattachée à Santé Publique France. La gouvernance du centre pourrait être composée de la tête de réseau nationale des gérontopôles (cf. proposition n° 85), de l'Institut de la longévité de la vieillesse et des vieillissements (ILVV), de l'ensemble des membres nationaux des conférences de financeurs de la perte d'autonomie, de la DGCS, de la DGS, de la CNSA et de la HAS.

Proposition 85 : Développer un réseau national d'expertise et de ressources, constitué notamment des gérontopôles et des grands pôles de gériatrie

Les gérontopôles sont reconnus comme des acteurs d'appui et d'expertises sur leur territoire, et salués pour leur capacité à travailler et à s'adreeser à l'ensemble des partenaires dans le champ de la longévité (collectivités territoriales, organismes de sécurité sociale, entreprises, associations, etc.). À ce jour, il en existe 8 en France et deux sont en cours de création. Ces pôles régionaux doivent être mieux articulés et des synergies doivent être recherchées. La carte des gérontopôles doit être achevée. Un réseau national d'expertise constitué des gérontopôles et des grands pôles de gériatrie pourrait ainsi être constitué. Il aurait vocation à participer à la construction de la politique nationale de prévention de la perte d'autonomie, aux actions de formation et au déploiement de l'approche ICOPE.

Proposition 86 : Développer les échanges d'informations entre organismes de sécurité sociale pour mieux repérer les fragilités

Le croisement de données de santé, de données de carrière et de données financières doit être un outil de repérage des fragilités et d'orientation des dispositifs de chacun (avec par exemple des signalements croisés entre les bénéficiaires des examens de prévention des centres d'examens de santé et des actions de prévention développées par les CARSAT). Il est donc proposé de développer le croisement de données nominatives entre les organismes de sécurité sociale (branches maladie, retraite voire famille). Les expérimentations en cours doivent être poursuivies. Le programme des start-ups d'État pourrait être mobilisé pour construire des outils dans une optique d'agilité et d'amélioration continue.

AMÉLIORER LES CONDITIONS DE VIE DE LA PERSONNE ÂGÉE PAR LA REVALORISATION DES MÉTIERS, À TRAVERS UN PLAN NATIONAL POUR LES MÉTIERS DU GRAND ÂGE

Ce sujet prioritaire doit être traité dans toutes ses dimensions : attractivité, difficultés de recrutement, conditions de travail, formation initiale et continue, parcours professionnels, modes d'organisation et formation de l'encadrement intermédiaire comme supérieur. Il concerne le secteur public comme le secteur privé à but lucratif ou non lucratif. Les sujets du nombre de professionnels auprès de la personne, et du temps utile en proximité de la personne, au bon moment et avec le bon niveau

Extrait de la synthèse des travaux de l'atelier n° 6 « Métiers » :

« La collectivité se trouve devant un double enjeu qui s'apparente à une crise identitaire. La conviction semble en effet partagée par toutes les parties prenantes que les exercices professionnels et les formations doivent évoluer pour s'adapter aux nouveaux besoins de la société et qu'un profond changement de paradigme doit s'opérer pour mieux faire connaître et mieux reconnaître les professions du secteur, au travers notamment de leur utilité sociale. Il s'agit donc de travailler collectivement à définir les conditions pour que ce patrimoine inestimable de l'utilité sociale des métiers de l'autonomie redevienne une valeur essentielle dans les systèmes de tarification, d'évaluation, de formation et de management ».

Améliorer les conditions de vie de la personne âgée à travers la valorisation des métiers : liste des propositions

Accroître le temps de présence humaine en proximité de la personne

- Augmenter de 25 % les effectifs d'encadrement en EHPAD d'ici 2024
- Équilibrer le modèle de financement des services d'aide à domicile pour permettre des temps d'intervention suffisants auprès des personnes
- Construire une méthodologie permettant de fixer des références indicatives de temps nécessaire pour chaque intervention humaine
- Fixer une durée minimale pour les interventions à domicile

Améliorer les conditions de travail des professionnels et la qualité de l'accompagnement des personnes par l'innovation organisationnelle

- Modéliser et diffuser les enseignements tirés des innovations organisationnelles du secteur
- Engager la filière dans un plan de prévention des risques professionnels à domicile et en établissement
- Positionner les ARS en chefs de file du soutien aux démarches de qualité de vie au travail et des échanges de bonnes pratiques entre employeurs
- Sensibiliser les établissements et services aux bonnes pratiques d'accueil des professionnels débutants et développer des formations adaptées
- Réformer la taxe sur les salaires afin de réduire le recours au temps partiel

Avancer vers des hausses de rémunération ciblées pour les métiers du grand âge, en particulier à domicile

- Coupler la réforme du financement des SAAD avec des mesures de revalorisation salariale pour ce secteur
- Valoriser, pour les professionnels du domicile, les temps collectifs de coordination des interventions auprès de la personne et d'échanges de pratiques
- Créer des fonctions de responsable d'unité de vie en EHPAD et de cadre qualité, assorties d'une revalorisation salariale
- Engager un chantier de mise à jour et de convergence des conventions collectives

Engager une montée en compétence de l'ensemble des professionnels du grand âge dans une perspective d'amélioration de la justesse relationnelle de l'intervention

- Adapter les capacités de formation au besoin de recrutement pour les années à venir
- Refondre les référentiels de compétences et de formation pour créer, pour chaque métier, une filière « grand âge » commune à l'exercice à domicile et en établissement
- Innover dans les méthodes et les pratiques de formation des métiers de l'âge afin de renforcer les compétences de compréhension et d'empathie
- Adapter les critères de sélection des candidats aux concours des métiers de proximité en renforçant la prise en compte des aptitudes relationnelles et de la capacité d'écoute du candidat.
- Favoriser le développement de l'apprentissage et de l'alternance pour les métiers du grand âge
- Revoir les référentiels de formation de l'encadrement des établissements et services en valorisant les compétences managériales, notamment le management des démarches qualité
- Intégrer fortement la gérontologie dans la formation continue des professionnels de santé
- Renforcer l'attractivité de la filière gériatrique et renforcer la place de la personne âgée dans les études de médecine

•••

•••

Ouvrir des perspectives de carrière pour les métiers du grand âge, faciliter les reconversions professionnelle et mobiliser des compétences variées auprès des personnes âgées

- Prévoir un abondement incitatif spécifique du CPF pour les formations du secteur du grand âge
- Mobiliser le service public de l'emploi dans la promotion des carrières du grand âge
- Décloisonner les métiers à l'occasion d'une refonte du Diplôme d'État d'accompagnant éducatif et social (DEAES)
- Organiser une montée en compétences des personnels sur les troubles cognitifs en généralisant la formation d'adaptation à l'emploi d'assistant de soin en gérontologie
- Mobiliser les infirmières en pratiques avancées pour le suivi médical des personnes âgées à domicile et en établissement
- Adapter le périmètre de compétences des personnels infirmiers
- Mobiliser un panel plus large d'expertises auprès de la personne âgée

Piloter une politique transversale de valorisation des métiers du grand âge

- Créer une plate-forme nationale des métiers du grand âge
- Lancer des actions nationales de communication pour valoriser et promouvoir les métiers de l'autonomie

de qualification, sont essentiels. La reconnaissance sociale de ces métiers, et plus particulièrement des professionnels au contact direct des personnes comme les aides-soignants, les auxiliaires de vie et les aides à domicile est un enjeu majeur. Réhabiliter la noblesse de ces métiers, c'est aussi affirmer la dignité de la personne âgée jusqu'à la fin de sa vie. C'est également se donner les moyens d'évaluer au plus juste les besoins socio-relationnels aussi bien que physiques, en tenant compte de la complexité de la situation des personnes souffrant de handicap cognitif. C'est enfin, pour des métiers largement féminisés, un enjeu majeur d'égalité entre les femmes et les hommes.

Un premier axe du travail doit passer par un Plan national pour les métiers du grand âge, ambitieux, lancé dès 2019. Son action portera sur plusieurs années pour produire tous ses effets. Il concernera tous les métiers du grand âge des secteurs public et privé. Il impose un pilotage fort et décloisonné associant les personnes âgées elles-mêmes et leurs représentants.

Cela étant, accompagner les personnes âgées dans la cité suppose une mobilisation de tous les citoyens : l'approche professionnelle doit être conçue non pas isolément, mais en continuité et en résonnance de celle des proches et des autres ressources citoyennes sur les territoires. Les uns et les autres doivent être soutenus, au nom d'une responsabilité collectivement définie et assumée.

Ce Plan national pour les métiers du grand âge doit poursuivre six objectifs :

- Accroître le temps de présence humaine en proximité de la personne ;
- Améliorer les conditions de travail des professionnels et la qualité de l'accompagnement des personnes par l'innovation organisationnelle ;
- Avancer vers des hausses de rémunération ciblées pour les métiers du grand âge, à domicile comme en établissement ;
- Engager une montée en compétence de l'ensemble des professionnels du grand âge dans une perspective d'amélioration de la justesse relationnelle de l'intervention ;
- Ouvrir des perspectives de carrière pour les métiers du grand âge, faciliter les reconversions professionnelle et mobiliser des compétences variées auprès des personnes âgées ;
- Piloter une politique transversale des métiers du grand âge.

Objectif : Accroître le temps de présence humaine en proximité de la personne

Il est démontré que la santé des personnes en perte d'autonomie est tributaire de l'intensité, de la variété et de la qualité du lien social dont elles disposent. Dans cette perspective prenant en compte tous les déterminants sociaux de la santé (précarité, salubrité du logement, etc.), il faut s'attacher à la qualité du lien. Or de ce point de vue, l'atomisation des familles et l'évolution des modes de vie laissent présager un besoin particulièrement fort de présence, complémentaire à celle des proches et du voisinage immédiat. Présence que les outils numériques ne sauraient combler à eux seuls.

Dans ce contexte, et face à l'augmentation de la charge en soins dans les établissements qui accueillent les personnes âgées dépendantes, un accroissement des professionnels qualifiés est nécessaire pour un accompagnement de qualité des personnes âgées en perte d'autonomie. Il s'agit de mettre à disposition de la personne âgée davantage de temps professionnel utile, attentionné, dans un objectif de justesse relationnelle de l'accompagnement professionnel. Il s'agit également de libérer du temps pour permettre aux professionnels de s'organiser, de penser et de faire progresser ensemble leur action, de prendre du recul sur leur action, et ainsi rompre avec l'exercice solitaire des métiers.

Le taux d'encadrement en proximité de la personne doit donc augmenter en EHPAD, sur la base d'une quantification rigoureuse des besoins et à partir d'objectifs précis, chiffrés et suivis. La réforme proposée des modes de financement des services à domicile doit également permettre d'augmenter les temps d'intervention, en parallèle de la fixation d'un temps minimal d'intervention à domicile. Enfin, des temps de référence doivent être élaborés pour chaque type d'intervention afin de disposer de standards partagés de temps de présence humaine nécessaire.

Proposition 87 : Augmenter de 25 % les effectifs d'encadrement en EHPAD d'ici 2024

Il est proposé de fixer une cible d'augmentation de 25 % des effectifs d'encadrement en EHPAD par rapport à 2015 d'ici 2024, avec une première étape significative dès 2019/2020, pour les EHPAD publics, privés non lucratifs et privés lucratifs. Cette augmentation concernerait l'effectif total de l'établissement, diminué des fonctions qui peuvent être mutualisées ou externalisées afin de ne pas créer de distorsion (services généraux, accueil, comptabilité, direction)[12]. Elle représenterait une hausse de 13 ETP pour 100 résidents en 9 ans[13].

Les CPOM devraient introduire de façon systématique des objectifs de taux d'encadrement dans les nouveaux contrats. Cette norme de taux d'encadrement serait fixée en ETPT rapportés au GMPS de l'établissement. Le non-respect de cette norme pourrait entraîner une diminution du nombre de places autorisées.

En parallèle, une norme minimale d'encadrement serait fixée par la loi pour les métiers en proximité de la personne financés par les tarifs d'hébergement des EHPAD (hôtellerie, agents d'animation, agents de service notamment), pour le secteur public, privé non lucratif et privé lucratif. Cette norme aurait pour objectif d'accroître la présence d'effectifs participant pleinement à la qualité du service rendu, et de répartir l'effort entre la nouvelle section soin-dépendance unifiée (cf. proposition n° 125) et la section hébergement.

Ces évolutions seraient séquencées dans le temps afin de tenir compte des difficultés actuelles de recrutement dans le secteur. La hausse des effectifs serait financée à hauteur de 80 % par des crédits d'assurance maladie. Les parcours emploi-compétence (PEC) pourraient être sollicités à court terme. Un abondement à l'embauche de PEC dans les métiers de l'âge doit être permis, sous forme de crédits non reconductibles distribués par les ARS. À court terme également, il pourrait être envisagé de financer par les forfaits soins des recrutements pour des professions rattachées à d'autres sections tarifaires (psychologues et diététiciens notamment). À moyen terme, la hausse des taux d'encadrement peut être opérée soit par une réévaluation du montant des crédits attribués en fonction de l'état de santé de la personne, à travers une révision des

12. Le champ retenu comprend l'ensemble des personnels auprès de la personne âgée. Il s'agit du personnel soignant, paramédical, des psychologues, des agents de service, des fonctions d'animation, pédagogiques et éducatives. En retenant ce champ, le taux d'encadrement en EHPAD en 2015 est de 52 ETP pour 100 résidents en 2015. Ce champ permet de prendre en compte l'ensemble des personnels de proximité contribuant directement à la qualité de vie de la personne âgée en établissement, au-delà du seul personnel soignant.

13. Il est choisi de retenir une base 2015 car il s'agit des données les plus récentes produites par la DREES.

ordonnances Pathos, soit par une convergence nationale des forfaits dépendance (cf. proposition n° 125).

Le suivi de l'évolution des taux d'encadrement sera réalisé d'une part dans le cadre du dialogue de gestion entre ARS et établissements, sur la base des comptes administratifs des structures, et d'autre part sur la base du tableau de bord de l'ANAP qui sera suivi annuellement et rendu transparent. Les étapes ultérieures nécessiteront la mise en place d'une objectivation rigoureuse des besoins de la population résidant en EHPAD en mobilisant notamment des comparaisons internationales.

Proposition 88 : Équilibrer le modèle de financement des services d'aide à domicile pour permettre des temps d'intervention suffisants auprès des personnes

La réforme du financement des services d'aide à domicile (cf. proposition n° 38) doit permettre, à travers la fixation d'une tarification socle, d'accroître les temps de présence professionnels au domicile des personnes et d'assurer une plus grande égalité de traitement des personnes en tout point du territoire. Cette réforme doit permettre de libérer des temps effectivement consacrés à la relation humaine au-delà du motif technique de l'intervention, ainsi que des temps de prise de recul collectifs sur les situations et les pratiques.

Proposition 89 : Construire une méthodologie permettant de fixer des références indicatives de temps nécessaire pour chaque intervention humaine

Construire un référentiel national indicatif des temps nécessaires pour chaque type d'intervention humaine, à domicile comme en établissement. Cette mesure doit permettre de fixer une norme commune sur les temps professionnels nécessaires en proximité de la personne. À domicile, elle permettra une construction des plans d'aide mieux ajustée aux besoins des personnes. En établissement, elle permettra d'objectiver les besoins en matière d'évolution du taux d'encadrement.

Proposition 90 : Fixer une durée minimale pour les interventions à domicile

Il est proposé de fixer une durée minimale d'intervention en proximité de la personne pour les SAAD. Les volets « aide humaine » des plans d'aide APA ne pourront pas prévoir d'interventions de SAAD d'une durée inférieure à quinze minutes. Cette mesure doit permettre de limiter le séquençage excessif des plans d'aide humaine. En parallèle, l'interdiction des refus de prise en charge en raison du fractionnement des interventions doit être étudiée.

Objectif : Améliorer les conditions de travail des professionnels et la qualité de l'accompagnement des personnes par l'innovation organisationnelle

Reconnaître l'utilité sociale des métiers de l'autonomie ne peut consister uniquement à valoriser les salaires des professionnels, ni à accroître les dotations des structures permettant d'augmenter leurs effectifs : cela exige une transformation des organisations et des pratiques managériales, pour que la promotion du sens de ces métiers soit adossée à de véritables modernisations des organisations.

Les pratiques d'encadrement et de management doivent être cohérentes avec les nouvelles attentes des personnes et des professionnels. La nécessité de mettre en place des organisations fondées sur l'autonomie professionnelle et la coopération plus que l'autorité hiérarchique s'impose, tout comme l'orientation du management vers la gestion de projets et la mobilisation transversale de ressources, plus que sur l'intervention successive de compétences intervenant de façon cloisonnée. Cette mutation doit s'opérer en s'appuyant un dialogue social renforcé en matière de qualité de vie au travail. Il convient de s'inspirer et de diffuser les modèles d'organisations innovantes intégrant de nouvelles cultures managériales qui responsabilisent et redonnent du sens aux métiers, qui libèrent du temps pour être avec la personne, qui permettent des temps de coordination, d'analyse de pratique, de formation continue, de réflexion éthique. Et ceci, tout autant au bénéfice des personnes soignées ou accompagnées que des professionnels.

Il est ainsi proposé de soutenir l'innovation organisationnelle, qui constitue un facteur décisif d'amélioration des conditions de travail : modélisation et diffusion de bonnes pratiques par la CNSA, plan ambitieux de prévention des risques professionnels, développement d'échanges de bonnes pratiques entre employeurs sous l'égide des ARS. L'entrée dans le métier doit également être mieux préparée, en ce qu'elle constitue non seulement un élément fondamental de l'attractivité des métiers, mais aussi,

et surtout, un levier de fidélisation de première importance. Enfin, les incitations au recours au temps partiel doivent être revues.

Proposition 91 : Modéliser et diffuser les enseignements tirés des innovations organisationnelles du secteur

Dans le cadre de sa mission de valorisation et de diffusion des pratiques innovantes, la CNSA serait chargée de modéliser les enseignements tirés des innovations organisationnelles du secteur (celles des starts-ups les plus identifiées comme Soignons Humain ou Alenvi par exemple pour le secteur du domicile, ou celles d'organisations plus traditionnelles) et d'en assurer la diffusion à l'ensemble du secteur. Une publication annuelle serait notamment prévue.

Proposition 92 : Engager la filière dans un plan de prévention des risques professionnels à domicile et en établissement

Considérant le niveau particulièrement élevé des accidents du travail dans le secteur du grand âge, il est proposé de lancer une mobilisation nationale forte pour ce secteur. Il est notamment proposé de :

- Renforcer les programmes de prévention de la branche ATMP ciblés sur les métiers du grand âge et étendre les enveloppes dédiées à ce secteur, avec une montée en charge progressive étalée sur cinq ans ;
- Ouvrir l'accès aux contrats de prévention[14] aux entreprises à taux AT/MP collectif, ce qui permettrait notamment au secteur privé non lucratif d'accéder à ces aides financières, aujourd'hui réservées aux seules entreprises de moins de 200 salariés ;
- Sensibiliser fortement, notamment à travers la plate-forme des métiers du grand âge (cf. proposition n° 115), les fédérations du secteur sur la disponibilité des aides financières simplifiées et des contrats de prévention, propres notamment à financer notamment la mise en place systématique des aides techniques aux professionnels (pose de rails par exemple) ;
- Diffuser, via le CESU, un kit d'information minimal du particulier-employeur en matière de prévention des risques professionnels. Étudier la mise en place d'un service d'information du particulier-employeur lui permettant d'être informé de la réalisation de la visite d'information et de prévention par l'employé ;
- Engager un travail commun entre la branche ATMP et la HAS afin de lier la prévention des risques professionnels à l'élaboration par la HAS d'un référentiel national d'évaluation des établissements et services médico-sociaux. La prévention des risques professionnels devrait faire partie des critères d'évaluation des établissements et services ;
- Mettre en cohérence les aides des différents financeurs en matière d'aides techniques afin de prendre en compte systématiquement les contraintes de la personne aidée et de l'intervenant professionnel, dans une approche de prévention des risques professionnels. Un partenariat avec la CNAV et la CNSA doit être engagé en ce sens ;
- Favoriser la montée en compétence des agents des services de prévention sur les spécificités de l'appui à l'autonomie en renforçant l'expertise de l'INRS et ses interventions en appui des CARSAT, en systématisant la réalisation d'actions concrètes des services de prévention dans les EHPAD ou les services à domicile, et en formant spécifiquement ces agents.

Proposition 93 : Positionner les ARS en chefs de file du soutien aux démarches de qualité de vie au travail et des échanges de bonnes pratiques entre employeurs

Dans le cadre de la conférence départementale du grand âge (cf. proposition n° 168), les ARS doivent être positionnées comme moteurs de la diffusion de bonnes pratiques et d'innovations managériales, notamment celles identifiées dans les guides existants (ANACT, INRS, branche ATMP). Le fonds qualité (cf. proposition n° 56) serait mobilisé à cette fin, à travers trois actions obligatoires :

- Un accompagnement des établissements et services (EHPAD, SSIAD, SAAD, Spasad) dans leurs démarches d'amélioration de la qualité de vie au travail, notamment en intégrant la

14. Les contrats de prévention sont des aides financières ciblées sur les entreprises de moins de 200 salariés. Elles permettent le financement de l'achat et de l'installation de nouveaux matériels et équipements, visant à réduire les contraintes physiques en particulier lors de manutentions manuelles de charges, d'efforts répétitifs ou de postures contraignantes. Elles incluent la réalisation de formations adaptées pour les salariés concernés par ces actions, de formations spécifiques pour des salariés référents, ainsi qu'un accompagnement des référents, directions et équipes.

valorisation de l'implication des salariés et des personnes accompagnées dans le projet ;

- La mise en place de réseaux d'« ambassadeurs des métiers », avec l'appui méthodologique des ARACT, sur le modèle expérimenté par la filière agroalimentaire. Cette mesure viserait à favoriser les échanges de bonnes pratiques organisationnelles entre professionnels intervenant en proximité de la personne (découverte de structures comparables, échanges en proximité sur les facteurs de réussite, mutualisation des expériences probantes) ;
- Des appels à projets régionaux viseraient à financer des projets innovants de partage de bonnes pratiques entre directeurs et cadres de structures d'accompagnement et de soin au grand âge, en favorisant les échanges entre secteurs public, privé non lucratif et privé lucratif.

Proposition 94 : Sensibiliser les établissements et services aux bonnes pratiques d'accueil des professionnels débutants et développer des formations adaptées

Il s'agit d'accompagner les prises de postes pour éviter les situations trop dures, voire traumatisantes, au moment de l'entrée en fonction, en particulier à domicile, de rompre avec les pratiques actuelles de déni des difficultés de l'entrée dans la mission. Il est proposé de sensibiliser les structures à l'impact de l'accueil dans le métier et favoriser le développement du tutorat pour les nouveaux arrivants. Il est également proposé de mobiliser le nouvel OPCO pour développer des formations continues à destination des cadres sur les techniques d'accueil des professionnels, ainsi que des formations d'adaptation à l'emploi pour accompagner les prises de fonctions.

Proposition 95 : Réformer la taxe sur les salaires afin de réduire le recours au temps partiel

Afin de réduire l'incitation au recours à des salariés à temps partiel ou à une rotation rapide des salariés sur un même poste de travail, il est proposé de réformer la taxe sur les salaires en instaurant un taux unique, quel que soit le niveau de rémunération. En compensation, il serait nécessaire d'augmenter l'abattement spécifique dont bénéficient aujourd'hui les associations.

Objectif : Avancer vers des hausses de rémunération ciblées pour les métiers du grand âge, en particulier à domicile

Il est indéniable que le niveau des rémunérations participe de la valorisation et de l'attractivité des métiers du grand âge, comme de toute autre profession. Pour autant, à l'issue de la concertation, il ressort clairement que dans un contexte de tension forte sur la ressource publique, la priorité doit être accordée d'une part à la hausse des effectifs et de la présence humaine auprès des personnes, et d'autre part à l'amélioration de la qualité de vie au travail.

Ces mesures de revalorisation proposées sont donc ciblées : création de fonctions d'encadrement de proximité donnant lieu au versement de primes, revalorisation des indemnités kilométriques pour des professionnels du domicile amenés à multiplier les déplacements, valorisation des temps de coordination et d'échanges de pratiques. Enfin, un chantier de rapprochement des conventions collectives doit être engagé avec pragmatisme.

Proposition 96 : Coupler la réforme du financement des SAAD avec des mesures de revalorisation salariale pour ce secteur

Dans le contexte de la refonte du financement des SAAD et de la fixation d'un tarif de référence national, qui coïncide avec un effort financier important, il est proposé de fixer dans le cahier des charges des SAAD une norme minimale obligatoire d'indemnité kilométrique, ou de soutenir le développement de flottes de véhicules de service.

Il est également proposé de fixer, pour les employés de l'aide à domicile, un objectif de formation ambitieux permettant aux personnels d'évoluer favorablement dans la grille de classification de la convention collective de la branche de l'aide à domicile. La catégorie B de cette convention, qui regroupe les employés à domicile, serait ciblée, avec un objectif de formation de 10 % des effectifs par an.

La revalorisation salariale pour les métiers du domicile pourra nécessiter de revoir à la hausse le taux d'évolution de la masse salariale des ESMS privé non lucratifs défini annuellement par le ministre chargé de l'action sociale (cf. art. L314-6 du CASF), en introduisant une modulation spécifique pour le secteur de l'aide à domicile. Afin d'étayer

ce chantier de rapprochement des conventions collectives, une obligation de transparence sur les niveaux de rémunération serait fixée. Des remontées de données obligatoires donneraient lieu à des synthèses qui seraient publiées.

Proposition 97 : Valoriser, pour les professionnels du domicile, les temps collectifs de coordination des interventions auprès de la personne et d'échanges de pratiques

Dans le cadre de la dotation forfaitaire allouée aux SAAD, qui concrétise un effort financier de la collectivité, il devrait être inscrit dans le CPOM un objectif de temps alloué à la coordination des interventions autour de la personne âgée. L'organisation de temps collectifs d'échanges de pratiques et de retours d'expérience pourrait également être rémunérée à travers le CPOM.

Proposition 98 : Créer des fonctions de responsable d'unité de vie en EHPAD et de cadre qualité, assorties d'une revalorisation salariale

Il est proposé, à l'occasion de la création du nouvel OPCO, de créer un palier de responsabilisation supplémentaire donnant lieu à une formation spécifique. La fonction de responsable d'unité de vie pour les aides-soignants, supposant un premier niveau d'encadrement de proximité et un rôle de référent de proximité des démarches qualité, donneraient lieu au versement d'un supplément de rémunération. De la même manière, la fonction de cadre qualité de l'établissement, pour les personnels infirmiers, pourrait être associée à un supplément de rémunération.

Proposition 99 : Engager un chantier de mise à jour et de convergence des conventions collectives

Le rapprochement des conventions collectives du secteur doit être engagé. Deux objectifs prioritaires doivent être définis : d'une part la revalorisation salariale pour les métiers du domicile, d'autre part la reconnaissance de l'ancienneté d'exercice pour favoriser les mobilités d'exercice entre établissement et services à domicile. Ce rapprochement doit être concerté dans le cadre de la plateforme nationale des métiers du grand âge (cf. proposition n° 115).

Objectif : Engager une montée en compétence de l'ensemble des professionnels du grand âge dans une perspective d'amélioration de la justesse relationnelle de l'intervention

La première exigence en matière de formation, inséparable d'une action globale sur l'attractivité des métiers, est la formation d'un nombre suffisant de personnels pour faire face aux besoins de recrutement prévus pour les années à venir, conséquence directe du vieillissement de la société française.

Il est également nécessaire de faire évoluer les compétences des professionnels pour répondre aux nouveaux besoins d'accompagnement. La montée en compétence doit s'opérer dans le sens d'un meilleur respect des droits et d'une capacité à intervenir en appui des décisions et actions de la personne et en respect de leurs choix de vie, plutôt que dans une logique de substitution. Il faut permettre aux professionnels d'être en mesure de mieux faire face aux difficultés éthiques de l'accompagnement et du soin et aux enjeux relationnels complexes au sein des familles. Enfin, disposer d'une vision partagée de la fin de vie, du rapport au corps et à l'esprit vulnérable, est indispensable et ce d'autant plus que les organisations qui accompagnent et soignent les citoyens avancés en âge sont composés de professionnels issus de cultures extrêmement différentes.

Cette refonte du référentiel de compétences doit s'appuyer sur des méthodes pédagogiques innovantes et repose en premier lieu sur une évolution forte des critères d'admission dans les différentes formations, qui doivent mieux prendre en compte les aptitudes relationnelles des candidats. Elle doit également s'accompagner d'une politique volontariste de développement de l'apprentissage dans le secteur du grand âge. L'apprentissage se présente en effet comme un levier de renforcement de l'accessibilité des métiers et de fidélisation en faveur des établissements engagés. L'orientation de personnes éloignées de l'emploi vers ce secteur devra s'accompagner d'une politique ambitieuse de formation préalable à l'entrée dans l'emploi.

Cet effort de formation ne concerne pas les seuls professionnels intervenant en proximité de la personne en établissement ou service médico-

social. Il doit également porter de façon volontariste sur les formations des personnels d'encadrement et les directeurs de structures, en renforçant leur dimension managériale et en y incluant les démarches d'amélioration de la qualité de vie au travail. La formation à la gérontologie et aux spécificités de la personne âgée doit enfin être fortement investie dans le cadre de la formation initiale et continue des professionnels de santé.

Ces actions de formation doivent pouvoir bénéficier d'un appui financier du Plan d'investissement compétences (PIC).

Proposition 100 : Adapter les capacités de formation au besoin de recrutement pour les années à venir

Afin de faire face aux besoins importants de recrutement dans les métiers du grand âge, il est proposé de fixer une trajectoire ambitieuse de hausse du nombre de places ouvertes en instituts de formation, avec un objectif chiffré annuel.

Proposition 101 : Refondre les référentiels de compétences et de formation pour créer, pour chaque métier, une filière « grand âge » commune à l'exercice à domicile et en établissement.

Cette refonte doit permettre de mieux prendre en compte la complexité de l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie pour répondre aux réalités de l'exercice professionnel des métiers du grand âge (infirmiers, aides-soignants, accompagnants éducatifs et sociaux, aides à domicile). Cette révision doit associer les représentants des personnes âgées et des proches aidants. Une spécialisation en gérontologie et gériatrie pour les aides-soignants et infirmiers doit être intégrée (modules supplémentaires sur les maladies neurodégénératives, la maladie d'Alzheimer, la fin de vie, formation aux fonctions de coordination auprès de la personne âgée).

Cette refonte prévoira notamment d'améliorer la polyvalence des professionnels. Elle intègrera explicitement une mission de coordination dans le socle commun des activités prévues par le référentiel. Elle doit avoir pour cible un référentiel unique de compétences, pour le domicile comme pour l'établissement.

Proposition 102 : Innover dans les méthodes et les pratiques de formation des métiers de l'âge afin de renforcer les compétences de compréhension et d'empathie

Il est proposé d'inscrire dans les cursus d'études des infirmiers, aides-soignants, accompagnants éducatifs et sociaux, assistants de service social, la réalisation d'expériences de recueil de la satisfaction des personnes lors d'entretiens qualitatifs avec les personnes accompagnées.

Les modalités pédagogiques offertes en formation initiale ou continue doivent permettre aux étudiants ou aux apprenants de débattre des difficultés éthiques de l'accompagnement et du soin (échanges entre pairs dans des dispositifs de formation en situation de travail, serious games ou classes virtuelles, théâtre, théâtre forum).

Proposition 103 : Adapter les critères de sélection des candidats aux concours des métiers de proximité en renforçant la prise en compte des aptitudes relationnelles et de la capacité d'écoute du candidat.

Notamment pour les concours d'entrée en IFAS, le format de l'examen doit être repensé en valorisant davantage l'évaluation des aptitudes relationnelles, de la capacité d'écoute et des motivations des candidats. L'équilibre entre ces savoir-faire et les connaissances académiques doit être revu.

Proposition 104 : Favoriser le développement de l'apprentissage et de l'alternance pour les métiers du grand âge

Il est proposé de mobiliser les instituts de formation en fixant un objectif annuel de contrats d'apprentissage et une montée en charge progressive de cet objectif. L'enveloppe confiée aux ARS pour le financement des PEC (cf. proposition n° 87) pourra abonder les contrats d'apprentissage ou les contrats de professionnalisation. Le recours à l'apprentissage pourra être valorisé dans le cadre des CPOM afin de favoriser cette option chez les employeurs, en assortissant un objectif de contrats en apprentissage d'une cible de taux de sortie en embauche en CDI.

Proposition 105 : Revoir les référentiels de formation de l'encadrement des établissements et services en valorisant les compétences managériales, notamment le management des démarches qualité

Les référentiels des trois grandes formations de l'encadrement des établissements et services pour personnes âgées (CAFDES, CAFERUIS et DESSMS) doivent être revus afin de mieux valoriser les compétences de management participatif, de pilotage de la qualité de vie au travail, de conduite de démarches qualité, de prévention de la maltraitance, d'évaluation des pratiques professionnelles et de recueil de la satisfaction des personnes. En parallèle, les obligations de formation continue des directeurs et cadres supérieurs d'établissements et services pourraient être renforcées, en ciblant ces compétences.

Proposition 106 : Intégrer fortement la gérontologie dans la formation continue des professionnels de santé

Il est proposé d'intégrer un axe « Gérontologie et prise en charge de la personne âgée » dans les orientations nationales du développement professionnel continu des professionnels de santé pour les années 2020 à 2022.

Proposition 107 : Renforcer l'attractivité de la filière gériatrique et renforcer la place de la personne âgée dans les études de médecine

Il est proposé de renforcer la dimension gériatrique des études de médecine en mettant en place :

- Une formation diplômante inter-universitaire nationale délivrant une compétence en gériatrie dédiée aux médecins exerçant en médecine et/ou SSR polyvalent, afin de promouvoir la réorientation de médecins d'autres spécialités en cours de carrière ;
- Un stage dans un service de gériatrie durant le 2e cycle des études ;
- Une immersion obligatoire dans les EHPAD pour les étudiants du DES de médecine générale et du DES de gériatrie ;
- Le renforcement de la formation aux soins palliatifs et à la prévention ;
- La création d'une formation diplômante nationale aux métiers de médecin coordonnateur en EHPAD et aux dispositifs d'appui à la coordination dédiés aux personnes âgées en perte d'autonomie ;
- Une incitation pour les médecins exerçant en médecine polyvalente à effectuer une demande de qualification ordinale via les commissions (première instance et appel) de spécialités du Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) dans la spécialité la plus proche de leurs modalités d'exercice (médecine interne, gériatrie, médecine physique et réadaptation etc.).

Objectif : Ouvrir des perspectives de carrière pour les métiers du grand âge, faciliter les reconversions professionnelles et mobiliser des compétences variées auprès des personnes âgées

Parmi les leviers avérés d'attractivité figure le fait de proposer aux professionnels qui s'engagent dans les métiers des perspectives d'évolution de carrière. Ainsi, il s'agit de mobiliser leur engagement moins comme le témoignage d'une vocation nécessairement linéaire et durable, mais comme une étape au sein d'un parcours de vie et de travail pouvant conduire, selon les souhaits du salarié :

- À des perspectives de montée en compétences et en responsabilité dans le secteur même, auprès de publics identiques ;
- À des perspectives d'exercice professionnel différent auprès d'autres publics vulnérables, au premier plan desquels bien sûr les enfants et adultes en situation de handicap.

Tout doit être fait pour éviter que le choix vers ce secteur, en amont d'une entrée sur le marché de l'emploi ou dans les situations de reconversion professionnelle, ne soit un choix par défaut, faute de meilleures alternatives. Le contexte de mise en place d'un opérateur de compétence (OPCO) santé médico-social intégrant la branche de l'aide à domicile, doit être l'opportunité de décloisonner les métiers entre sanitaire et médico-social d'un côté, et établissement et domicile de l'autre et de définir les compétences attendues (savoir être et savoir-faire) pour offrir un service de qualité. Le service public de l'emploi doit être fortement mobilisé pour valoriser les compétences des professionnels du grand âge et orienter de manière pertinente les personnes éloignées de l'emploi vers ce secteur.

Le déblocage des parcours professionnels pour les métiers de l'âge nécessite de mobiliser les nouveaux outils de la formation professionnelle comme le compte personnel de formation (CPF) ou le Plan d'investissement dans les compétences (PIC). Il nécessite également de revenir sur l'organisation cloisonnée du nouveau diplôme d'État d'accompagnant éducatif et social. Il nécessite enfin de diffuser largement des formations valorisantes comme la formation d'assistant de soin en gérontologie.

Enfin, il est proposé de mobiliser des compétences plus variées auprès des personnes âgées, en autorisant le suivi médical par des infirmières en pratique avancée et en mettant à disposition des personnes des compétences variées.

Proposition 108 : Prévoir un abondement incitatif spécifique du CPF pour les formations du secteur du grand âge

Il est proposé, dans le cadre d'un accord de branche, de mettre en place un abondement spécifique du CPF par les employeurs pour toute formation dans le secteur du grand âge. Cet abondement concernerait à la fois les professionnels du secteur ayant un projet d'évolution professionnelle dans le secteur et les professionnels d'autres secteurs engageant une reconversion dans les métiers du grand âge.

Proposition 109 : Mobiliser le service public de l'emploi dans la promotion des carrières du grand âge

La réponse aux difficultés de recrutement nécessite une mobilisation forte du service public de l'emploi :

- Pour orienter les demandeurs d'emploi vers ce secteur en tension sur la base d'une évaluation pertinente de leurs compétences et en particulier de leurs aptitudes relationnelles ;
- Pour proposer aux personnes souhaitant s'orienter vers les métiers du grand âge des formations pertinentes eu égard aux besoins d'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie (cf. proposition n° 101)
- Pour reconnaître et valoriser les compétences acquises des professionnels du grand âge souhaitant engager une reconversion.

Cette mobilisation nécessite de renforcer les partenariats nationaux et locaux avec le service public de l'emploi et d'outiller les conseillers pour mieux connaître ces métiers et leurs compétences et mieux évaluer les motivations, aptitudes et besoins de formations des demandeurs d'emploi.

Proposition 110 : Décloisonner les métiers à l'occasion d'une refonte du Diplôme d'État d'accompagnant éducatif et social (DEAES)

Il est proposé de fusionner les trois spécialités (établissement-domicile-éducation inclusive) du diplôme d'État d'accompagnant éducatif et social (DEAES), afin de prendre en compte le risque de désaffection du diplôme et de déséquilibre entre les trois spécialités, en l'état actuel de sa construction. Cette fusion des spécialités doit permettre davantage de passerelles entre les métiers auprès des personnes âgées et les métiers auprès de personnes en situation de handicap.

Proposition 111 : Organiser une montée en compétences des personnels sur les troubles cognitifs en généralisant la formation d'adaptation à l'emploi d'assistant de soin en gérontologie

Il est proposé d'étendre la formation d'adaptation à l'emploi d'assistant de soin en gérontologie (ASG) à toutes les structures spécialisées dans la prise en charge des personnes âgées (établissements et services d'aide à domicile), au-delà des établissements dédiés au public atteints de handicap cognitif, et d'ouvrir ce dispositif aux accompagnants éducatifs et sociaux. Il pourrait être envisagé de s'orienter vers une formation d'ASG certifiée, et d'inscrire un taux de formation ASG dans les équipes de proximité de la personne comme objectif pris en compte dans l'abondement par le fonds qualité (cf. proposition n° 56).

Proposition 112 : Mobiliser les infirmières en pratique avancée pour le suivi médical des personnes âgées à domicile et en établissement

Il est proposé d'ouvrir aux infirmières en pratiques avancées la possibilité d'assurer le suivi médical à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie ou en établissement médico-social, sous la supervision du médecin traitant ou du médecin coordonnateur.

Proposition 113 : Adapter le périmètre de compétences des personnels infirmiers

Les infirmiers jouent aujourd'hui un rôle majeur auprès des personnes âgées, notamment pour la prévention des hospitalisations (iatrogénie médicamenteuse, chute, dénutrition et déshydratation) et dans l'identification des besoins en aides techniques. Il est proposé d'engager dans de brefs délais une étude sur le périmètre de compétences des infirmiers, notamment concernant l'usage de dispositifs médicaux.

Proposition 114 : Mobiliser un panel plus large d'expertises auprès de la personne âgée

Il est proposé de diversifier les compétences autour de la personne accompagnée en renforçant la présence des ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, psychologues, professeurs de sport voire récréologues parmi les compétences mobilisées. Ces interventions seraient rémunérées à travers les plans personnalisés de santé (cf. proposition n° 137). Ces compétences seraient regroupées au sein de plateformes territoriales sollicitées par les établissements et services.

Objectif : Piloter une politique transversale de valorisation des métiers du grand âge

La mise en place d'une politique ambitieuse de revalorisation des métiers et de formation nécessite l'engagement de l'ensemble des acteurs au niveau national : administrations centrales de l'État, nouvel opérateur de compétence (OPCO) en cours de création, départements, partenaires sociaux, fédérations professionnelles. Ce partenariat global doit concerner l'ensemble des branches professionnelles concernées. Il doit embrasser les fonctions publiques hospitalière et territoriale, le secteur privé non lucratif et le secteur privé lucratif. Cette mobilisation nécessite la mise en place d'une instance stratégique nationale des métiers, aujourd'hui inexistante.

Cette instance aura pour mission, entre autres, de renforcer l'attractivité par des actions de communication innovantes. Moderniser l'image des métiers de la vulnérabilité et promouvoir les métiers par leur sens et leur impact social ne signifie pas seulement mettre en avant des métiers avec une véritable utilité sociale, riches d'humanité et de gratifications. C'est proposer une présentation réaliste des métiers qui sont par moment difficiles, mais qui offrent du sens et permettent un lien intergénérationnel. L'image doit être fidèle à la réalité sans quoi elle risque de susciter un désenchantement durable.

Proposition 115 : Créer une plate-forme nationale des métiers du grand âge

Il est proposé de créer une instance chargée de porter les chantiers transversaux de la politique des métiers du grand âge. Cette plateforme nationale des métiers du grand âge serait rattachée au ministre chargé des affaires sociales et de la santé. Elle serait présidée par une personnalité qualifiée. Elle constituerait l'instance stratégique, intersectorielle et interbranche, de l'attractivité des métiers du grand âge. Elle rassemblerait l'État (DGCS, DGOS, DGEFP, DGT, DGCL, DGESCO), les fédérations du secteur, les partenaires sociaux, le nouvel OPCO santé-médicosocial et les grands opérateurs concernés (CNSA, Pôle emploi, branche ATMP, INRS, ANACT notamment), des représentants de Conseils départementaux et de Conseils régionaux.

Cette instance stratégique aurait notamment pour missions :

- L'élaboration et le suivi de la mise en œuvre d'un contrat de filière pour le grand âge, et la mobilisation de financements du Plan d'investissement compétences (PIC) ;
- Le pilotage de chantiers transversaux aux différents secteurs (rapprochement des conventions collectives, développement de l'apprentissage, mobilisation du Plan d'investissement dans les compétences à travers une action nationale « grand âge ») ;
- Le cadrage et la mise en œuvre des référentiels de compétences et de formation pour le secteur ;
- L'outillage des instances locales de partenariat, dans le cadre des conférences départementales du grand âge (cf. proposition n° 168), et des acteurs clés de l'attractivité (ONISEP, Pôle emploi, missions locales) ;
- La capitalisation et la diffusion de bonnes pratiques en matière de qualité de vie au travail, de partages d'expériences entre employeurs, de déploiement des « ambassadeurs des métiers ».

- La promotion de l'attractivité des métiers et la définition d'une stratégie de communication.
- L'évaluation de la mise en œuvre du Plan national pour les métiers du grand âge, à horizon de trois ans.

Proposition 116 : Lancer des actions nationales de communication pour valoriser et promouvoir les métiers de l'autonomie

En finir avec une représentation dépréciée des métiers de l'autonomie est indispensable : des compétences existent et s'expriment dans le secteur, elles méritent d'être mieux reconnues et valorisées. Il s'agit de véhiculer une image positive et réaliste de la filière gérontologique (des métiers et du champ d'intervention), en mettant en lumière les compétences et l'engagement des professionnels et mettant ces professionnels eux-mêmes en visibilité. La cible de cette communication doit être le grand public, à travers des supports innovants comme la série télévisée par exemple. Une communication plus spécifique pourrait être déployée en direction des jeunes en orientation professionnelle, des personnes en reconversion et des demandeurs d'emploi, des familles. Enfin, des kits sectoriels pourraient être diffusés aux acteurs clés que sont les acteurs de l'orientation et de l'emploi, les opérateurs du Conseil en évolution Professionnelle, l'ONISEP, les conseillers de Pôle emploi.

MIEUX ACCOMPAGNER

Réduire la complexité actuelle des prestations et de l'articulation des prises en charge est une nécessité. Cela suppose une refonte des prestations qui doit veiller à améliorer l'accessibilité financière pour les personnes à revenus modestes. Cela suppose également un renouvellement en profondeur de l'approche de l'offre d'accompagnement de la personne, résolument tournée vers la fluidité des parcours. Les ruptures de parcours pour les personnes âgées sont dramatiques et inacceptables. Elles résultent d'un trop grand cloisonnement des prises en charge et elles appellent une mobilisation de l'ensemble des acteurs, sans exclusive. Dans ce déploiement de la logique de parcours, la prise en charge à l'hôpital constitue un moment clé.

RÉNOVER LES PRESTATIONS POUR SIMPLIFIER LA VIE DES PERSONNES ÂGÉES ET AGIR SUR L'ACCESSIBILITÉ FINANCIÈRE, GARANTIE DU LIBRE CHOIX

Il est proposé de simplifier fortement l'architecture actuelle des prestations, en la recentrant sur les besoins et attentes des personnes, en simplifiant le pilotage des structures de prise en charge et en veillant à une réduction du reste à charge dans un souci de justice sociale. Des réformes ambitieuses de simplification sont indispensables pour assurer la pleine effectivité des droits et réaffecter les ressources, aujourd'hui consacrées à un pilotage des structures complexe et souvent épuisant, sur le déploiement de démarches d'amélioration de la qualité du service rendu à la personne. Ces mesures doivent également, dans un souci d'égalité de traitement, conduire à normer davantage les prestations au niveau national pour réduire les hétérogénéités d'un département à l'autre. Elles doivent contribuer à affirmer que la perte d'autonomie de la personne âgée constitue un risque de protection sociale.

Ainsi, les propositions suivantes répondent à cinq ambitions :

- Simplifier la vie des personnes âgées et des proches aidants et faciliter leurs démarches
- Rénover les prestations à domicile pour assurer l'effectivité des droits et pour mieux les articuler avec les prestations relevant du handicap

Rénover les prestations : liste des propositions

Simplifier la vie des personnes âgées et des proches aidants et faciliter leurs démarches

- Généraliser une offre de service d'information, d'orientation, d'aide aux démarches administratives et gestion de cas complexe au sein d'un guichet unique, la « Maison des aînés et des aidants ».
- Développer de nouveaux services en ligne et faciliter l'accès à l'information sur les droits et sur la qualité des prestations fournies par les structures de prise en charge
- Communiquer aux personnes âgées en perte d'autonomie le coût complet de leur accompagnement en faisant apparaître la prise en charge par la solidarité nationale
- Généraliser la télétransmission et la télégestion avec versement direct de la prestation au prestataire et mise en place d'une prestation « tout-en-un » par le CNCESU pour les modes mandataire et emploi direct

Rénover les prestations à domicile et mieux les articuler avec celles qui relèvent du handicap pour assurer l'effectivité des droits

- Créer une nouvelle « prestation autonomie » distinguant trois volets à domicile : aides humaines, aides techniques, répit et accueil temporaire
- Harmoniser les évaluations et les rendre opposables pendant un an
- Décaler la barrière d'âge entre la prestation de compensation du handicap et la prestation destinée aux personnes âgées
- Encourager le développement de la location de matériel plutôt que son acquisition dans le cas du financement des aides techniques

Matérialiser l'affirmation de la perte d'autonomie des personnes âgées comme risque de protection sociale en simplifiant le pilotage des établissements, en assumant la part du financement national et en socialisant le risque long de perte d'autonomie lourde en établissement

- Engager la fusion des sections tarifaires soin et dépendance en établissement afin de simplifier la gouvernance des EHPAD et le pilotage des démarches qualité et de la transformation du modèle de l'établissement.
- Mettre en place un « bouclier autonomie » pour les durées de résidence en établissement en GIR 1 et 2 supérieures à 4 ans.
- Prévoir un financement partagé entre départements et CNSA des nouvelles dépenses relatives à la perte d'autonomie

Mieux prendre en compte la capacité des personnes à assumer financièrement leur perte d'autonomie dans un triple objectif d'équité intergénérationnelle, intragénérationnelle et territoriale

- Créer un volet « établissement » de la prestation autonomie dégressif en fonction des ressources et se substituant à l'allocation logement et à la réduction d'impôt en établissement
- Harmoniser les pratiques en termes d'aide sociale à l'hébergement en supprimant à court terme l'obligation alimentaire pour les petits enfants et en introduisant un barème indicatif national.
- Améliorer le reste à vivre des bénéficiaires de l'ASH de 104 €/mois à 156 €/mois.
- Aligner la prise en compte des ressources du couple dans le cadre de la nouvelle prestation autonomie sur celle des autres prestations
- Mieux valoriser le patrimoine dans les ressources du bénéficiaire de la nouvelle prestation autonomie pour plus d'équité, notamment entre le domicile et l'établissement
- Mettre en extinction progressive l'APA au profit de la nouvelle « prestation autonomie »

Recentrer les dispositifs d'exonération de cotisations sociales ou de crédit d'impôt sur les publics fragiles.

- Décaler progressivement à 75 ans l'âge ouvrant droit à exonération de cotisations patronales pour l'emploi à domicile
- Recentrer le crédit d'impôt sur les services à la personne sur les besoins sociaux en différenciant les plafonds de dépense

- Matérialiser l'affirmation de la perte d'autonomie des personnes âgées comme risque de protection sociale en simplifiant le pilotage des établissements, en assumant la part du financement national et en socialisant le risque long de perte d'autonomie lourde en établissement
- Mieux prendre en compte la capacité des personnes à assumer financièrement leur perte d'autonomie dans un triple objectif d'équité intergénérationnelle, intragénérationnelle et territoriale
- Recentrer les dispositifs d'exonération de cotisations sociales ou de crédit d'impôt sur les publics fragiles.

Objectif : Simplifier la vie des personnes âgées et des proches aidants et faciliter leurs démarches

La perte d'autonomie doit être mieux accompagnée dès ses stades précoces, pour les personnes âgées et leurs familles. C'est pourquoi il est proposé de mettre en place un lieu d'accueil et d'information unique dans les territoires, se substituant aux dispositifs existants. En parallèle, et en veillant au maintien d'un accompagnement humain de proximité, de nouveaux services numériques doivent permettre de simplifier les démarches d'ouverture des droits et de versement des prestations.

Proposition 117 : Généraliser une offre de service d'information, d'orientation, d'aide aux démarches administratives et gestion de cas complexe au sein d'un guichet unique, la « Maison des aînés et des aidants ».

Il est nécessaire d'organiser par un point d'entrée unique une information intégrée et territorialisée dans un lieu physique avec des professionnels formés. Une marque nationale « Maisons des aînés et des aidants » serait créée, associée à un cahier des charges national de l'accueil et de l'orientation des personnes âgées et des aidants. Les acteurs locaux (ARS, Conseils départementaux, caisses de retraite, CCAS, etc.) seraient libres de définir localement les modalités d'organisation de ce service mais une obligation de couverture du territoire serait posée. Les Maisons des aînés et des aidants se substitueraient aux dispositifs d'accueil et de coordination existants (CLIC, MAIA, Paerpa, PTA, plateformes de répit notamment). Elles pourraient proposer, selon les configurations locales, des services mutualisés pour personnes âgées et personnes en situation de handicap, en s'intégrant par exemple aux Maisons départementales de l'autonomie existantes, sous réserve de respect du cahier des charges national.

Les Maisons des aînés et des aidants constitueraient une porte d'entrée unique, simple et facilement identifiée par les usagers et les professionnels. Sur la base d'un principe de subsidiarité, elles auraient pour missions l'accueil, l'information, l'appui aux aidants, les orientations et mises en relation des acteurs, les évaluations multidisciplinaires et l'appui à la coordination de la prise en charge par les acteurs sociaux, sanitaires et médico-sociaux ainsi que la gestion des situations complexes dans les territoires.

Au-delà de ces prestations minimales listées dans le cahier des charges national, les Maisons des aînés et des aidants pourraient abriter les services d'évaluation des conseils départementaux ou d'autres services destinées aux personnes âgées. Les proches aidants accèderaient ainsi, dans un cadre homogène, à un site internet d'information territorialisé, un numéro de téléphone unique et un dispositif d'inscription en ligne pour des actions d'accompagnement.

Proposition 118 : Développer de nouveaux services en ligne et faciliter l'accès à l'information sur les droits et sur la qualité des prestations fournies par les structures de prise en charge

Le guichet unique dans les territoires et le portail numérique www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr devraient délivrer des informations générales sur les dispositifs mais également sur la qualité des services à l'image du service « nursing home compare » sur www.medicare.gov aux États-Unis par exemple. Il serait également chargé de délivrer des informations de proximité en répertoriant l'offre au sens large, y compris les formes intermédiaires d'habitat.

En outre, un formulaire national unique de demande de prestation serait créé pour l'ensemble du territoire. La demande d'ouverture des droits pourrait être déposée en ligne, et la personne âgée pourrait consulter, sur un espace sécurisé, le degré d'avancement de sa demande ainsi que simuler facilement ses droits à la nouvelle prestation en fonction de sa situation.

Proposition 119 : Communiquer aux personnes âgées en perte d'autonomie le coût complet de leur accompagnement en faisant apparaître la prise en charge par la solidarité nationale

Les personnes âgées et leur famille ignorent souvent que la puissance publique finance une part importante de leur accompagnement. Pour la matérialiser, il est proposé de communiquer régulièrement le montant de cette prise en charge aux intéressés. À domicile, les factures des prestataires de services d'aide à domicile doivent ainsi faire apparaître le coût total des services rendus et la prise en charge publique (APA ou prestation autonomie demain). Les SSIAD seraient amenés à communiquer la dotation par place financée par l'Assurance maladie une fois par an. En établissement, les factures devraient faire apparaître pour information la prise en charge publique (sur l'ensemble des sections tarifaires) si possible de façon personnalisée. À défaut, pour la section soins, le financement public moyen par place pourrait être affiché.

Proposition 120 : Généraliser la télétransmission et la télégestion avec versement direct de la prestation au prestataire et mise en place d'une prestation « tout-en-un » par le CNCESU pour les modes mandataire et emploi direct

Il est proposé de simplifier radicalement le versement de l'APA. Pour le mode prestataire, la télétransmission serait généralisée et rendue obligatoire (en intégrant cette condition dans le cahier des charges national des services d'aide et d'accompagnement à domicile). La prestation serait versée directement au prestataire qui ne facturerait que le reste à charge à l'usager. Cette pratique est déjà largement répandue. Pour l'emploi direct et le mandataire, un schéma comparable à celui qui va être mis en place pour la PAJE-CMG (avec prélèvement à la source) est envisageable. Le CNCESU se chargerait de verser la prestation nette des cotisations dues dans les jours suivants la déclaration. Cette solution suppose un échange de données fiables entre les organismes gestionnaires de la prestation et le CNCESU. Cette proposition suppose une modification législative de l'article L232-15 du CASF pour ne plus considérer le versement direct au bénéficiaire (ou le CESU préfinancé) comme le mode de versement de droit commun.

Objectif : Rénover les prestations à domicile et mieux les articuler avec celles qui relèvent du handicap pour assurer l'effectivité des droits

Concernant la prestation apportée aux personnes prises en charge à domicile, il est proposé de substituer à l'actuelle Allocation personnalisée d'autonomie (APA) une « prestation autonomie » permettant de faciliter l'accès aux aides techniques et aux solutions de répit pour les proches aidants. Ces deux types de prestations, aujourd'hui peu mobilisés, doivent intervenir davantage, en complémentarité de l'aide humaine. La « prestation autonomie » resterait une prestation en nature soumise à la consommation effective du service associé. Cette nouvelle « prestation autonomie » doit reposer sur une plus grande harmonisation des évaluations afin de garantir leur qualité et leur homogénéité. Il s'agit ainsi de renforcer l'équité dans la réponse aux besoins des demandeurs et l'octroi de prestations et de services en adéquation avec les besoins évalués. Il est enfin proposé de reculer la barrière d'âge articulant la prestation destinée aux personnes en situation de handicap et la prestation destinée aux personnes âgées en perte d'autonomie.

Proposition 121 : Créer une nouvelle « prestation autonomie » distinguant trois volets à domicile : aides humaines, aides techniques, répit et accueil temporaire

L'APA est une prestation permettant de financer plusieurs types de prestations : aides techniques, aide humaine, adaptation du logement, accueil temporaire, portage de repas, fournitures d'hygiène, transport accompagné, etc.. Toutefois, l'aide humaine représente 92 % des plans en moyenne contre 2 % pour le financement de l'accueil temporaire (y compris accueil familial) et 6 % pour les aides diverses (essentiellement les aides techniques)[15]. La prépondérance de l'aide humaine rend souvent complexe l'accès au financement des autres prestations qui sont pourtant de nature à améliorer l'accompagnement de la personne, diminuer la pénibilité de certaines tâches pour les professionnels ou relayer les aidants.

Pour faciliter l'accès à ces prestations, il est proposé de créer, en remplacement de l'APA, une nouvelle « prestation autonomie », sur le modèle

15. Source : DREES, L'aide et l'action sociales en France, édition 2018

de la prestation de compensation du handicap (PCH), distinguant trois « volets » à domicile : aides humaines, aides techniques, répit et accueil temporaire. Chaque volet ferait l'objet d'un plafond spécifique (exprimé sur des durées différentes), à l'image de la PCH. Le ticket modérateur, proportionnel à la dépense, serait commun à l'ensemble des trois volets et calculé sur la base des ressources du bénéficiaire et, éventuellement, du montant du plan d'aide humaine. Les plafonds de plans d'aide doivent faire l'objet d'une révision périodique afin de garantir leur ajustement aux coûts de revient.

Les aides à l'aménagement du logement seraient par ailleurs sorties du périmètre de la prestation pour faire l'objet d'une prise en charge renforcée dans le cadre de l'Agence nationale de l'habitat (les financements de l'ANAH pour l'adaptation des logements à la perte d'autonomie représentent 60,8 M€ en 2017, pour 18 185 logements concernés) ou du crédit d'impôt pour l'adaptation du logement (68 M€ pour 78 000 ménages)[16]. Le service d'évaluation de la « prestation autonomie » resterait toutefois multidimensionnel et chargé d'évaluer le besoin, de conseiller et d'orienter le cas échéant la personne ou son entourage (voire de transmettre directement le dossier aux services de l'ANAH, par souci de simplification pour les demandeurs).

Proposition 122 : Harmoniser les évaluations et les rendre opposables pendant un an

À l'image de la PCH, les évaluations dans le cadre de la nouvelle prestation pourraient faire l'objet d'une harmonisation accrue, dans le cadre d'un référentiel national, précisant des équivalences entre les besoins recensés et les prestations destinées à la compensation de la perte d'autonomie exprimées en heures. Les évaluations, qu'elles soient réalisées pour le compte du conseil départemental ou des caisses de retraite, seraient opposables pendant un an de façon à réduire les délais d'ouverture des droits en évitant les réévaluations successives. Cette mesure permettrait également de renforcer les garanties d'égalité de traitement dans la réponse aux besoins des demandeurs.

16. Les données fournies par la DLF suggèrent qu'une hausse du plafond de ce crédit d'impôt n'apparaît pas nécessaire, les ménages modestes et moyens déclarant globalement des montants sensiblement inférieurs au plafond.

Proposition 123 : Décaler la barrière d'âge entre la prestation de compensation du handicap et la prestation destinée aux personnes âgées

La PCH est une prestation destinée aux personnes qui ont besoin d'une aide dans la réalisation des actes de la vie quotidienne du fait d'un handicap. Pour pouvoir bénéficier de la PCH, il faut soit être âgé de moins de 60 ans lors de la première demande soit être âgé de moins de 75 ans et avoir rempli les conditions d'accès à la PCH avant 60 ans, soit être encore en activité professionnelle. Si la perte d'autonomie survient après 60 ans, la personne relève de l'APA. Cette limite d'âge n'a pas été actualisée suite aux différentes réformes des retraites. Il est proposé de relever cette limite d'âge à 65 ans. Selon la DREES, citée par le rapport Igas consacré au sujet[17], entre 1 500 et 7 500 bénéficiaires actuels d'APA seraient concernés par un relèvement à 65 ans pour un coût compris entre 13,5 et 67,5 M€.

Proposition 124 : Encourager le développement de la location de matériel plutôt que son acquisition dans le cas du financement des aides techniques

Dans une logique d'économie circulaire, il est proposé d'encourager la location de matériel plutôt que son acquisition. En effet, la durée de vie de certains matériels est souvent supérieure à la durée de leur utilisation effective. Les conférences départementales du grand âge (cf. proposition n° 168) seraient invitées à développer une offre sur chaque territoire.

Objectif : Matérialiser l'affirmation de la perte d'autonomie des personnes âgées comme risque social en simplifiant le pilotage des établissements, en assumant la part du financement national et en socialisant le risque long de perte d'autonomie lourde en établissement

L'affirmation de la perte d'autonomie de la personne âgée comme risque de protection sociale passe par la réaffirmation de la part du financement national dans le financement des prestations. Cette affirmation se décline ici en trois volets :

- Une mesure forte consistant à en finir avec la tarification ternaire des EHPAD, qui constitue une mesure de simplification du pilotage des

17. Source : Igas, 2016, Évolution de la prestation de compensation du handicap (PCH).

établissements et une réaffirmation de la prise en charge par l'assurance maladie des dépenses d'accompagnement et de soin en établissement ;

- La mise en place d'un « bouclier autonomie » permettant une réduction forte du reste à charge pour les personnes en situation de perte d'autonomie lourde de longue durée, permettant une socialisation du risque long, particulièrement pénalisant financièrement pour les personnes et les familles ;
- Un partage égalitaire de la dépense nouvelle entre la CNSA et les budgets départementaux, qui permet d'affirmer une solidarité de l'échelon national et de l'échelon départemental dans la prise en charge financière des conséquences du vieillissement démographique.

Proposition 125 : Engager la fusion des sections tarifaires soin et dépendance en établissement afin de simplifier la gouvernance des EHPAD et le pilotage des démarches qualité et de la transformation du modèle de l'établissement.

Le financement des établissements (EHPAD et ESLD) représente 23,7 Mds en 2014 et repose sur trois sections : la section « soins » financée à 100 % par l'assurance maladie (8,8 Mds €), la section « dépendance » (3,4 Mds € en 2014) financée aux deux tiers par l'APA établissement versé par les départements et la section « hébergement » (11,5 Mds en 2014) financée essentiellement par les ménages (8,3 Mds €).

Afin de simplifier le pilotage et de sécuriser le financement des établissements, il est proposé d'unifier les sections soins et dépendance dans une section « soins et entretien de d'autonomie ». La nouvelle section serait financée par l'assurance maladie mais un ticket modérateur, dont seraient seulement exonérés les titulaires de la CMU-C, serait appliqué pour un montant de l'ordre de 5 €/jour. La nouvelle section serait ainsi prise en charge à 92 % par l'Assurance Maladie (11,2 Mds si on conserve les chiffres 2014) et à 8 % par les ménages et les organismes complémentaires (1 Md). L'amélioration du reste à charge en établissement des ménages n'est pas le principal objectif de cette fusion mais représenterait tout de même 200 M€ environ. En outre, la valeur du « point GIR » est aujourd'hui différente dans chaque département. Une période de convergence progressive vers une valeur nationale unique devra donc s'ouvrir une fois la fusion réalisée. Pour 2020, la neutralisation des pertes liées à la convergence tarifaire pourrait être prolongée.

Les départements conserveraient le pilotage de la section hébergement pour les établissements habilités à l'aide sociale. Les EHPAD auraient un seul interlocuteur s'agissant de l'offre de soins et d'accompagnement dans les actes de la vie quotidienne. Un pilote unique de la qualité du soin en établissement serait de facto instauré, mettant fin à un partage de compétences largement rejeté par les acteurs. Le pilotage de la nouvelle section « soins et entretien de l'autonomie » serait confié soit à l'ARS, soit au Conseil départemental, en fonction du scénario de gouvernance retenu.

Pour les départements, la réforme proposée pourrait :

- Soit être globalement neutre : leur dépense d'APA établissement, de l'ordre de 2,4 Mds € en 2017, serait alors récupérée pour financer la nouvelle section par baisse des concours CNSA[18] ou baisse des dotations globales de fonctionnement ;
- Soit permettre à ceux-ci de financer la viabilité, l'attractivité et la qualité des soins à domicile (cf. proposition n° 38) ou une baisse du reste à charge en établissement (cf. propositions n° 128 et 130).

Par ailleurs, une revue serait menée pour identifier les dépenses susceptibles de basculer de la section hébergement vers la nouvelle section « soins et entretien de l'autonomie » afin de réduire le reste à charge des résidents. Cela pourrait être le cas d'une quote-part des frais généraux de gestion et de management, des charges financières, des dépenses de diététiciens voire d'une part plus importante de la masse salariale des agents de service.

Proposition 126 : Mettre en place un « bouclier autonomie » pour les durées de résidence en établissement en GIR 1 et 2 supérieures à 4 ans.

Il est proposé de sécuriser les familles en socialisant le risque long de perte lourde d'autonomie, par l'instauration d'un « bouclier » au-delà d'une certaine durée. Les personnes âgées cumulant plus d'une certaine durée de présence en établissement

18. Les concours APA I et APA II CNSA se sont élevés à 2,3 Mds € en 2017 mais leur répartition départementale fait qu'environ 350 M€ de dépenses d'APA établissement ne sont pas récupérables via ce mécanisme.

et en état de perte d'autonomie avancée ne pourraient pas avoir un reste à charge excédant leurs ressources courantes. Lors de l'entrée en établissement, les personnes âgées et leur famille auraient ainsi la garantie que le prélèvement sur le patrimoine de la personne ou la participation des obligés seraient limités dans le temps.

Le « bouclier » fonctionnerait selon les mêmes mécanismes que l'actuelle ASH (allocation différentielle entre 90 % des ressources et les frais d'hébergement avec un reste à vivre minimal) mais sans obligation alimentaire des descendants ni recours sur succession. Il serait ouvert à l'ensemble des personnes éligibles à l'ASH et qui cumulent deux conditions de durée :

- Être évalué en GIR 1 ou GIR 2 au sens de la grille AGGIR depuis au moins quatre ans. La date s'apprécierait à partir de la première validation en GIR 1 ou GIR 2 de l'évaluation par les services de l'ARS ou du conseil départemental ;
- Être hébergé en EHPAD ou en ESLD depuis plus de quatre ans.

Le bouclier serait déclenché automatiquement, que les établissements soient habilités ou non. Pour les établissements non habilités, le passage au régime du bouclier entraînerait de fait, la tarification sur la base du tarif moyen du département sur les places habilitées.

Le critère sur le degré de perte d'autonomie se justifie par la volonté de ne pas créer de distorsion dans le choix d'hébergement de la personne. Établir le bouclier à l'ensemble des résidents quel que soit leur degré de dépendance pourrait en effet conduire les personnes à privilégier une entrée précoce en établissement indépendamment de leurs besoins.

Le « bouclier » serait versé par les départements mais serait intégralement remboursé par un fonds de concours de la CNSA, matérialisant ainsi la solidarité nationale et faisant exception à la règle de proportionnalité (cf. proposition n° 127). Le coût net de la mesure est estimé à 650 M€. Environ 90 000 résidents en EHPAD et ESLD (soit 15 %) seraient concernés par ce bouclier pour un gain moyen de l'ordre de 740 €/mois.

Proposition 127 : Prévoir un financement partagé entre départements et CNSA des nouvelles dépenses relatives à la perte d'autonomie

Les fonds de concours APA de la CNSA n'évoluent pas nécessairement en parallèle de la dépense d'APA assumée par les départements. Afin de partager l'impact sur la dépense publique de l'évolution démographique, toutes les variations de dépenses après la fusion des sections soin et dépendance seraient prises en charge à 50 % par les fonds de concours de la CNSA et à 50 % par les conseils départementaux. Les concours CNSA deviendraient ainsi proportionnels à la dépense et non fixes, affirmant ainsi clairement la part de la solidarité nationale. La mise en place du « bouclier autonomie » (cf. proposition n° 126) ferait exception à cette règle, les dépenses associées étant prises en charge à 100 % par la solidarité nationale.

Objectif : Mieux prendre en compte la capacité des personnes à assumer financièrement leur perte d'autonomie dans un triple objectif d'équité intergénérationnelle, intragénérationnelle et territoriale

Les mesures de diminution du reste à charge ici proposées sont volontairement ciblées sur les ménages à revenus modestes. Il n'est pas proposé de refonte radicale de l'aide sociale à l'hébergement, étant assumé que la priorité en matière d'affectation de dépenses nouvelles doit aller à l'amélioration de la qualité des prises en charge et à l'augmentation du temps de présence humaine professionnelle, qualifiée, en proximité de la personne.

Il est proposé de créer une nouvelle allocation, dégressive en fonction des ressources, afin de réduire le reste à charge sur les dépenses d'hébergement en EHPAD. Cette nouvelle allocation se substituerait aux aides au logement et à la réduction d'impôt existant actuellement.

Les mesures ici proposées visent également à harmoniser les pratiques en termes d'ASH et à mettre fin à de fortes hétérogénéités de traitement entre les départements. Elles entendent par ailleurs augmenter le reste à vivre des personnes les plus modestes accueillies en établissement. Enfin, la prise en compte du patrimoine dans le calcul des prestations serait renforcée, dans un même souci de justice sociale.

Proposition 128 : Créer un volet « établissement » de la prestation autonomie dégressif en fonction des ressources et se substituant à l'allocation logement et à la réduction d'impôt en établissement

Les aides directes au paiement du tarif hébergement en établissement se composent essentiellement de deux dispositifs à la charge de l'État :

- L'aide au logement distribuée par les CAF (500 M€ environ)
- La réduction d'impôt pour frais liés à la dépendance, perçue par les ménages avec un an de décalage (300 M€).

Selon la DREES, l'aide au logement bénéficie aux ménages très modestes tandis que la réduction d'impôt bénéficie aux ménages aisés, redevables de l'impôt. Par conséquent, les personnes âgées en établissement dont les ressources sont comprises entre 1 000 € et 1 600 € par mois sont les moins aidées. Il est proposé de remplacer l'allocation logement et la réduction d'impôt en établissement pour personnes âgées par un volet « établissement » de la nouvelle prestation autonomie. Cette prestation serait dégressive en fonction des ressources. Elle serait distribuée par les conseils départementaux en remplacement de l'APA établissement supprimée, par la fusion des sections « soins » et « dépendance ».

L'objectif attendu est triple :

- Simplifier la prise en charge financière pour la personne âgée et sa famille. Le financement par la réduction d'impôt et l'allocation logement font intervenir des acteurs (CAF, DGFIP) dont le rôle dans le financement de la perte d'autonomie du grand âge est mineur. Grâce à cette proposition, le département devient l'interlocuteur privilégié et le financeur unique de la solvabilisation des personnes âgées en établissement ;
- Améliorer la situation des personnes aux ressources comprises entre 1 000 et 1 600 € qui sont aujourd'hui objectivement défavorisées ;
- Compenser par la suppression de la réduction d'impôt les gains que réalisent les plus aisés à la fusion des sections.

Cette proposition ne doit toutefois pas conduire à exclure les établissements pour personnes âgées du bénéfice du financement par les fonds dédiés au logement social. S'il s'avérait délicat de supprimer l'allocation logement pour cette raison, une autre piste consisterait à supprimer la réduction d'impôt et à revoir le barème de l'APL en établissement pour personnes âgées pour réduire le reste à charge des personnes aux ressources comprises entre 1 000 et 1 600 €.

Proposition 129 : Harmoniser les pratiques en termes d'aide sociale à l'hébergement en supprimant à court terme l'obligation alimentaire pour les petits enfants et en introduisant un barème indicatif national.

Il est proposé d'harmoniser les pratiques des départements en matière d'ASH pour assurer une égalité de traitement sur le territoire :

- En adoptant un barème national indicatif des taux d'effort maxima appliqués aux obligés alimentaires selon leurs ressources ainsi que de la participation du conjoint resté à domicile ;
- En excluant les petits-enfants de l'obligation alimentaire (environ la moitié des départements les sollicitent parfois ou systématiquement aujourd'hui), et en envisageant une suppression de l'obligation alimentaire pour tous les descendants à partir de 2024 ;
- En établissant au niveau national la liste des ressources et des charges à prendre en compte pour le calcul de l'ASH. En effet, en matière de calcul des charges, les frais de tutelle ne sont systématiquement déduits de la participation financière des bénéficiaires de l'ASH que par 77 % des départements, les frais de mutuelle par 68 % des départements et les frais d'assurance par 37 % seulement[19]. Enfin, si 85 %[20] des départements intègrent le talon dépendance, non pris en charge par l'APA, dans le cadre de l'ASH, 9 % ne le font jamais.

Les départements seraient accompagnés financièrement pour mener à bien cette harmonisation. En outre, la mise en place d'un seuil de déclenchement de la récupération sur succession, qui verrait la récupération sur succession déclenchée uniquement à partir d'un certain montant de récupération, pourrait être expertisée.

19. DREES, enquête Aide sociale 2017, données provisoires.

20. L'aide et l'action sociale en France, DREES, édition 2017 – Fiche n° 7

Proposition 130 : Améliorer le reste à vivre des bénéficiaires de l'ASH de 104 €/mois à 156 €/mois.

Le reste à vivre d'un bénéficiaire de l'ASH, c'est-à-dire la somme laissée mensuellement à la disposition des bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement, est fixé par voie réglementaire. L'article R231-6 du CASF dispose en effet qu'il ne peut pas être inférieure à un centième du montant annuel des prestations minimales de vieillesse (ASPA), arrondi à l'euro le plus proche soit 104 € en 2019. Cette somme paraît parfois insuffisante pour couvrir les dépenses laissées à la charge des résidents. Le résident doit en effet pouvoir financer a minima une prestation de coiffure mensuelle, et quelques achats améliorant son quotidien (vêtements, accessoires de toilette, etc.). Il est donc proposé de fixer le minimum laissé au résident à 1,5 % du montant annuel de l'ASPA, soit 156 euros par mois pour 2019 au lieu de 104 euros. La quasi-totalité des bénéficiaires de l'ASH (soit 120 000 personnes environ dont 100 000 en EHPAD) serait concernée par une telle mesure. Son coût brut pour les départements serait de 66 millions d'euros, desquels il faut déduire les montants susceptibles d'être récupérés sur succession.

Proposition 131 : Aligner la prise en compte des ressources du couple dans le cadre de la nouvelle prestation autonomie sur celle des autres prestations

L'allocataire de l'APA est réputé disposer de 59 % du revenu du couple (1/1,7). Ce taux de 1,7 est supérieur à celui retenu pour l'ASPA (1,55), l'allocation logement (1,5), le RSA socle (1,43 après application du forfait logement) ou dans les pensions de réversion (1,54 ou 1,6). Cela signifie que l'allocataire est réputé disposer d'une part inférieure du revenu du couple pour l'APA que pour ces autres prestations, sans justification apparente. Il est proposé de retenir un coefficient de 1,5 ou 1,6 pour la nouvelle « prestation autonomie » uniquement, plus proche de celui retenu pour les autres prestations. La mesure ne ferait aucun perdant : les personnes âgées actuellement à l'APA en conserveraient le bénéfice si elle leur est plus favorable (cf. proposition n° 133).

Proposition 132 : Mieux valoriser le patrimoine dans les ressources du bénéficiaire de la nouvelle prestation autonomie pour plus d'équité, notamment entre le domicile et l'établissement

La prise en compte du patrimoine pourrait être renforcée dans le cas de la nouvelle prestation (pour ses volets « domicile » comme pour son volet « établissement »). En effet, le patrimoine n'est aujourd'hui que faiblement pris en compte dans le barème de l'APA (valorisation du « patrimoine dormant » à hauteur de 3 % de son montant et d'une fraction de la valeur locative des propriétés immobilières hors résidence principale). La prise en compte du patrimoine pourrait être renforcée (à travers une hausse du taux de valorisation du « patrimoine dormant » à 4 % ou 5 %) et la valeur de la résidence principale pourrait être intégrée dans l'assiette des ressources utilisées pour le calcul de la participation financière du bénéficiaire. Cette mesure remplit deux objectifs d'équité :

- Entre les personnes qui sont à charge à domicile, et qui ont des restes à charge objectivement faibles et ceux en établissement, qui assument des restes à charge élevés ;
- Entre les personnes propriétaires et celles qui sont locataires qui assument aujourd'hui le même ticket modérateur à revenus égaux alors que leur capacité à participer à leurs frais de perte d'autonomie n'est objectivement pas la même.

Toutefois, l'intégration de la résidence principale doit tenir compte du degré de liquidité et des fortes disparités géographiques des marchés de l'immobilier. Quatre pistes de mise en œuvre opérationnelle sont proposées :

- L'introduction d'un forfait-logement dans la base ressources à l'instar de ce qui est fait pour le RSA ou la CMU-C. Cette solution ne permet pas de rendre compte des disparités des valeurs locatives mais est très simple à mettre en œuvre ;
- L'intégration de la valeur locative retenue pour le calcul de la taxe foncière dans la base ressources annuelles ;
- La déduction des loyers payés pour les ménages locataires et la révision de l'ensemble du barème ;
- La valorisation sur la base d'une fraction de la valeur vénale de la résidence principale. Cette piste suppose d'être capable d'évaluer la valeur vénale des biens.

La mesure ne ferait aucun perdant : les personnes âgées actuellement à l'APA en conserveraient le bénéfice si elle leur est plus favorable (cf. proposition n° 133).

Mesures proposées pour diminuer le reste à charge en EHPAD

Au total, il est proposé de diminuer immédiatement de 300 euros par mois le reste à charge pour les résidents à revenus moyens qui ne bénéficient pas de l'ASH, c'est à-dire les résidents dont les ressources courantes se situent entre 1 000 € et 1 600 €/mois. Ces catégories de revenus représentent 35 % des résidents en EHPAD. Cette diminution serait réalisée à travers quatre mesures :

- La mise en place d'une nouvelle prestation dégressive en fonction des ressources (cf. proposition n° 128). La prestation serait de 300 €/mois pour des ressources inférieures à 1 600 €/mois puis serait dégressive jusqu'à 50 €/mois pour les personnes disposant de plus de 3 200 €/mois de ressources ;
- La fusion des sections « soins » et « dépendance » avec l'instauration d'un ticket modérateur de 5 €/jour (cf. proposition n° 125). La baisse des restes à charge serait de l'ordre de 15 €/mois pour plus de 90 % des résidents ;
- Le transfert de certaines dépenses de la section « hébergement » vers la section « soins » (diététiciens, quote-part des charges de direction ou des charges financières, hausse de la part des rémunérations des agents de service, cf. proposition n° 125) représenterait une baisse du reste à charge de l'ordre de 25 €/mois et par résident ;

En outre, environ 90 000 résidents en EHPAD et ESLD (soit 15 %) seraient concernés par la mise en place d'un « bouclier autonomie » (cf. proposition n° 126), pour un gain moyen de l'ordre de 740 €/mois. Les conditions d'ouverture de ce bouclier seraient progressivement assouplies en fonction des marges de manœuvre budgétaires disponibles.

Le déblocage de 3 Mds € en dix ans pour la rénovation du parc immobilier (en particulier dans les EHPAD publics, cf. proposition n° 55) permettrait d'éviter le recours à l'emprunt pour les établissements rénovés et donc la hausse des tarifs hébergement qui en aurait découlé.

Enfin, s'agissant des bénéficiaires de l'ASH, il est proposé une hausse du reste à vivre de 104 €/mois à 156 €/mois (cf. proposition n° 130 qui concernerait près de 110 000 personnes En 2024 interviendrait la suppression de l'obligation alimentaire pour les descendants des bénéficiaires de l'ASH.

Exemple : Marie Dujardin* en GIR 2, 1 350 € de pension mensuelle

- Réside en EHPAD habilité à l'aide sociale et conventionné pour l'aide au logement.
- Tarif hébergement : 60 € par jour
- Tarif dépendance : 20,50 €/jour (talon 5,5 €/jour)

	Avant	Après réforme	
Coût total		Les 4 premières années de résidence en EHPAD	À partir de la quatrième année
forfaits soins	1 375 €	2 015 €	2 015 €
forfait dépendance	615 €		
forfait hébergement	1 800 €	1 775 €	1 775 €
Total	**3 790 €**	**3 790 €**	**3 790 €**
Prise en charge			
Assurance maladie	1 375 €	1 865 €	1 865 €
APA	450 €	0 €	0 €
APL	44 €	0 €	0 €
Réduction d'impôt	0 €	0 €	0 €
Prestation Autonomie		300 €	300 €
Bouclier			431 €
Total	**1 869 €**	**2 165 €**	**2 596 €**
Reste à charge	1 921 €	1 625 €	1 194 €
Taux d'effort**	**142 %**	**120 %**	**88 %**

* Nom fictif
** Rapport entre le reste à charge et les ressources courantes de la personne.

Proposition 133 : Mettre en extinction progressive l'APA au profit de la nouvelle « prestation autonomie »

La fusion des sections soins et dépendance en EHPAD (cf. proposition n° 125) entraînerait la disparition de l'APA en établissement. Concernant les personnes prises en charge à domicile, la nouvelle prestation modifiant plusieurs paramètres de l'actuelle APA, les ménages aujourd'hui à l'APA pourraient en conserver le bénéfice si celle-ci leur est plus favorable. L'APA entrerait ainsi en extinction progressive, et serait remplacée par la nouvelle prestation autonomie.

Objectif : Recentrer les dispositifs d'exonération de cotisations sociales ou de crédit d'impôt sur les publics fragiles.

Il est enfin proposé de prioriser les publics les plus fragiles dans les dépenses fiscales existantes, en assumant une priorité donnée aux personnes âgées fragiles.

Proposition 134 : Décaler progressivement à 75 ans l'âge ouvrant droit à exonération de cotisations patronales pour l'emploi à domicile

Suivant les recommandations de la Cour des comptes et du rapport Pinville-Poletti[21], il est proposé de décaler l'âge ouvrant droit à l'exonération totale de cotisations patronales pour l'emploi à domicile fixé aujourd'hui à 70 ans, les bénéficiaires de l'APA tout comme ceux de la nouvelle prestation restant de toute façon exonérés quel que soit leur âge. Schématiquement, le report progressif de cinq ans de cette limite permet de financer un report équivalent de la limite d'âge entre la PCH et l'APA, ces deux mesures étant la conséquence de l'allongement de l'espérance de vie survenue depuis leur instauration.

Proposition 135 : Recentrer le crédit d'impôt sur les services à la personne sur les besoins sociaux en différenciant les plafonds de dépense

Dans son étude d'octobre 2018[22] le LIEPP Sciences-Po souligne à la fois la faiblesse du nombre d'emploi créés ou désormais déclarés suite aux augmentations successives du plafond de la réduction puis du crédit d'impôt, ses effets anti-redistributifs et la faible prise en charge des besoins sociaux qu'il permet. Il est proposé un recentrage du crédit d'impôt sur les services qui répondent à des besoins sociaux - garde d'enfants et aides aux publics fragiles – au détriment des autres services, dits de « confort ». Cela peut être mis en œuvre en différenciant sur la base de critères d'âge, les plafonds de dépenses retenues en distinguant des plafonds plus élevés pour les ménages ayant des enfants en bas âge, des personnes âgées ou handicapés.

ASSURER UNE CONTINUITÉ DE PRISE EN CHARGE POUR CHACUN ET METTRE UN TERME AUX RÉPONSES EN SILOS

Les réponses apportées à la personne âgée doivent être mieux coordonnées, dans une logique de parcours. Le cœur de la logique « parcours » réside dans la simplification et l'amélioration de la lisibilité et de l'accessibilité de la prise en charge pour les personnes âgées et leur entourage, afin de permettre l'amélioration des services et des organisations (horaires, durée de réponse, personnalisation des réponses, continuité et coordination entre les acteurs, sécurisation et respect des données personnelles).

C'est un véritable changement de paradigme de la prise en charge qui doit être engagé, en mobilisant l'ensemble des acteurs, en renforçant les instances de coordination partenariales, en créant les instruments d'un déploiement massif, au niveau national, de la logique « parcours ». Dans cette réorientation, l'hôpital est un acteur majeur qui doit se « gériatriser » et adapter son organisation et ses modes d'intervention aux spécificités de la personne âgée.

Ce chantier central dans l'amélioration du service rendu à la personne et dans la prévention de la perte d'autonomie peut également générer d'importantes économies.

21. Sources : Cour des comptes, juillet 2014, « Le développement des services à la personne et le maintien à domicile des personnes âgées et dépendantes » et rapport n° 2437 déposé à l'Assemblée nationale par Mmes Pinville et Poletti relatif à l'évaluation des services à la personne, décembre 2014

22. LIEPP Sciences Po, Étude sur les politiques d'exemptions fiscales et sociales pour les SAP, octobre 2018

22. Nom fictif

* Rapport entre le reste à charge et les ressources courantes de la personne.

Mettre un terme aux réponses en silos : liste des propositions

Éviter toute rupture de parcours pour les personnes âgées et engager l'ensemble des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux dans un décloisonnement de leurs interventions

- Définir par la voie législative un droit commun au parcours de santé et d'autonomie pour les personnes âgées
- Généraliser des plans personnalisés de santé (PPS) à compter de 2020
- Garantir et rendre obligatoires des systèmes d'information partagés, collaboratifs et évolutifs entre les informations médico-sociales, sanitaires ou sociales, accessibles en mobilité pour tous les parcours
- Mettre en place un dispositif de soutien à la logique de parcours
- Faire évoluer l'organisation interne des ARS pour une meilleure prise en compte des logiques de parcours

Prévenir les hospitalisations et les passages aux urgences évitables

- Contribuer au soutien à domicile dans le cadre de l'organisation territoriale des soins de proximité grâce à la mobilité des équipes hospitalières expertes et par le développement du numérique
- Tendre vers le « zéro passage aux urgences évitable » des personnes âgées en organisant l'admission directe des personnes âgées dans le service hospitalier

Organiser le séjour de la personne âgée en établissement de santé de manière à éviter les ruptures de parcours

- Limiter l'attente des personnes âgées aux urgences
- Favoriser les admissions directes en soins de suite et de réadaptation (SSR) polyvalents ou gériatriques des personnes âgées venant du domicile, des EHPAD ou des services des urgences
- Affirmer et organiser une responsabilité territoriale des hôpitaux de proximité labellisés à l'égard de la personne âgée
- Renforcer le recours à l'expertise gériatrique dans les services de spécialité et renforcer l'offre de gériatrie
- Anticiper, préparer et organiser la sortie d'hospitalisation afin de limiter les réadmissions évitables des personnes âgées
- Expérimenter le financement par l'APA d'1 à 2h hebdomadaires de présence au chevet en cas d'hospitalisation dans une logique de continuité de services et pour faciliter le retour à domicile

Promouvoir un établissement de santé bienveillant pour la personne âgée

- Renforcer la culture de la bienveillance à l'égard des personnes âgées au sein des établissements de santé
- Mieux évaluer la qualité des prises en charge des personnes âgées en établissements de santé

Objectif : Éviter toute rupture de parcours pour les personnes âgées et engager l'ensemble des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux dans un décloisonnement de leurs interventions

La logique « parcours » est une démarche de nature populationnelle et territorialisée qui concerne à la fois les professionnels de santé, du social et du médico-social, et les usagers. La notion de droit commun au parcours permet de favoriser et de rééquilibrer la coordination et de co-responsabiliser l'ensemble des acteurs dans un but d'efficience.

Le droit au parcours nécessite une pratique collaborative interdisciplinaire et interprofessionnelle qui renvoie autant à une connaissance des pratiques professionnelles de chacun qu'à des actions concertées et orientées dans un même but. Ces pratiques nécessitent de disposer d'outils (par exemple les systèmes d'information cibles ou encore le document du plan personnalisé de santé, outil de la Haute autorité de santé qui fait la liaison entre les différents acteurs de la prise en charge) et de procédures de liaison obligatoires entre acteurs (par exemple le dossier de liaison d'urgence, le dossier médical

partagé). Ces nouvelles pratiques impliquent la mise en place de formations sur les démarches « parcours », destinées aux intervenants sur les territoires. Ces formations auraient notamment pour objet de définir, dans un cadre pluriprofessionnel, les besoins non couverts de la personne dans son environnement, risquant de précipiter la perte d'autonomie ou de provoquer des hospitalisations, et de développer un langage commun essentiel à tout décloisonnement.

La pratique collaborative « parcours » renvoie à la nécessité de disposer de structures communes ou interprofessionnelles, visibles, lisibles et en nombre restreint pour les patients et les professionnels sur la base d'un maillage territorial cohérent entre les secteurs sanitaires et sociaux. Ces structures actuelles ou à venir doivent être impérativement co-construites de manière équilibrée entre les tutelles des champs sanitaires, sociaux et médico-sociaux et leurs partenaires. Elles permettent une meilleure identification des missions « parcours », des acteurs de ces missions, et l'organisation des réponses concrètes et efficaces pour les usagers et les professionnels.

Proposition 136 : Définir par la voie législative un droit commun au parcours de santé et d'autonomie pour les personnes âgées

Ce droit vise à compléter et à enrichir les politiques plus spécifiques de nature sanitaire, médico-sociale et sociale par la simplification des aides et des services. Il vise à accroître et à améliorer la réactivité des acteurs et des institutions et à apporter des réponses coordonnées. Il doit permettre la création de « portes d'entrée uniques et simplifiées » pour les professionnels et les usagers. Ce droit au parcours revêt un caractère fondamental au regard notamment de l'évolutivité de la situation individuelle des personnes âgées, imprévisible et qui provoque des ruptures de prise en charge ou environnementales brutales. Le droit au parcours appelle la création de réponses plus globales et coordonnées entre les différents secteurs, gages d'une meilleure pertinence et efficience du système.

Proposition 137 : Généraliser des plans personnalisés de santé (PPS) à compter de 2020

Le plan personnalisé de santé (PPS), élaboré dans le cadre de l'expérimentation PAERPA, est un plan d'action partagé concernant les personnes âgées dont la situation sanitaire et sociale rend utile un travail formalisé entre acteurs de proximité.

L'outil PPS élaboré par la HAS sert de support à la coordination des professionnels au plus près de la personne âgée afin de favoriser la prise en charge en équipe pluri professionnelle. Il reconnaît le rôle pivot du médecin traitant mais devrait permettre d'associer l'ensemble des professionnels de santé et sociaux, sans exclusive.

Le PPS constitue une réponse efficace, améliorant la pertinence des réponses apportées aux personnes. Il constitue un enrichissement de la prise en charge, permet une vigilance accrue des professionnels et une plus grande complémentarité de leurs interventions. Il permet, tout en étant initié par le médecin traitant, de valoriser la fonction d'infirmier.

Dans ce nouveau cadre de coordination clinique de proximité, le PPS pourra ouvrir l'accès à de nouvelles prestations « solvabilisées », y compris par les professionnels non-nomenclaturés (par exemple les ergothérapeutes ou les psychologues). Il sera conditionné à la montée en charge dans les territoires de structurations « parcours » du système sanitaire et social (CPTS, dispositifs d'appui notamment). Il serait ouvert à l'ensemble des professionnels. Il devra être financé dans un cadre de droit commun, sur le risque. Le PPS serait élargi aux 65 ans et plus pour permettre de mieux anticiper certains risques, comme la dépression, qui démarrent bien avant 75 ans. Le PPS pourrait être un moyen de favoriser les actions de prévention déjà disponibles en ville, en centre de santé, en CARSAT, ou en médecine du travail.

Proposition 138 : Garantir et rendre obligatoires des systèmes d'information partagés, collaboratifs et évolutifs entre les informations médico-sociales, sanitaires ou sociales, accessibles en mobilité pour tous les parcours

La convergence des systèmes d'information doit permettre l'échange et le partage des informations nécessaires à la prise en charge des personnes âgées tout au long de leur parcours de santé, quelles que soient les types de structures, d'organisations, de processus et de professionnels concernés.

Il est nécessaire de généraliser et de rendre obligatoire la mise en œuvre et l'usage des services numériques de coordination en se basant sur les outils nationaux et locaux ayant fait leurs preuves (dossier médical partagé, messageries sécurisées de santé, etc.), dans le cadre d'organisations structurées disposant notamment de compétences

Extrait de la synthèse des travaux de l'atelier n° 10 « L'hôpital et la personne âgée »:

« L'hôpital du futur idéal pour la personne âgée ? C'est l'hôpital où elle ne va pas.
Si elle y va, c'est l'hôpital où elle ne reste pas.
Si elle y reste, c'est l'hôpital qui sait prendre en compte ses besoins les plus spécifiques. »

de maîtrise d'ouvrage des SI. Un plan de soutien financier des gestionnaires du secteur social et médico-social non encore équipés en systèmes d'information devra être lancé, en partenariat avec l'ANAP. Une attention particulière sera portée à la simplification et la gestion des données issues des SI métiers incorporant des éléments de pilotage (SI décisionnel). Les conférences départementales du grand âge (cf. proposition n° 168) seront chargées du déploiement de cette stratégie dans un objectif de fluidité des parcours.

Proposition 139 : Mettre en place un dispositif de soutien à la logique de parcours

Il est proposé de mettre en place un dispositif d'appui au déploiement d'une logique de parcours, portant sur la formation des professionnels, l'appui méthodologique de l'ANAP et des incitations financières :

- En termes de formation, en développant la pluri-professionnalité dans les formations des acteurs de la santé et du social. La généralisation de la démarche de parcours conduit à insérer un module sur les dynamiques parcours dans le cadre de formation professionnelle initiale ou continue ;
- En termes d'appui, en diffusant, avec le concours de l'ANAP et à grande échelle, des outils, méthodes, solutions organisationnelles et enseignements tirés des projets nationaux (Paerpa, TSN et santé mentale, etc.), et en accompagnant, au niveau territorial, des collectifs de professionnels et de responsables des dispositifs d'appui à la coordination dans le déploiement de la démarche de parcours ;
- En termes d'incitations financières, les modes de financement actuels ne permettent ni de discriminer la qualité offerte ni de valoriser une coordination efficace entre les acteurs. Une évolution des modalités de financement doit être engagée dans l'ensemble des secteurs, ville, hôpital et social, afin de favoriser le décloisonnement et d'apporter une réponse coordonnée des professionnels de santé. Il apparaît à cet égard nécessaire de poursuivre les expérimentations issues de l'article 51 de la LFSS pour 2018. La mise en œuvre de bonus/malus valorisant la performance des coordinations doit également être envisagée, notamment sur des indicateurs significatifs de la bonne prise en charge parcours, comme le taux de ré-hospitalisation ou le taux d'admission à l'hôpital sans passage par les urgences (cf. proposition n° 150).

Proposition 140 : Faire évoluer l'organisation interne des ARS pour une meilleure prise en compte des logiques de parcours

Il est proposé de renforcer la prise en compte des logiques de parcours dans l'organisation interne des ARS en décloisonnant la régulation de l'offre de soins et la régulation de l'offre médico-sociale au sein des agences. La nomination et la formation de chefs de projet « parcours des personnes âgées » au sein de chaque ARS doit être prévue. En parallèle, le renforcement des partenariats de proximité nécessite de mobiliser fortement l'échelon départemental des ARS et de le revaloriser. Il sera proposé de mettre en œuvre des indicateurs parcours dans les CPOM entre ARS et État. En marge de ces évolutions, le maintien des moyens suffisants en matière d'inspection et de contrôle au sein des ARS paraît nécessaire.

Objectif : Prévenir les hospitalisations et les passages aux urgences évitables

Au cœur de la logique « parcours » se situe le souci d'éviter l'hospitalisation de la personne âgée. Dans ce sens, l'hôpital doit contribuer au soutien de la vie à domicile en limitant les hospitalisations et les passages par les urgences évitables. L'objectif de « zéro passage aux urgences évitable » doit être affirmé fortement. Pour l'atteindre, les équipes hospitalières doivent se projeter à l'extérieur de l'hôpital pour aller vers la personne à son domicile.

Cette logique suppose une adaptation en fonction des territoires. Organisation et densité médicale ou

paramédicale de premiers recours de proximité, hospitalisation à domicile (HAD), offre sociale et médico-sociale ont un impact sur le recours à l'hôpital et, par conséquent, leur construction et structuration jouent un rôle majeur auquel l'hôpital doit contribuer.

La logique à faire prédominer est celle de la prévention : prévention des hospitalisations et des passages aux urgences évitables dont la responsabilité relève en première intention des professionnels et dispositifs de soins primaires. Cette prévention doit être co-construite avec l'hôpital.

Proposition 141 : Contribuer au soutien à domicile dans le cadre de l'organisation territoriale des soins de proximité grâce à la mobilité des équipes hospitalières expertes et par le développement du numérique

Trois leviers sont susceptibles d'être mobilisés dans le cadre d'un maillage territorial et dans une logique d'interface, de transversalité et de subsidiarité par rapport aux autres acteurs du domicile :

- Développer vers les lieux de vie des personnes âgées les interventions des équipes mobiles de gériatrie (apport de l'expertise hospitalière en gériatrie), des équipes mobiles de gérontopsychiatrie (équipes associant psychiatrie et gériatrie) et des équipes mobiles de rééducation en généralisant les bonnes pratiques, aujourd'hui à l'échelle expérimentale ;
- Généraliser et rendre lisibles les permanences téléphoniques ou numériques gériatriques et développer les outils numériques (messageries sécurisées, télémédecine et télé-expertises) au sein de l'établissement de santé ;
- Permettre au système de santé de capitaliser sur l'expertise médicale, soignante et organisationnelle de la HAD, au bénéfice des personnes âgées en intégrant l'HAD dans les filières gériatriques et les projets médicaux de territoire.

Proposition 142 : Tendre vers le « zéro passage aux urgences évitable » des personnes âgées en organisant l'admission directe des personnes âgées dans les services hospitaliers

Il est proposé :

- D'organiser dans l'ensemble des établissements de santé une filière d'admissions directes des personnes âgées polypathologiques dans les services hospitaliers (particulièrement en gériatrie, médecine interne, médecine post-urgence, SSR) permettant de limiter leurs passages aux urgences ;
- D'outiller les personnels des SAMU dans le repérage des urgences psycho-sociales des personnes âgées à domicile et l'orientation vers les dispositifs pertinents des champs sanitaire, social et médico-social et les dispositifs d'appui à la coordination. Les pompiers et les ambulanciers régulés par le SAMU doivent être impliqués dans l'identification des signaux d'alerte et dans l'orientation vers les dispositifs adéquats ;
- De former les EHPAD à un recours optimal au SAMU et services des urgences en créant des liens et des interactions avec la filière gériatrique hospitalière, sur le modèle du projet ASSURE lancé dans les Hauts-de-France.

Objectif : Organiser le séjour de la personne âgée en établissement de santé de manière à éviter les ruptures de parcours

La personne âgée, lorsqu'elle est hospitalisée, doit être prise en charge le juste temps nécessaire avec les compétences appropriées. Sa sortie d'hospitalisation doit être préparée. La fluidification du parcours du séjour hospitalier requiert de limiter au strict nécessaire le temps d'hospitalisation, mais en y réalisant l'indispensable.

Cette fluidification repose sur :

- La limitation du temps de passage aux urgences impliquant une orientation appropriée et l'accès à des compétences adéquates ;
- L'accès direct à des prises en charge en soins de suite et de réadaptation (SSR) visant à restaurer l'autonomie des personnes âgées de manière précoce, à partir des urgences ou des lieux de vie de la personne âgée ;

- Une responsabilité populationnelle des hôpitaux de proximité vis-à-vis des personnes âgées de leur territoire au travers d'une palette de services et d'un rôle d'orientation dans le système de soins hospitalier entre les soins primaires et les soins de recours hospitalier ;
- Une prise en charge pluridisciplinaire et pluri-professionnelle des personnes âgées présentant des risques de perte d'autonomie impliquant le recours dans les services de spécialité à l'expertise gériatrique et à des professionnels compétents dans le domaine de l'autonomie ;
- L'anticipation et la préparation de la sortie des personnes âgées (incluant le soin à domicile) et la prise en compte de l'environnement (isolement social, aidants, les conditions de logement, les conditions financières, etc.), en y associant les personnes elles-mêmes et leur entourage, notamment lorsque cette sortie relève de situations complexes. L'hôpital est un acteur des dispositifs de coordination.

Proposition 143 : Limiter l'attente des personnes âgées aux urgences

La limitation au strict nécessaire du temps passé aux urgences et la prévention des passages réitérés nécessitent d'activer deux leviers :

- Il est proposé, dans les établissements de santé disposant d'une structure d'urgence, de systématiser une organisation centralisée de gestion des lits en interne et intégrée à une organisation territoriale afin d'accélérer les sorties des services d'urgence ;
- Il est également proposé de développer au sein des services des urgences une réponse adaptée à la prise en charge des personnes âgées (repérage, évaluation précoce, circuit adapté, intervention de l'équipe mobile de gériatrie ou intervention d'un gériatre).

Proposition 144 : Favoriser les admissions directes en soins de suite et de réadaptation (SSR) polyvalents ou gériatriques des personnes âgées venant du domicile, des EHPAD ou des services des urgences

Compte tenu des missions des SSR et de leurs compétences en prévention de la perte d'autonomie, ces admissions directes réduiraient le risque de dépendance iatrogène et permettrait de mieux préparer le retour dans le milieu de vie du patient.

À cet effet il est proposé de confier aux ARS le repérage des établissements SSR en capacité d'assurer des accueils non programmés de personnes âgées sur les territoires. Pour les patients dont le bilan a déjà été effectué mais susceptibles de nécessiter des explorations complémentaires ou avis spécialisés dans le cadre d'une prise en charge pluridisciplinaire, il est proposé de prioriser les établissements SSR implantés dans des établissements mixtes court séjour/SSR. En parallèle, il paraît nécessaire de préciser les critères d'orientation pour un accueil direct non programmé en SSR, les situations cliniques éligibles, ainsi que les conditions d'accueil en situation non programmée.

Proposition 145 : Affirmer et organiser une responsabilité territoriale des hôpitaux de proximité labellisés à l'égard de la personne âgée

Il est proposé d'inscrire dans les travaux sur les hôpitaux de proximité une responsabilité vis-à-vis de la population âgée de leur territoire grâce à une palette de services. Les hôpitaux de proximité ont vocation à porter une palette de services au bénéfice des personnes âgées de leur territoire. Il convient de les préciser dans le cadre des missions socles et optionnelles des hôpitaux de proximité, en coordination avec les travaux de la stratégie de transformation du système de santé (STSS) sur cette mesure.

La garantie de l'opérationnalité de cette palette de services repose sur :

- L'intégration dans la communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) avec laquelle l'hôpital de proximité assure cette responsabilité populationnelle en termes d'accès aux soins,
- Une collaboration renforcée avec les services et établissements de sociaux et médico-sociaux,
- Une gradation des soins somatiques qui organise, d'une part, au sein de ces hôpitaux, l'accès des patients à un plateau technique minimal ainsi qu'à des compétences de spécialité gériatrique et d'autres spécialités, d'autre part le recours à des prises en charge en soins spécialisés et à des plateaux techniques de recours et de référence. La télémédecine est un outil indispensable de ces organisations.

Extrait de la synthèse des travaux de l'atelier n° 10 « L'hôpital et la personne âgée »:

« Institution valorisant le court séjour, la technicité et l'efficacité dans l'urgence, l'hôpital doit assumer sa dimension gériatrique, imposée par l'évolution démographique, et s'organiser en ce sens. Institution de l'hospitalité par excellence, l'hôpital doit se mobiliser pour éviter les séjours des personnes âgées ou les réduire au strict minimum. L'hôpital accueillant à la personne âgée est celui qui aura surmonté ces paradoxes. »

Proposition 146 : Renforcer le recours à l'expertise gériatrique dans les services de spécialité et renforcer l'offre de gériatrie

Afin de favoriser l'accès et le recours à des compétences gériatriques dans tous les services des établissements de santé, il est proposé de renforcer cet accès à des compétences adaptées :

- Dans les prises en charge chirurgicales ou conventionnelles, en instaurant un repérage des personnes âgées à risque de perte d'autonomie lors des prises en charge interventionnelles ou chirurgicales, afin de recourir si nécessaire à des interventions des équipes mobiles de gériatrie en consultation pré-anesthésique ;
- Dans les prises en charge associant soins somatiques et psychiatriques, en renforçant et en rendant visibles des organisations associant des compétences en psychiatrie et en gériatrie, notamment pour les personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou de Parkinson ;
- De manière générale, en intégrant des compétences gériatriques (médicales ou paramédicales) et des compétences liées à la prise en compte de l'autonomie des personnes âgées ou en assurant leur accès dans les services de spécialité, et en rappelant l'importance du rôle des assistants sociaux dans les relations avec l'environnement de la personne ;
- En reconnaissant comme prioritaire sur les territoires la création ou le renforcement d'unités d'expertise ou de court séjour psychiatrique (UCSG), là où elles sont insuffisantes.

Proposition 147 : Anticiper, préparer et organiser la sortie d'hospitalisation afin de limiter les réadmissions évitables des personnes âgées

Avant de faire sortir une personne âgée, le suivi médical et les services sociaux nécessaires à son maintien à domicile doivent être organisés. C'est pourquoi il convient :

- De rappeler l'importance de l'anticipation et de l'organisation des sorties complexes à domicile (alliant complexité médicale, sociale et environnementale) pour les personnes âgées, et de capitaliser sur les nombreux dispositifs expérimentaux lancés en la matière ;
- De mettre en place des échanges entre les professionnels de santé de l'hôpital, de ville et des services médico-sociaux pour analyse des réadmissions à 7 jours et à 30 jours
- De diversifier les transitions avant le retour à domicile des personnes âgées en fonction de leurs besoins de soins et d'aide, en protocolisant le recours à l'hébergement temporaire en EHPAD, et en repensant la prise en charge temporaire en hôpital de proximité après une hospitalisation en établissement de recours ou de référence avant son retour à domicile.

Proposition 148 : Expérimenter le financement par l'APA d'1 à 2h hebdomadaires de présence au chevet en cas d'hospitalisation dans une logique de continuité de services et pour faciliter le retour à domicile

En cas d'hospitalisation, le plan d'APA est suspendu. Pour autant, la personne âgée a souvent noué des liens avec la ou les personnes intervenant à son domicile. Il est proposé, à titre expérimental, de financer 1h à 2h hebdomadaires de présence au chevet de la personne en cas d'hospitalisation pour maintenir un lien et préparer efficacement le retour à domicile. Une évaluation, comparant les territoires expérimentaux à des territoires témoins et précisant notamment les effets sur la réhospitalisation et la durée de séjour devra être menée parallèlement.

Objectif : Promouvoir un établissement de santé bienveillant pour la personne âgée

L'hôpital tout entier est concerné par la qualité des soins et du prendre soin des personnes âgées. La personne âgée de plus de 75 ans en hospitalisation est et sera de plus en plus son principal public. La qualité du service rendu par l'établissement de santé aux personnes âgées et la préservation de leur autonomie est donc primordiale. Or, aujourd'hui l'hôpital crée de la perte d'autonomie qui peut être évitable. Par ailleurs, les troubles psycho-comportementaux donnent lieu à de mauvaises pratiques faute de connaissances et de savoir-faire suffisants.

Proposition 149 : Renforcer la culture de la bienveillance à l'égard des personnes âgées au sein des établissements de santé

Une culture de la bienveillance doit notamment être développée vis-à-vis des troubles psycho-comportementaux et d'agitations face auxquels les professionnels des établissements peuvent se sentir démunis et adopter par conséquent des pratiques inadaptées. Il est ainsi proposé :

- De sensibiliser et former les professionnels des établissements de santé sur la souffrance psychique et les troubles psycho-comportementaux des personnes âgées (prévention, conduites et prises en charge) ;
- D'inciter à la réalisation d'analyses de pratiques dans le but de réduire le recours à la contention des personnes âgées au sein des établissements de santé et de rendre obligatoire à terme un plan d'action en la matière dans chaque établissement.

Proposition 150 : Mieux évaluer la qualité des prises en charge des personnes âgées en établissements de santé

Il est proposé :

- De prévoir la mise en place d'un bonus/malus financier associé au taux de réhospitalisation à 30 jours ;
- De prévoir la mise en place d'un bonus/malus financier associé à un indicateur fiabilisé de suivi des passages aux urgences des personnes âgées ;
- De faire évoluer la certification des établissements de santé afin d'évaluer la gestion des risques de dépendance liée à l'hospitalisation des personnes âgées, d'une part par l'évaluation durant le séjour de l'autonomie du patient dans ses activités quotidiennes à l'entrée et à la sortie, d'autre part par l'analyse par les équipes du taux de ré-hospitalisation des personnes âgées à 30 jours ;
- D'analyser spécifiquement les résultats des indicateurs de qualité et sécurité des soins pour la population âgée dès que cela est possible (suivi de la satisfaction des patients, transmission de la lettre de liaison à l'intention du médecin assurant le suivi de la personne âgée).

UN RISQUE NATIONAL À PART ENTIÈRE AVEC UN PARTENARIAT TERRITORIAL RENOUVELÉ

Ces propositions doivent être mises en œuvre dans un cadre rénové de gouvernance financière et de pilotage de la politique publique du grand âge. Ce renouvellement doit avoir pour seule et unique finalité l'amélioration du service rendu à la personne. Il doit s'inscrire dans des choix clairs de priorisation de la dépense publique.

Les mesures proposées appellent un effort financier de la nation en faveur des personnes âgées en perte d'autonomie, à la fois pour faire face aux évolutions démographiques à venir, mais également pour financer les mesures nouvelles nécessaires. Cet effort doit faire l'objet d'un débat parlementaire annuel, reconnaissant ainsi la perte d'autonomie de la personne âgée comme un risque de protection sociale à part entière. Cette reconnaissance est aujourd'hui fondamentale, non seulement sur un plan symbolique, mais également dans la perspective d'un pilotage financier renforcé et d'un débat démocratique approfondi.

Le pilotage de ce nouveau risque doit pouvoir s'appuyer sur des remontées fiabilisées de données, des traitements autant que possible automatisés et des études statistiques régulièrement actualisées. Il doit également pouvoir capitaliser sur des travaux de recherche, dans l'ensemble des disciplines, susceptibles d'éclairer les choix publics.

Il est assumé, à l'issue de la concertation, de proposer un financement public des dépenses de demain. Le scénario de financement proposé exclut toute hausse des prélèvements obligatoires, à l'exclusion d'une hausse ciblée des droits de mutation affectée à la perte d'autonomie des personnes âgées si elle était décidée par ailleurs. Le financement peut être assuré par l'utilisation des ressources existantes dès lors que s'éteint la dette sociale aujourd'hui portée par la Caisse d'amortissement de la dette sociale, c'est-à-dire courant 2024. D'ici 2024, le financement serait assuré par l'affectation d'excédents de la sécurité sociale, une fois ceux-ci reconstitués, par une priorisation de l'évolution des dépenses relatives à la perte d'autonomie des personnes âgées au sein des dépenses sociales et par la mobilisation du Fonds de réserve des retraites. Le financement privé, notamment par la généralisation d'une assurance dépendance obligatoire, ne constitue pas une solution privilégiée. En revanche, la mobilisation de l'épargne existante, la maturation du marché de l'assurance dépendance et la modernisation des instruments viagers doivent être soutenus, en complément des financements publics.

Enfin, la concertation débouche sur le constat unanime d'une nécessaire évolution des modalités de gouvernance et de pilotage de la politique du grand âge, dans le sens d'un plus grand partenariat, d'une clarification des responsabilités de chaque acteur, d'une simplification du pilotage et d'une réduction des hétérogénéités de traitement. Il est proposé de renforcer de façon ambitieuse le partenariat sur les territoires, en intégrant l'ensemble des dimensions de la politique du grand âge, y compris l'aménagement du cadre de vie de la personne âgée. Trois scenarii de pilotage de l'offre médico-sociale sont proposés : un scénario de contractualisation d'une part, reflétant un point d'équilibre entre les différents acteurs, et deux scenarii d'unification du pilotage de l'offre, qui représentent des solutions de rupture.

RECONNAÎTRE LA PERTE D'AUTONOMIE COMME UN RISQUE DE PROTECTION SOCIALE À PART ENTIÈRE

Si la notion de « cinquième risque » est largement présente dans le débat public, elle reste protéiforme. Il est par conséquent nécessaire de s'entendre sur la définition d'un risque de protection sociale. D'un risque de protection sociale on est en droit d'attendre :

- L'homogénéité sur le territoire national des modalités d'information sur les droits, d'orientation et d'aide aux démarches en proximité de la personne ;
- Des prestations publiques précisément définies au niveau national, couvrant très largement le risque avéré, et servies de manière uniforme sur le territoire national ;
- L'équité de traitement des bénéficiaires sur tout le territoire ;
- La solidarité financière publique entre les personnes couvertes ;
- La transparence et la régularité du processus de décision concernant le risque.

Un risque national à part entière : liste des propositions

Reconnaître la perte d'autonomie comme un risque de protection sociale à part entière

- Intégrer le risque perte d'autonomie de la personne âgée dans le champ des lois de financement de la sécurité sociale.

Faciliter les remontées d'informations et les traitements statistiques ainsi que l'observation économique pour mieux piloter le risque de protection sociale de perte d'autonomie des personnes âgées

- Poursuivre les améliorations apportées au compte de la dépendance et l'actualiser plus régulièrement, notamment après des modifications législatives
- Intégrer systématiquement les identifiants nationaux des personnes et des structures dans les systèmes d'information pour faciliter les échanges et les études d'appariement.
- Créer un fichier national des bénéficiaires de l'APA (ou de la nouvelle « prestation autonomie ») hébergé par la CNSA et qui faciliterait les appariements avec le SNIIR-AM
- Améliorer les remontées d'informations statistiques existantes
- Adapter les enquêtes statistiques au vieillissement de la population pour rendre compte de la situation des personnes les plus âgées.
- Créer un observatoire économique de la prise en charge des personnes âgées, rattachée à la DREES

Accélérer et encourager les travaux de recherche liés au vieillissement afin d'éclairer la prise de décision dans le champ du grand âge

- Conduire une politique volontariste pour inciter à la recherche fondamentale et à la recherche clinique sur le vieillissement
- Encourager les recherches en sciences humaines et sociales pour mieux comprendre et appréhender le vieillissement, la vieillesse et la fin de vie en tant que phénomène social, et favoriser la logique d'interdisciplinarité

Affecter des ressources publiques au financement de la perte d'autonomie de la personne âgée, sans hausse de prélèvement obligatoire

- Créer à partir de 2024 un nouveau prélèvement social dédié en utilisant l'assiette de la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS)
- Confier au Fonds de réserve des retraites le placement des excédents de rendement du nouveau prélèvement social finançant la perte d'autonomie des personnes âgées
- Financer les dépenses de 2020 à 2024, en recourant à :
  - L'affectation d'excédents du régime général de la sécurité sociale sous la forme d'affectation à la CNSA d'une quote-part de la CSG. En particulier, une fraction du produit de la sous-indexation des pensions prévue pour 2020 pourrait être affectée aux mesures d'urgence proposées pour le secteur ;
  - La priorisation dans l'arbitrage annuel de l'ONDAM de l'enveloppe de l'objectif général de dépenses personnes âgées ;
  - Un décaissement du Fonds de réserve des retraites (FRR).

En complément du financement public du nouveau risque de protection sociale, favoriser la mobilisation des patrimoines financiers et immobiliers

- Ne pas mettre en place une assurance privée obligatoire
- Favoriser le développement de produits d'assurance privée facultative en mettant en place un cadre clair et homogène pour ces contrats afin de sécuriser les souscripteurs et de favoriser leur développement
- Développer les instruments de mobilisation des patrimoines, en particulier les sorties en rentes viagères des produits d'épargne, les solutions mutualisées de viager et le prêt viager hypothécaire

Repositionner le Conseil départemental en proximité de la personne âgée et renforcer la conduite partenariale de la politique du grand âge au niveau départemental •••

• • •

- Conforter le rôle d'animation territoriale du Conseil départemental en matière d'adaptation du cadre de vie de la personne âgée en perte d'autonomie
- Instaurer un co-pilotage des Maisons des aînés et des aidants entre ARS et Conseils départementaux
- Créer des conférences départementales du grand âge intégrant les conférences des financeurs et les CDCA, et dotées de missions élargies
- Expérimenter dans un nombre resserré de départements un pilotage unique des évaluations médico-sociales par les Conseils départementaux

Trois scenarii de pilotage de l'offre médico-sociale sont proposés

- Scénario n° 1 : Pilotage unifié avec possibilité de délégation de compétences
- Scénario n° 2 : L'ARS devient le pilote unique de l'ensemble de l'offre médico-sociale pour les personnes âgées, à domicile comme en établissement et le Conseil départemental est le pilote de la stratégie départementale et l'interlocuteur de proximité de la personne
- Scénario n° 3 : Le Conseil départemental devient l'interlocuteur de gestion unique pour l'ensemble de l'offre médico-sociale pour les personnes âgées, à domicile comme en établissement, et l'ARS est recentrée sur ses missions de contrôle

Renforcer les compétences de la CNSA, notamment en matière de pilotage financier et de garanties d'équité entre les territoires

- Conforter les missions de caisse de la CNSA, en lien avec la création d'un nouveau risque de protection sociale intégré dans le PLFSS
- Faire de la CNSA un garant de l'équité territoriale à travers la publication de données départementales de qualité de service à l'usager
- Confier à la CNSA une mission d'animation et d'outillage du réseau des Maisons des aînés et des aidants
- Renforcer les compétences et les moyens de la CNSA dédiés au repérage des innovations organisationnelles et à leur diffusion auprès des acteurs
- Confier à la CNSA le pilotage d'un chantier de rapprochement des systèmes d'information dans le secteur

Évaluer la réforme, notamment sur les aspects de gouvernance et de pilotage

- Prévoir une évaluation de la réforme dans un horizon de trois ans, comportant notamment une évaluation du système et des outils de gouvernance et de pilotage

La perte d'autonomie des personnes âgées est un risque et d'ores et déjà pour partie un risque de protection sociale dans le sens où il est largement pris en charge par la solidarité nationale. Les propositions du présent rapport renforcent cet aspect. Il est proposé de faire de la perte d'autonomie de la personne âgée un risque de protection sociale à part entière en l'inscrivant dans le champ des lois de financement de la sécurité sociale.

Nombre de propositions figurant plus haut dans le présent rapport permettent de reconnaître le risque de perte d'autonomie des personnes âgées comme un risque de protection sociale à part entière :

- La généralisation d'une offre de service homogène au niveau national en matière d'information, d'orientation, d'aide aux démarches administratives et de gestion de cas complexe au sein d'un guichet unique, à travers la mise en place des « Maisons des aînés et des aidants » (cf. proposition n° 117). Ce front office harmonisé au niveau national serait associé au déploiement d'un dispositif lisible et unifié d'accompagnement des parcours sur tous les territoires ;
- Une intervention renforcée de la solidarité nationale avec une bascule du financement des EHPAD vers l'assurance maladie via la fusion des sections tarifaires « soin » et « dépendance » (cf. proposition n° 125), et la socialisation du risque long à travers la création d'un bouclier dépendance intégralement pris en charge par la

solidarité nationale (cf. proposition n° 126). Surtout, le principe de proportionnalité des concours CNSA aux dépenses des Conseils départementaux matérialise fortement une socialisation du risque partagée entre le niveau national et le niveau départemental ;

- La rénovation des prestations pour les rendre plus simples, efficaces et plus justes, notamment avec une tarification nationale de référence pour les SAAD (cf. proposition n° 38), la création d'une nouvelle « prestation autonomie » à domicile en trois volets (cf. proposition n° 121), l'harmonisation des évaluations de la perte d'autonomie des personnes âgées et le renforcement de leur opposabilité (cf. proposition n° 122), la création d'une nouvelle prestation finançant l'hébergement en établissement, universelle et dégressive en fonction des ressources (cf. proposition n° 128) ;
- La confirmation d'une couverture des dépenses liées à la perte d'autonomie de la personne âgée par un financement public, le financement privé étant considéré comme facultatif et complémentaire. En affirmant plus fortement le recours à la solidarité nationale, il est ainsi proposé d'affecter au financement de la perte d'autonomie à partir de 2024 un prélèvement dédié assis sur une assiette très large, en complément des ressources existantes et des redéploiements proposés au sein des dépenses sociales (cf. proposition n° 160). Les propositions relatives au financement pour la période avant 2024 font également appel à un financement public (cf. proposition n° 162) ;
- Une gestion demeurant au niveau local mais partagée entre les ARS et Conseils départementaux avec des rôles clarifiés permettant de réduire l'hétérogénéité des prises en charge selon les départements ;
- Un pilotage national resserré reposant sur les principes d'une contractualisation renouvelée et d'un renforcement du rôle, des modes d'intervention et des moyens de la CNSA.

Ces propositions participent donc pleinement à la reconnaissance de la perte d'autonomie de la personne âgée comme un risque de protection sociale à part entière. Afin de compléter cet édifice, il paraît nécessaire qu'un débat public annuel puisse être organisé sur les priorités de la politique publique du grand âge, les objectifs de financement associés et l'évaluation des résultats de cette politique. Ce débat doit être organisé au niveau de la représentation nationale, au même titre que le débat annuel prévu pour les risques de sécurité sociale. Il est donc proposé d'intégrer le risque de perte d'autonomie de la personne âgée dans le champ des lois de financement de la sécurité sociale.

Proposition 151 : Intégrer le risque perte d'autonomie de la personne âgée dans le champ des lois de financement de la sécurité sociale.

L'intégration du risque perte d'autonomie des personnes âgées dans le champ des lois de financement de la sécurité sociale (LFSS) instituera un débat annuel au niveau de la représentation nationale, sur les priorités, les résultats et les transformations nécessaires de la politique du grand âge. Elle apportera une vision annuelle, régulière, intégrée et complète de l'effort public, retraçant l'ensemble des dépenses publiques et donnera lieu à un vote annuel sur un objectif de dépenses sur l'ensemble du périmètre du grand âge. Elle sera un élément fort pour que le débat démocratique annuel au Parlement permette réellement de bâtir « une protection sociale du XXIème siècle ».

Même si le sujet dépasse le cadre de la mission, ce nouveau risque de protection sociale pourrait à terme couvrir l'ensemble du champ de l'autonomie, handicap et grand âge.

Les objectifs affichés en matière de politique de la perte d'autonomie devront être définis en concertation avec la représentation nationale et suivis en annexe à la loi de financement de la sécurité sociale, dans le cadre des programmes de qualité et d'efficience.

Les possibilités juridiques d'intégration du risque de perte d'autonomie au sein des LFSS sont éclairées en annexe n° 11. Si la procédure de modification de la Constitution lancée en 2018 est menée à son terme, l'intégration se fera sans peine, cette modification emportant l'élargissement des LFSS au champ de la protection sociale. Dans le cadre de la rédaction actuelle du texte de la Constitution, une décision du Conseil constitutionnel de 2012 permettrait à la loi organique relative aux LFSS d'étendre le périmètre de ces lois au-delà de la définition étroite de la sécurité sociale qui a prévalu jusqu'ici.

Par ailleurs, le vote au sein des LFSS d'un objectif de dépenses de perte d'autonomie dont

le périmètre inclut les dépenses des conseils départementaux n'apparaît pas incompatible avec la règle constitutionnelle de libre administration des collectivités locales.

S'agissant du pilotage de ce nouveau risque, il n'est pas proposé ici de confier sa gestion à une branche de sécurité sociale, qui impliquerait l'effacement du département et le transfert de la gestion des prestations à un des réseaux existants de caisses locales. Dans des proportions variables en fonction des scenarii de gouvernance locale proposés, le présent rapport confirme la place des Conseils départementaux dans la politique du grand âge. Il propose également de renforcer les compétences de pilotage financier de la CNSA pour les moyens budgétaires alloués aux Conseils départementaux, ainsi que le pilotage de l'équité territoriale, sur la base d'un mécanisme contractuel.

AMÉLIORER LES CONNAISSANCES STATISTIQUES ET ÉCONOMIQUES ET SOUTENIR LA RECHERCHE POUR ÉTAYER LA POLITIQUE DU GRAND ÂGE

La création d'un nouveau risque de protection sociale permettrait de renforcer le débat public sur les priorités de la politique du grand âge et sur les choix financiers nécessaires. Cette réforme qui correspond à une exigence démocratique forte doit être étayée par d'indispensables progrès en matière de connaissance, tant sur le plan statistique qu'économique que de la recherche dans l'ensemble des disciplines.

Objectif : Faciliter les remontées d'informations et les traitements statistiques ainsi que l'observation économique pour mieux piloter le risque de protection sociale de perte d'autonomie des personnes âgées

Le pilotage du risque de protection sociale de perte d'autonomie des personnes âgées emporte d'améliorer la connaissance relative aux personnes âgées accompagnées en favorisant les remontées d'informations statistiques. Le « compte de la dépendance », qui constitue le travail de référence permettant d'obtenir une vision synthétique des dépenses associées à la perte d'autonomie des personnes âgées, peut être enrichi et actualisé à une fréquence plus soutenue. Les remontées de données doivent être améliorées. Il est également proposé de mettre en place de nouvelles possibilités d'appariement entre bases de données, de façon à enrichir les informations disponibles et à automatiser certains traitements, permettant ainsi de réaliser des actualisations plus fréquentes. La connaissance statistique peut progresser par une meilleure identification des populations âgées dans les enquêtes en population générale de la statistique publique. Enfin, il apparaît nécessaire de créer un observatoire économique de la prise en charge des personnes âgées.

Proposition 152 : Poursuivre les améliorations apportées au compte de la dépendance et l'actualiser plus régulièrement, notamment après des modifications législatives

Les travaux menés en 2011 dans le cadre des groupes animés par Bertrand Fragonard et par Jean-Michel Charpin[23] avaient permis d'établir un « compte de la dépendance » et d'estimer les enjeux financiers associés à l'horizon 2040. Ces travaux ont mis en évidence les difficultés et les questions que posaient l'évaluation du compte et la sensibilité des résultats obtenus à moyen-long terme aux hypothèses démographiques et institutionnelles retenues. La DREES a poursuivi ce travail et le dernier compte de la dépendance retrace les dépenses relatives à l'année 2014 et permet d'en avoir une vision synthétique. Mais il n'intègre pas les évolutions apportées par la loi ASV et la transformation de la réduction d'impôt en crédit d'impôt pour les services à domicile.

Il est proposé de :

- Poursuivre les travaux méthodologiques permettant de retracer le surcoût de la perte d'autonomie. En particulier, les surcoûts à l'hôpital (postulés nuls faute d'information) devraient faire l'objet d'une estimation spécifique. À l'image du travail réalisé pour les soins de ville, les dépenses de soins en établissement et en SSIAD devraient également être estimées en surcoût et non pour la totalité de leur coût. Les dépenses d'investissement des collectivités locales relatives aux structures d'accueil des personnes âgées devraient être retracées ;
- Actualiser plus régulièrement le compte de la dépendance, notamment après chaque modification législative d'ampleur, ou a minima

23. « Perspectives démographiques et financières de la dépendance », Rapport du groupe de travail, Jean-Michel Charpin, juin 2011

procéder à une estimation publique de leur impact.

Proposition 153 : Intégrer systématiquement les identifiants nationaux des personnes et des structures dans les systèmes d'information pour faciliter les échanges et les études d'appariement.

Les systèmes d'information de tous les acteurs doivent progressivement intégrer les identifiants nationaux (NIR pour les personnes, SIRET et Finess pour les établissements, etc.). Les départements ont notamment l'obligation de le faire d'ici au 1er janvier 2020[24].

En particulier, il est demandé de faire remonter le NIR (ou a minima des identifiants type nom-prénom-date et lieu de naissance) dans GALAAD (logiciel de saisie des évaluations Pathos et Aggir), afin de permettre leur appariement avec d'autres données (Énéas, etc.).

Le Système national des données de santé (SNDS) pourrait être enrichi, pour bénéficier des appariements avec les données du champ grand âge (données du DMP, données personnelles de type taille, poids, etc.).

Proposition 154 : Créer un fichier national des bénéficiaires de l'APA (ou de la nouvelle « prestation autonomie ») hébergé par la CNSA et qui faciliterait les appariements avec le SNIIR-AM

Les conseils départementaux auraient l'obligation d'alimenter le fichier national dans le cadre des conventions pluriannuelles conclues avec la CNSA. Cette alimentation pourrait passer par un échange d'information automatisé entre les systèmes d'information des conseils départementaux et le fichier national. Ce fichier national permettrait :

Une communication avec les services du CNCESU dans le cadre de la proposition d'étendre à l'APA le système mis en place entre la CAF et Pajemploi pour la PAJE (cf. proposition n° 120) ;

Des appariements réguliers avec le SNIIR-AM. Actuellement, les données relatives à la perte d'autonomie sont croisées avec le SNIIR-AM dans le cadre d'enquête de la DREES (le dernier appariement publié a été réalisé avec l'enquête Handicap-Santé sur les données de 2008). Une fois le fichier national mis en place, cet appariement devrait être réalisé annuellement de façon plus automatisée.

Proposition 155 : Améliorer les remontées d'informations statistiques existantes

Il est proposé :

- D'étendre les remontées de données des départements réalisées (tous les 4 ans) par la DREES aux prestations du champ handicap (PCH, ACTP…) ;
- D'inclure les données d'action sociale des caisses de retraite dans le panel Énéas (Échantillon National d'Études sur l'Autonomie et l'hébergement des Seniors).

Proposition 156 : Adapter les enquêtes statistiques au vieillissement de la population pour rendre compte de la situation des personnes les plus âgées

Il est proposé de mieux couvrir les personnes âgées dans les enquêtes en population générale de la statistique publique par une identification systématique des tranches d'âge 75-85 ans et 85 ans et plus, ainsi que par une meilleure couverture des résidents en institutions.

Proposition 157 : Créer un observatoire économique de la prise en charge des personnes âgées, rattaché à la DREES

La connaissance du secteur de l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie est éclatée. Des informations sont notamment disponibles auprès de la DREES, de la CNSA, de l'ANAP, de la DARES, des fédérations d'employeurs, mais ne permettent pas d'avoir une vision d'ensemble synthétique du secteur sauf pour les dépenses totales, dans le cadre du compte de la dépendance, réalisé par la DREES. Afin d'apporter une connaissance complète et régulière du secteur, il est proposé de créer un observatoire économique au sein de la DREES chargé de produire, à partir des sources existantes, un tableau de bord annuel. Cette proposition implique de rendre obligatoire, pour chaque établissement, les

24. Le décret n° 2017-880 du 9 mai 2017 autorisant les traitements de données à caractère personnel destinés à la mise en œuvre de l'allocation personnalisée d'autonomie et de l'aide sociale à l'hébergement stipule que « Les conseils départementaux doivent avoir collecté et vérifié avant le 1er janvier 2020 le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques (…) de tous les demandeurs et de tous les bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie et de tous les demandeurs et de tous les bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement à cette date ».

transmissions d'informations relatives aux comptes administratifs et à l'imputation de toutes les charges sur les différentes sections tarifaires (y compris l'hébergement) et le remplissage complet du tableau de bord.

Objectif : Accélérer et encourager les travaux de recherche liés au vieillissement afin d'éclairer la prise de décision dans le champ du grand âge

La politique du grand âge doit demain reposer sur des travaux de recherche reconnus, dans toutes les disciplines, et sur une mise en réseau des acteurs de la recherche permettant d'organiser une valorisation des connaissances et une circulation des savoirs entre les disciplines.

Il est ainsi proposé, à partir des travaux du Comité scientifique mis en place dans le cadre de la concertation, d'accélérer et d'encourager les travaux de recherche liés au vieillissement dans toutes ses composantes. Il s'agit, à travers une politique volontariste, d'inciter à la recherche fondamentale et à la recherche clinique sur le vieillissement, et d'encourager au développement de recherches en sciences humaines et sociales, dans une logique d'interdisciplinarité.

Proposition 158 : Conduire une politique volontariste pour inciter à la recherche fondamentale et à la recherche clinique sur le vieillissement

Il est proposé :

- De développer les expériences en constituant des cohortes, pour mieux comprendre les mécanismes du vieillissement, de la fragilité et de la dépendance ;
- D'identifier les biomarqueurs du vieillissement, de la fragilité et des pathologies liées à l'âge et responsables de déclin fonctionnel ;
- De développer la médecine translationnelle sur le vieillissement, c'est-à-dire les passages du laboratoire de recherche au patient en perte d'autonomie, et les nouvelles technologies, permettant de monitorer à distance et de maintenir les principales fonctions avec l'avancée en âge ;
- D'étudier l'impact des thérapies non médicamenteuses.

Proposition 159 : Encourager les recherches en sciences humaines et sociales pour mieux comprendre et appréhender le vieillissement, la vieillesse et la fin de vie en tant que phénomène social, et favoriser la logique d'interdisciplinarité

Il est proposé :

- D'intensifier l'investissement engagé en matière de bases de données en sciences humaines et sociales, condition préalable de la recherche ;
- De donner plus de place à certaines disciplines : économie et gestion, droit, géographie, sociologie, anthropologie et histoire ;
- De lancer ou développer des travaux sur les mécanismes d'autorégulation des personnes, les enjeux portés par les transitions dans les parcours de vie, la fin de vie, l'accès aux soins et aux droits, les situations des proches aidants, l'organisation des prises en charge à domicile et en hébergement, l'égalité territoriale, l'impact de l'environnement sur la prise en charge ;
- D'analyser et d'évaluer la régulation publique de l'offre d'aide et de la coordination entre professionnels, la qualification des personnels et qualité de vie au travail, la mesure de la qualité dans des environnements différents ;
- D'associer des usagers et leurs représentants ou de professionnels de terrain dans les équipes projets et mettre en place des recherches participatives ;
- De programmer davantage la recherche au niveau national pour créer les conditions de la participation des équipes en sciences humaines et sociales françaises, à la recherche internationale sur le vieillissement et la perte d'autonomie ;
- De s'assurer de la continuité de la contribution française aux dispositifs européens de financement de cette recherche.

ACCROÎTRE L'EFFORT FINANCIER EN ASSURANT UN FINANCEMENT JUSTE DE LA PERTE D'AUTONOMIE LIÉE A L'ÂGE PAR LA SOLIDARITÉ NATIONALE

Selon les projections de la DREES du compte de la dépendance, du fait du vieillissement de la population, les dépenses liées à la perte d'autonomie des personnes âgées atteindraient 1,4 % du PIB d'ici 2030 contre 1,1 % en 2014 soit une hausse de 0,3 point de PIB (environ 6,5 Mds €).

L'ambition des propositions de ce rapport a un coût : elles conduiraient les dépenses publiques autour de 1,6 % du PIB en 2030 soit près de 35 % de plus qu'en 2018. Environ 45 % de cette hausse proviendrait du seul effet de l'évolution démographique, les 55 % restants finançant les mesures proposées pour l'amélioration de la qualité de l'offre ou pour la baisse du reste à charge en établissement. Les propositions de mesures nouvelles de dépenses et d'économies contenues dans le présent rapport nécessitent un financement supplémentaire net de 4,9 Mds d'euros en 2030 (soit 6,1 Mds € de dépenses et 1,2 Mds € d'économies). À court terme, en 2024, les mesures nouvelles représentent un besoin de financement supplémentaire net de 4,1 Mds d'euros.

En ajoutant aux mesures nouvelles les effets de la démographie, le besoin de financement public supplémentaire net s'élève à 6,2 Mds € en 2024, et 9,2 Mds € en 2030.

Le tableau figurant en annexe n° 4 identifie les coûts associés à ces mesures nouvelles.

Il est proposé que l'effort financier nécessaire à leur financement respecte deux principes fondamentaux :

- Le recours à un financement public reposant sur la solidarité nationale, dans la logique de la constitution d'un risque de protection sociale à part entière, le financement privé ayant une vocation complémentaire et facultative ;
- La mobilisation de prélèvements obligatoires existants, plutôt que la création de nouveaux prélèvements, notamment en lien avec la fin de la dette de la sécurité sociale ;

Sur le sujet de la création de nouveaux prélèvements obligatoire, deux hypothèses ont été évoquées, sans être privilégiées à l'issue de la concertation :

- L'institution d'une nouvelle journée de solidarité, c'est-à-dire une journée de travail supplémentaire des salariés non rémunérée, conduisant à l'augmentation de la CSA (contribution de solidarité pour l'autonomie) et de la CASA (contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie). Cette piste n'est pas apparue opportune à ce stade aux participants de la concertation dans la mesure où sont privilégiées les options de financement sans hausse de prélèvement obligatoire. En outre, pour les retraités, la hausse de prélèvements obligatoires que représente la journée de solidarité s'effectuerait sans contrepartie, à la différence des employeurs qui bénéficient en contrepartie du prélèvement versé d'une journée de travail supplémentaire par salarié.
- En revanche, plusieurs participants ont manifesté un fort intérêt pour une augmentation des droits sur les donations et sur les successions d'un montant important. Si une telle réforme devait intervenir, son produit devrait être affecté par priorité au financement de la perte d'autonomie des personnes âgées.

Objectif : Affecter des ressources publiques au financement de la perte d'autonomie de la personne âgée, sans hausse de prélèvement obligatoire

S'agissant du financement public, des propositions sont faites à partir de l'année 2024 et pour la période transitoire allant de 2020 à 2024.

À partir de 2024

Proposition 160 : Créer à partir de 2024 un nouveau prélèvement social dédié en utilisant l'assiette de la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS)

Du fait de l'extinction de la dette sociale amortie par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) au cours de l'année 2024, sous l'empire

d'une règle organique (article 4bis de l'ordonnance du 24 janvier 1996 relative à la CADES) dont le Conseil constitutionnel s'est fait le gardien, l'assiette de la CRDS sera en partie disponible pour instituer, vers la mi-2024 et dans la continuité immédiate de la disparition de cette contribution, un nouveau prélèvement affecté, au taux de 0,5 %, dont le rendement est estimé de l'ordre de 4,5 Mds € pour cette partie de l'année 2024 et un peu plus de 9 Mds € en 2025.

Cette contribution sociale pour l'autonomie des personnes âgées pourrait être pour partie affectée à la CNSA, et destinée à financer les dépenses votées dans le cadre du risque de perte d'autonomie des personnes âgées. Il doit être noté que les dépenses que financerait cette nouvelle contribution sociale constitueraient de nouvelles dépenses publiques, ce qui augmenterait le déficit public au sens du traité de Maastricht par rapport à la situation actuelle. En effet, à l'heure actuelle, seuls les paiements des intérêts de la dette sociale font l'objet d'une dépense publique au sens des traités européens, le reste du produit de la CRDS constituant une contribution au désendettement. Il faut toutefois noter qu'aujourd'hui cette contribution positive aux finances publiques de la France s'arrête avec l'extinction de la dette sociale. L'affectation de tout ou partie de la CRDS au remboursement d'une autre dette publique est la seule modalité permettant de maintenir cette contribution positive au solde public, ce qui n'est pas le cas avec l'affectation à la couverture du risque de perte d'autonomie.

De nombreux arguments plaident néanmoins en faveur de cette solution :

- Ce nouveau prélèvement n'augmenterait pas les prélèvements obligatoires, étant donné qu'il se substituerait à un prélèvement obligatoire existant (bien qu'il signifie de renoncer à une baisse de prélèvement) ;
- Ce prélèvement pourrait faire l'objet d'un large consentement au regard de la nature des dépenses qu'il financerait ;
- Il constituerait une recette appelée à financer une dépense publique incontournable pour une période longue. Il matérialiserait ainsi l'existence d'une politique à long terme de prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées, adossée à un financement pérenne ;
- La création d'un tel prélèvement universel participerait très clairement de la reconnaissance de la perte de l'autonomie comme un risque de protection sociale à part entière, répondant ainsi à une attente forte remontée clairement à l'issue de la concertation. Il faut pour autant noter que l'utilisation de la CRDS ne permet pas de répondre au besoin de financement avant 2024 et suppose de maintenir une trajectoire d'équilibre de la sécurité sociale d'ici là.

Proposition 161 : Confier au Fonds de réserve des retraites le placement des excédents de rendement du nouveau prélèvement social finançant la perte d'autonomie des personnes âgées

Le rendement de cette nouvelle contribution affectée pourrait se révéler supérieur pour quelques années aux dépenses. En effet, l'évolution attendue de la démographie ferait intervenir un surcroît de besoin de financement à compter de 2030. Au vu des perspectives de croissance forte des dépenses après 2030, il est donc proposé de placer les excédents de recettes. Le FRR serait mobilisé à cette fin, une section étanche dédiée au financement de la perte d'autonomie des personnes âgées étant créée en son sein.

De 2020 à 2024

Proposition 162 : Financer les dépenses de 2020 à 2024, en recourant à :

- **L'affectation d'excédents du régime général de la sécurité sociale sous la forme d'affectation à la CNSA d'une quote-part de la CSG. En particulier, une fraction du produit de la sous-indexation des pensions prévue pour 2020 pourrait être affectée aux mesures d'urgence proposées pour le secteur ;**
- **La priorisation dans l'arbitrage annuel de l'ONDAM de l'enveloppe de l'objectif général de dépenses personnes âgées ;**
- **Un décaissement du Fonds de réserve des retraites (FRR).**

Par rapport aux pays souvent cités en exemple pour leur prise en charge de la dépendance (Suède, Danemark, Pays-Bas), la France se caractérise par des dépenses relatives à la perte d'autonomie plus faibles mais des dépenses de retraite et de santé plus élevées. Il est ainsi légitime de s'interroger

Évolution des sous-objectifs de l'ONDAM (en %) :

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
ONDAM	2,6	2,7	2,3	2,2	2,4	2,0	1,8	2,1	2,3	2,5
Soins de ville	2,7	2,4	1,7	1,7	2,9	2,5	2,4	2,1	2,4	2,5
Etablissements de santé	2,0	2,4	2,6	2,1	1,7	1,8	1,6	2,0	2,0	2,4
Etablissements médico-sociaux	5,0	4,8	4,1	3,9	2,2	1,0	1,0	2,9	2,6	2,2
Autres prises en charge	0,4	6,3	1,3	6,2	5,1	2,4	1,6	4,6	4,3	6,3

Source : Direction de la sécurité sociale

sur la priorisation de cette dépense au sein des dépenses sociales.

L'affectation d'excédents des branches du régime général de la sécurité sociale, sous la forme d'affectation à la CNSA d'une quote-part de la CSG, se ferait dès lors que ces excédents auront été reconstitués dans le cadre d'une relation financière entre l'État et la Sécurité sociale respectant à nouveau le principe de la compensation intégrale des exonérations de cotisations tel qu'institué par la loi du 25 juillet 1994. Cette affectation préserverait la capacité du régime à transférer une quote-part de la CSG à la CADES pour financer le transfert à la caisse de la dette du régime général demeurant dans les comptes de l'ACOSS. À court terme, il est proposé d'affecter une partie du produit de la sous-indexation des pensions prévue pour 2020 (dont le rendement total était évalué à 2,4 Mds €), ce qui permettrait de proposer un pacte avec les aînés par lequel la collectivité s'engagerait à mieux couvrir leur risque de perte d'autonomie en contrepartie de cet effort financier.

L'historique de l'ONDAM et de ses composantes, figurant dans le tableau ci-après, souligne que depuis 2015 le sous-objectif établissements médico-sociaux n'a pas bénéficié systématiquement, comme lors des années précédentes, d'une priorisation lors de l'arbitrage annuel de l'objectif national. Il est donc proposé que l'enveloppe de l'objectif général de dépenses (OGD) consacrée aux personnes âgées bénéficie d'une telle priorisation, soit un arbitrage conduisant à transférer 0,2 Mds € en 2020, 0,4 en 2021 et 0,6 en 2022 du sous-objectif soins de ville vers le sous-objectif médico-social « personnes âgées ».

La stratégie de priorisation des dépenses liées à la perte d'autonomie par rapport aux dépenses de santé ou de retraite serait neutre sur le solde public. Cette solution affirmerait clairement un arbitrage politique en faveur du grand âge compatible avec les engagements macroéconomiques globaux de la France. Cet arbitrage supposerait la continuation d'efforts réels dans les autres composantes de l'ONDAM.

Au 31 décembre 2018, le FRR avait un actif de 32,6 Mds € de réserves, dont un peu plus de 5 Mds appartiennent à la CNAV (partie de la soulte versée par les industries électriques et gazières) et 12,6 sont destinés à honorer les six dernières échéances de versement annuel de 2,1 Mds € à la CADES. Son actif disponible est donc en ce début de 2019 d'un peu moins de 15 Mds €.

Le FRR serait sollicité pour abonder de 2020 à 2029 le plan d'aide à l'investissement dédié à la rénovation des EHPAD publics à hauteur de 3 Mds €, versés en 10 échéances de 300 millions d'euros (cf. proposition n° 55).

Un prélèvement sur réserves étant constitutif d'une dépense en comptabilité nationale, affecter une partie des actifs disponibles du FRR conduirait à dégrader le solde public au sens de Maastricht. Toutefois, en-dehors d'une affectation au désendettement d'une administration publique, la mobilisation des actifs disponibles du Fonds a nécessairement cet effet. Il convient ainsi d'étaler dans le temps cette mobilisation pour en maîtriser l'effet sur le solde public.

Enfin, une hausse de la fiscalité sur les successions, ciblée sur les successions d'un montant important, pourrait être affectée au financement du nouveau risque de protection sociale.

Il n'était pas dans les compétences de la concertation de s'interroger sur les mesures d'économies éventuelles pouvant être envisagées dans d'autres secteurs, qui ne peuvent être exclus pour autant.

Objectif : En complément du financement public du nouveau risque de protection sociale, favoriser la mobilisation des patrimoines financiers et immobiliers

Dans le cadre de la concertation, plusieurs scenarii relatifs à un recours accru à un financement par l'assurance privée ont été évoqués. Le constat réalisé sur les solutions de financement privé est triple :

- Le marché actuel de l'assurance dépendance n'est pas mature. Il se développe mais souffre d'un manque de lisibilité et d'homogénéité des produits qui limite la confiance que les souscripteurs peuvent avoir ;
- Les Français les plus âgés disposent en moyenne d'un patrimoine important : trois quarts d'entre eux peuvent faire face aux frais inhérents à une perte d'autonomie de 6 ans en mobilisant leur patrimoine financier ou immobilier. La question est donc moins la création de nouveaux produits d'épargne que d'outils permettant la mobilisation de celle existante en faveur du financement de la perte d'autonomie ;
- Les outils existants de mobilisation du patrimoine (sortie en rente viagère, viager, prêt viager hypothécaire) sont mal connus ou peu attractifs.
- Plusieurs propositions d'assurance privée obligatoire ont été discutées au cours de la concertation. Ces pistes cumulent plusieurs handicaps et ne sont donc pas retenues :
- Elles génèreraient des distorsions intergénérationnelles importantes ;
- Elles ne répondraient pas à un principe d'équité intragénérationnelle, les cotisations étant forfaitaires et non proportionnelles aux revenus ;
- Elles ne permettraient pas de répondre à la problématique de mobilisation de l'épargne existante ;
- Rien ne démontre que l'acceptabilité sociale d'une cotisation obligatoire à un régime d'assurance privée soit meilleure que celle d'un prélèvement obligatoire, alors que cette option ne dispenserait pas d'une intervention publique forte pour réguler et encadrer le système.

Au final, trois orientations sont proposées :

- Ne pas mettre en place un régime obligatoire d'assurance privée ;
- Accompagner la maturation du marché de l'assurance privée en renforçant l'homogénéité des produits d'assurance privée facultatifs ;
- Développer les instruments de mobilisation des patrimoines.

Proposition 163 : Ne pas mettre en place une assurance privée obligatoire

Deux grands types de financement par une assurance privée obligatoire ont été évoqués durant la concertation :

- Des systèmes par capitalisation où la cotisation est rendue obligatoire à partir d'un certain âge et alimente un fonds. Cette solution ne couvre pas les personnes actuellement âgées de plus de 70 ans.
- Des systèmes par répartition où la cotisation est rendue obligatoire à partir d'un certain âge et permet de financer immédiatement la perte d'autonomie des personnes âgées

Ces propositions se sont toujours situées dans une logique de complémentarité avec l'intervention de la solidarité nationale. Aucune proposition d'assurance privée se substituant intégralement à la couverture publique n'a été avancée. Il s'agit donc de scenarii d'assurance privée complémentaire.

Extrait de la synthèse des travaux de l'atelier n° 3 « Nouveaux financements » :

« La place des intermédiaires financiers (sociétés d'assurance, mutuelles, institutions de prévoyance et banques) paraît davantage être de proposer une gamme d'instruments financiers qui permettent de mobiliser le patrimoine accumulé sans le brader, plutôt que d'ajouter un nouvel outil de constitution de rente. L'apport de l'assurance privée en termes de services, qu'il s'agisse de services à la personne, d'aide aux aidants ou d'aménagement du domicile, reste néanmoins réel et demande à être renforcé. »

Le principal avantage de ces scenarii d'assurance privée obligatoire est qu'a priori les cotisations ne seraient pas comptabilisées dans les prélèvements obligatoires et que les rentes versées ne seraient pas comptabilisées dans les dépenses publiques. Ils pourraient donc permettre de financer une amélioration de l'offre et une baisse des restes à charge sans peser sur la trajectoire des finances publiques.

Si un certain nombre d'assureurs militent pour que l'État introduise un système de quasi-prélèvement obligatoire, ces scenarii cumulent plusieurs handicaps qui conduisent à ne pas proposer leur mise en place :

- Ils constituent de fait une épargne forcée des ménages qui n'est pas nécessairement souhaitable ou acceptable. D'une part rien ne démontre que l'acceptabilité sociale d'une cotisation privée obligatoire soit supérieure à celle d'un prélèvement public obligatoire. D'autre part, pour plus des trois quarts des ménages, la question est moins la constitution d'une épargne supplémentaire que la mobilisation de celle, déjà relativement abondante, dont ils disposent, lorsque survient leur perte d'autonomie ;
- Ces scenarii créent des distorsions intergénérationnelles. Le modèle par capitalisation n'offre pas de couverture pour les plus de 70 ans et propose des coûts plus importants pour les plus de 60 ans lors du démarrage du système. Les modèles par répartition permettent de financer immédiatement les personnes actuellement en perte d'autonomie mais organise de fait un transfert intergénérationnel massif des plus jeunes vers les plus âgés alors même que ceux-ci sont dans une situation relative objectivement favorable ;
- Les cotisations seraient vraisemblablement forfaitaires ou croissantes avec l'âge (voire avec le risque) mais pas avec les revenus : celles-ci pèseraient donc proportionnellement plus sur les moins aisés qu'un prélèvement proportionnel ;
- Ces modèles ne dispensent pas d'une intervention publique forte. D'une part, la puissance publique devrait normer les conditions d'ouverture et de transférabilité des contrats ; d'autre part, elle devrait vraisemblablement socialiser fortement le risque long à travers un bouclier pour éviter une envolée des primes d'assurance, ce risque étant potentiellement très coûteux. Enfin, l'obligation de souscrire un contrat aurait pour contrepartie de lourdes interventions publiques pour les plus modestes en termes d'incitations fiscales ou de subventions publiques ;

Ces modèles présentent des coûts d'intervention relativement élevés.

Proposition 164 : Favoriser le développement de produits d'assurance privée facultative en mettant en place un cadre clair et homogène pour ces contrats afin de sécuriser les souscripteurs et de favoriser leur développement

La priorité pourrait être donnée à une maturation du marché de l'assurance dépendance, avec des produits plus adaptés aux besoins et une meilleure lisibilité au souscripteur sur ses garanties futures. Afin de faire émerger un standard de la couverture dépendance, il est proposé d'inciter les organismes complémentaires à inclure certaines garanties dans les contrats d'assurance dépendance. L'exonération de taxe spéciale sur les conventions d'assurance (TSCA) dont ils bénéficient pourrait ainsi être conditionnée à la mise en place :

- De mécanismes de revalorisation clairs permettant d'éviter l'érosion du pouvoir d'achat de la rente ;
- D'une meilleure continuité et d'une plus forte transférabilité des droits acquis dans le cadre de couvertures viagères ;
- D'une harmonisation des référentiels de perte d'autonomie, voire d'une ouverture automatique des droits parallèlement aux droits APA ;
- De l'encadrement des pratiques de gestion de l'antisélection, et notamment des pratiques de sélection médicale.

Par ailleurs, il est rappelé que le présent rapport souligne l'intérêt de l'intervention de l'assurance privée comme outil de soutien aux aidants (cf. proposition n° 31) et comme outil de financement de l'adaptation des logements (cf. proposition n° 9). Les services aux assurés proposés par les organismes complémentaires dès souscription du contrat (services de prévention, de conseil, d'assistance rapide et d'accompagnement) constituent un levier puissant d'attractivité de ces produits.

Proposition 165 : Développer les instruments de mobilisation des patrimoines, en particulier les sorties en rentes viagères des produits d'épargne, les solutions mutualisées de viager et le prêt viager hypothécaire

Les produits de mobilisation du patrimoine financier et immobilier, dont certains, notamment les produits viagers, sont en cours de renouvellement profond, présentent un potentiel particulièrement intéressant pour contribuer au financement de la perte d'autonomie, en complément de l'effort supplémentaire de la solidarité nationale proposé dans ce rapport. Les acteurs privés doivent investir ces produits nouveaux. Les pouvoirs publics doivent encourager et encadrer leur développement.

Les rentes viagères offertes par les produits d'épargne retraite constituent l'outil de mobilisation du patrimoine financier le plus adapté pour faire face au risque de longévité, qui pèse sur les personnes notamment en cas de dépendance longue. Le recours à ces produits présente en effet deux avantages principaux :

- La simplicité : un seul produit permet de faire face aux risques liés à la vieillesse, sans les difficultés liées aux critères d'activation des garanties des contrats d'assurance dépendance ;
- L'attractivité : le risque de longévité est plus facile à appréhender et moins anxiogène que le risque de perte d'autonomie. En particulier, l'épargnant ne prend pas, en comparaison avec l'assurance dépendance, un risque de cotisation à fonds perdus en cas de préservation de son autonomie.

Toutefois, les sorties en rente viagère des contrats d'assurance vie restent beaucoup moins intéressantes que les sorties en capital du fait de leur régime fiscal et social et du coût de cette option. Il est ainsi proposé une plus forte convergence permettant une neutralité entre les options de sortie.

Le viager mutualisé permet de corriger certains déséquilibres du marché du viager traditionnel. L'acheteur est un institutionnel ou un professionnel agréé, soumis à des règles ou des impératifs sociaux. La taille de son portefeuille de logements lui permet de mutualiser le risque de survie du vendeur et le risque de valeur du logement au moment du décès. L'intervention publique paraît indispensable au développement du viager, y compris pour ces formes innovantes de viager intermédié. Il est donc proposé :

- La création d'un observatoire. La diffusion de la vente en viager suppose à la fois de rendre plus transparents certains de ses mécanismes (notamment la formule de calcul de la décote, qui pourrait être standardisée) et d'accroître la confiance dans cet outil. L'information statistique sur l'ensemble des produits de viager (caractéristiques et comportements des épargnants concernés, gisements de clientèle pour les différents produits, etc.) est insuffisante, tout comme l'information mise à disposition du public sur les taux de rendement, les différents produits offerts, etc. ;
- La labellisation. Un label à dimension sociale, applicable aux investissements en viager comprenant une proportion minimale de logements modestes ou détenus par des populations à faibles revenus, pourrait améliorer la lisibilité et l'attractivité de ce type de produits ;
- L'intervention directe de l'État ou de la Caisse des dépôts et consignations, à travers la création d'un fonds pour l'achat en viager de logements sociaux ;
- La codification des tables de mortalité, afin de limiter la disparité des tables utilisées par les acheteurs et d'homogénéiser davantage les produits.

Enfin, le prêt viager hypothécaire pourrait être adapté au cas de la dépendance. À ce titre, il est proposé la création d'un **prêt viager-dépendance** réservé aux personnes en dépendance lourde (GIR 1 et 2), à domicile ou en établissement. Ce prêt viager dépendance fonctionnerait comme un prêt viager hypothécaire classique mais ne serait proposé que dans les cas de perte d'autonomie avérée nécessitant un choix de famille. Dans le cas d'un maintien à domicile, l'établissement bancaire, disposant d'une information importante sur l'espérance de vie de la personne, proposerait des taux inférieurs aux taux actuellement pratiqués sur le prêt viager (de l'ordre de 4 % contre 8 % en moyenne aujourd'hui pour un prêt viager hypothécaire classique). Dans le cas d'une prise en charge en établissement, le prêt servirait de prêt-relais avant la vente du bien immobilier, selon un délai fixé à l'avance et autorisant des taux inférieurs aux taux pratiqués pour le prêt viager hypothécaire classique. Ce prêt-dépendance pourrait être

« Pour un pilotage et une gouvernance rénovés de la politique du grand âge et construits par et pour les personnes âgées », extrait de la note des co-présidents de l'atelier « Gouvernance et pilotage » :

- « L'épuisement institutionnel paraît très profond. Il est largement illustré par le désarroi des acteurs de terrain, gestionnaires de services à domicile et d'établissements. La logique territoriale atteint en effet certaines limites : les orientations poursuivies visent au décloisonnement pour assurer la meilleure prise en charge de la personne, mais le fonctionnement en silos demeure. […]
- La construction, par strates successives, des interventions et l'adaptation équilibrée du système de gouvernance, pour tenir compte des intérêts des différentes institutions, semblent avoir été conduites sans penser au premier chef au mode de prise en charge de la personne âgée et de ses proches. […]
- Pour les coprésidents, il conviendrait donc de changer de perspective : il faut rebâtir le système de pilotage et de gouvernance en partant de principes simples, qualité de prise en charge, réponse aux besoins, attention et écoute aux attentes des personnes âgées. »

réversible, permettant à la famille d'anticiper le remboursement de la dette accumulée au moment de la disparition du parent âgé ou de son départ en EHPAD si elle veut garder le bien immobilier. Il ne s'adresserait qu'aux personnes non éligibles à l'ASH, son fonctionnement étant équivalent à celui de l'ASH qui ne prévoit ni frais de gestion ni intérêts.

PILOTER L'OFFRE SUR LES TERRITOIRES, AU PLUS PRÈS DES PERSONNES, TOUT EN GARANTISSANT MIEUX DES RÉPONSES HOMOGÈNES ET ÉQUITABLES

La politique du grand âge est et restera une politique partenariale. Il est fondamental, et dans l'intérêt des personnes âgées elles-mêmes, que les acteurs, légitimes dans leurs sphères de compétences respectives, s'articulent davantage et décloisonnent leurs interventions. L'enchevêtrement de compétences aujourd'hui constaté répond à la grande diversité des accompagnements mobilisés auprès d'une personne âgée en perte d'autonomie, de la prise en charge à l'hôpital au portage de repas, de l'aide à domicile à la mobilité inclusive. Cette grande diversité des interventions appelle une réponse intégrée et, partant, un renforcement des partenariats au niveau local.

Malgré un réel investissement des acteurs, un constat critique ressort de la concertation : l'organisation actuelle ne porte pas les besoins de la personne, cette organisation est peu lisible, ne permet pas d'assurer une égalité de traitement d'un territoire à l'autre, et est fortement consommatrice de ressources publiques en raison des coûts de coordination élevés qu'il génère. Pour cette raison, il apparaît nécessaire d'engager une dynamique de meilleure articulation des compétences en matière de pilotage de l'offre. Dans cette perspective, trois scenarii ressortent de la concertation.

Enfin, au niveau national, la CNSA doit être renforcée en tant que garant de l'égalité de traitement entre les territoires. Outre un renforcement de ses compétences en matière de pilotage financier du risque, elle devra développer ses missions transversales : pilotage d'un chantier de modernisation des systèmes d'information, appui à la mise en place du réseau de Maisons des aînés et des aidants, repérage et essaimage des bonnes pratiques.

Objectif : Repositionner le Conseil départemental en proximité de la personne âgée et renforcer la conduite partenariale de la politique du grand âge au niveau départemental

La gouvernance de la politique du grand âge doit être refondée autour d'un partenariat territorial nouveau. Au plus près de la personne, le département, chef de file de l'action sociale auprès de la personne âgée, doit assumer une fonction d'ensemblier des réponses de proximité, portées notamment par les communes et intercommunalités. Les Conseils départementaux doivent réinvestir les aspects non strictement médico-sociaux de la politique du grand âge, dans le respect des compétences des autres niveaux de collectivités.

Un co-pilotage doit être mis en place au niveau des nouvelles « portes d'entrée » que constituent les Maisons des aînés et des aidants. Il doit être matérialisé par la création d'une nouvelle instance départementale, la conférence départementale du grand âge, qui engloberait les actuelles conférences des financeurs, porterait une stratégie départementale de l'offre et piloterait des chantiers thématiques (métiers, systèmes d'information, transformation de l'offre notamment).

Proposition 166 : Conforter le rôle d'animation territoriale du Conseil département en matière d'adaptation du cadre de vie de la personne âgée en perte d'autonomie

La politique du grand âge de demain ne sera pas strictement médico-sociale. Elle doit intégrer la dimension de l'adaptation du cadre de vie de la personne (mobilité, adaptation du logement, services de proximité, aménagement du territoire, urbanisme) et de son développement social. Dans ce contexte, il est nécessaire d'articuler la compétence du Conseil départemental en faveur des personnes âgées avec les compétences des communes et intercommunalités. Le Code général des collectivités territoriales énonce en effet que communes et intercommunalités sont chefs de file pour l'exercice des compétences relatives à la mobilité, l'organisation des services publics de proximité et l'aménagement de l'espace. Il est très souhaitable que les communes et intercommunalité exercent pleinement cette compétence en prenant en compte les personnes âgées.

Sans préjudice de cette répartition des compétences, le Conseil départemental doit être positionné en ensemblier de ces politiques d'adaptation du cadre de vie des personnes âgées. Les schémas départementaux de l'autonomie intègreront des objectifs et actions d'amélioration du cadre de vie des personnes âgées (cf. proposition n° 7). Le département aurait un rôle d'animation, en organisant des échanges de bonnes pratiques, des retours d'expérience, voire en cofinançant des projets expérimentaux.

Proposition 167 : Instaurer un co-pilotage des Maisons des aînés et des aidants entre ARS et Conseils départementaux

Le Conseil départemental serait co-responsable des Maisons des aînés et des aidants, guichet unique de proximité dédié aux personnes âgées et à leurs proches aidants. Ce réseau de proximité serait créé en fusionnant les dispositifs existants (MAIA, CLIC, Paerpa, cf. proposition n° 117). Il assurerait les fonctions d'accueil, d'information, d'orientation et de gestion de cas complexes. Son fonctionnement s'appuierait sur un partenariat entre ARS et Conseil départementaux, défini localement. Ce co-pilotage garantirait une intégration de l'offre sanitaire et médico-sociale en proximité de la personne. Il serait articulé aux dispositifs de coordination des professionnels de santé existants ou en cours de généralisation, notamment les PTA.

Proposition 168 : Créer des conférences départementales du grand âge intégrant les conférences des financeurs et les CDCA, et dotées de missions élargies

Une nouvelle instance stratégique partenariale serait créée au niveau départemental, sous la dénomination de « conférences départementales du grand âge ». Cette instance aurait vocation à définir une stratégie départementale de l'offre d'accompagnement et de soin aux personnes âgées, et d'initier et de renforcer des dynamiques partenariales locales. Les calendriers des projets régionaux de santé (PRS) et des schémas départementaux de l'autonomie pourraient ainsi être rapprochés. Elle regrouperait notamment le Conseil départemental, l'ARS, les organismes de sécurité sociale.

Cette nouvelle instance engloberait les Conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie, ainsi que les conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie. Elle pourrait comporter, en fonction des besoins locaux, des formations spécialisées consacrées à des sujets transversaux. La composition de ces formations spécialisées aurait vocation à être élargie aux acteurs départementaux spécialisés, hors du champ médico-social. Elles pourraient notamment prendre en charge les sujets suivants :

- La centralisation des alertes de maltraitance et la production d'une analyse régulière ;
- La transformation de l'offre et le développement de nouvelles formes de prise en charge ;
- Les systèmes d'information, cette dimension constituant un axe stratégique de progrès pour la coordination des interventions autour des personnes et la fluidité des parcours ;
- Les métiers et les ressources humaines, en déclinant le contrat de filière au niveau territorial

(cf. proposition n° 115), en diffusant de bonnes pratiques, en construisant des partenariats (Pôle emploi, structures d'éducation, de formation professionnelle et d'apprentissage), en promouvant une GPEC territoriale, en lien avec la plateforme nationale des métiers du grand âge (cf. proposition n° 115). Cette formation compterait un représentant du Conseil régional ;

- Les aides techniques et le soutien à l'innovation, en lien avec les gérontopôles et les acteurs de la *silver economy*, en développant des services de test ou de location de matériel et amenée à labelliser des innovations ;
- L'adaptation du cadre de vie, en intégrant les représentants de communes et intercommunalités du département.

Un des objectifs majeurs de ce pilotage est de favoriser l'innovation et la coopération entre les acteurs à travers de réelles dynamiques territoriales.

Proposition 169 : Expérimenter dans un nombre resserré de départements un pilotage unique des évaluations médico-sociales par les Conseils départementaux

La généralisation de la reconnaissance mutuelle des évaluations médico-sociales des Conseils départementaux et de la branche vieillesse est proposée, ainsi que l'opposabilité des évaluations pour une durée d'un an. En parallèle, il est proposé d'expérimenter le pilotage unique des équipes d'évaluation médico-sociales par les Conseils départementaux dans un nombre resserré de départements, dans le cadre d'un conventionnement. Ces expérimentations seraient lancées pour une durée définie. Elles seront évaluées à l'issue de la période d'expérimentation. Leur extension doit être strictement conditionnée à des résultats probants.

Objectif : Simplifier le pilotage de l'offre médico-sociale

Le pilotage de l'offre médico-sociale recoupe les fonctions d'autorisation, de tarification, contractualisation des CPOM, dialogue de gestion, pilotage de la qualité pour l'offre en établissement (EHPAD) et à domicile (SAAD, SSIAD, Spasad). Cette fonction englobe donc la responsabilité de la qualité du service rendu à la personne.

Les modalités actuelles de pilotage de l'offre sont décriées pour plusieurs raisons :

- Une forte complexité pour les gestionnaires de structures, avec notamment pour les EHPAD et les Spasad l'exercice en doublon de la compétence de pilotage entre Conseil départemental et ARS, fortement consommatrice de ressources ;
- Un manque de lisibilité pour les personnes, aucun pilote unique ne pouvant être identifié, ce qui peut conduire à des situations d'inertie, en l'absence de pilote clairement identifié ;
- Un cloisonnement fort entre l'offre médico-sociale pilotée par les Conseils départementaux et les ARS (pour les EHPAD et les SSIAD uniquement) d'une part, et l'offre sanitaire d'autre part, qui elle est sous seul pilotage de l'ARS ;
- Des hétérogénéités de traitement d'un territoire à l'autre (tarifs de référence des SAAD, dynamique d'ouverture de places en EHPAD, etc.), largement tributaires des capacités financières des Conseils départementaux, qui s'ajoutent à une moindre capacité à assurer une répartition équitable des capacités d'accueil sur le territoire national ;
- L'absence d'un pilote unique sur l'ensemble de l'offre, qui permettrait d'assurer une meilleure intégration de ses différentes composantes, notamment entre domicile et établissement, et une plus grande fluidité des parcours.

Ces limites étant posées, et sans préjudice des autres propositions formulées en matière de pilotage et de gouvernance au niveau local, trois scenarii ressortent de la concertation :

- Un premier scenario allant vers l'unicité de pilotage, tout en autorisant des délégations de compétences en matière de pilotage de l'offre, en fonction des circonstances locales, afin de progresser vers une répartition simplifiée des compétences, à partir d'un accord local formalisé ;
- Un deuxième scenario dans lequel l'ARS devient l'interlocuteur de gestion unique pour l'ensemble de l'offre, en établissement comme à domicile, les compétences départementales étant resserrées d'une part sur la définition de la stratégie départementale de la politique du grand âge, et d'autre part sur le pilotage du front office, de l'ouverture des droits et du cadre de vie de la personne ;

- Un troisième scénario dans lequel le Conseil départemental devient l'interlocuteur de gestion unique pour l'ensemble de l'offre, en établissement comme à domicile, les compétences des ARS étant resserrées d'une part sur le pilotage de l'offre sanitaire, et d'autre part sur l'inspection et le contrôle.

Le scénario médian qui s'est dégagé de la concertation est le suivant.

Scénario n° 1 : Pilotage unifié avec possibilité de délégation de compétences

La fusion des sections soin et dépendance en EHPAD revient de fait à positionner un seul acteur sur le pilotage de la section « soin-dépendance » des EHPAD (cf. proposition n° 125). En règle générale, le pilotage des EHPAD et des SSIAD relèverait de l'ARS et celui des SAAD des conseils départementaux. Les liens à renforcer entre le médico-social et le sanitaire, compte-tenu des profils des personnes accueillies en EHPAD, justifient pleinement le recours à l'ARS, notamment pour éviter les ruptures de parcours et l'optimisation des moyens humains. Toutefois, dans le souci de laisser aux acteurs locaux une liberté d'organisation et de répartition des compétences de pilotage entre les différents segments de l'offre médico-sociale, des délégations de compétences pourraient être expérimentées au niveau départemental, concernant le pilotage de l'offre à domicile ou en établissement.

Concrètement, à travers la conclusion d'un contrat territorial d'autonomie entre l'ARS et le Conseil départemental, le Conseil départemental pourrait dans un département piloter la section « soin-dépendance » des EHPAD et/ou les SSIAD. Ces délégations pourraient être conclues dans les deux sens, un département pouvant déléguer la gestion des SAAD et des Spasad à l'ARS. Elles supposeraient, dans le cas d'une délégation de la gestion de l'enveloppe « soin-dépendance » des EHPAD ou des SSIAD, le transfert au Conseil départemental d'une enveloppe fermée de crédits d'assurance maladie. Ces expérimentations seraient lancées pour une durée définie. Elles seront évaluées à l'issue de la période d'expérimentation. Leur extension doit être strictement conditionnée à des résultats probants.

Forces

- Liberté laissée aux acteurs locaux pour trouver localement la meilleure configuration de pilotage possible, en fonction du contexte et des ressources locales ;
- Recherche d'une simplification du pilotage par des délégations de compétences ad hoc, permettant de trouver un compromis entre intégration des différents segments de l'offre médico-sociale, intégration entre médico-social et sanitaire, et intégration entre médico-social et politiques du cadre de vie ;
- Les coûts associés à la transition sont faibles et l'outil de l'expérimentation permet de maîtriser les risques.

Faiblesses

- Une simplification qui n'est pas entièrement achevée, dans la mesure où une répartition des compétences serait propre à chaque département. Pour les personnes, la lisibilité des responsabilités n'est améliorée que marginalement en l'absence d'un système unique de responsabilité de la qualité du service rendu à la personne, identique d'un département à l'autre ;
- Ce scenario laisse potentiellement subsister des hétérogénéités de traitement d'un département à l'autre ;
- La réversibilité du choix n'est pas assurée : une fois désengagée, la capacité de l'ARS à réinvestir ses compétences si la situation ou le choix du Conseil départemental l'exigeait n'est pas certaine.

Deux autres scenarii, plus clivants, ont été étudiés.

Scénario n° 2 : L'ARS devient l'interlocuteur de gestion unique pour l'ensemble de l'offre médico-sociale pour les personnes âgées, à domicile comme en établissement, et le Conseil départemental est le pilote de la stratégie départementale et l'interlocuteur de proximité de la personne

Dans ce scenario, l'ARS deviendrait l'interlocuteur de gestion unique de l'ensemble de l'offre, et assurerait donc le pilotage des services d'accompagnement et d'aide à domicile (SAAD, pour les personnes âgées comme pour les personnes handicapées) et, par délégation du Conseil départemental, de la section hébergement des EHPAD. Le Conseil départemental perd donc sa compétence de pilotage des SAAD et le

pilotage des EHPAD est assuré par l'ARS seule. Par analogie avec l'exercice d'autres compétences départementales, comme par exemple pour les collèges, les dépenses d'investissement dans les établissements pour personnes âgées continueraient à relever des Conseils départementaux, ces derniers conservant ainsi une compétence d'aménagement du territoire.

En revanche, le Conseil départemental est repositionné dans ce scénario en tant que pilote de la stratégie départementale du grand âge, en présidant la conférence départementale du grand âge (cf. proposition n° 168). Il garde par ailleurs sa fonction d'animation de la politique du cadre de vie de la personne âgée (cf. proposition n° 166). Il reste, notamment à travers le co-pilotage des Maisons des aînés et des aidants (cf. proposition n° 167), l'interlocuteur de proximité de la personne âgée et l'acteur ensemblier des solidarités locales. Il demeure responsable de l'ouverture des droits et du versement de la prestation (nouvelle prestation autonomie et PCH) ainsi que de l'évaluation multidimensionnelle des besoins de l'usager. Concrètement, dans ce scénario, la dotation forfaitaire des SAAD finançant l'amélioration des conditions de travail et la qualité de service serait versée par les ARS en contrepartie d'un CPOM qui fixerait des objectifs. La solvabilisation des heures de prestation réalisées chez l'usager resterait du ressort de la prestation administrée par le Conseil départemental. En outre, le Conseil départemental demeure pilote pour le développement de l'offre de résidences autonomie et d'habitat inclusif.

Forces :

- La mise en place d'un interlocuteur de gestion unique pour l'ensemble de l'offre médico-sociale pour les personnes âgées instaure un système lisible au niveau national, simplifié pour les personnes comme pour les gestionnaires, reposant sur une responsabilité clairement identifiée. Ce pilotage unique facilite l'intégration des différentes composantes de l'offre, notamment entre établissement et domicile et ce faisant positionne l'ARS en tant pilote du virage domiciliaire et du changement de modèle de l'EHPAD. En particulier, les ARS pilotent la totalité des autorisations sur le territoire ;
- Ce scenario renforce l'intégration entre l'offre médico-sociale et l'offre sanitaire, permettant une meilleure fluidité des parcours ;
- Les garanties d'égalité de traitement sont renforcées et les capacités de rééquilibrage de la répartition des capacités de prise en charge entre départements sont plus importantes.

Faiblesses :

- Les risques associés à la transition sont importants, notamment à travers la reprise du pilotage des SAAD, qui suppose des coûts d'apprentissage pour les ARS ;
- Ce scenario crée de facto une confusion pour la personne dans la mesure où son interlocuteur de proximité et le responsable de l'ouverture de ses droits à la « prestation autonomie » n'est pas responsable de la qualité du service rendu en établissement ou à domicile.

Scénario n° 3 : Le Conseil départemental devient l'interlocuteur de gestion unique pour l'ensemble de l'offre médico-sociale pour les personnes âgées, à domicile comme en établissement, et l'ARS est recentrée sur ses missions de contrôle

Dans ce scénario, les Conseils départementaux deviennent les interlocuteurs de gestion uniques pour l'ensemble de l'offre médico-sociale dans leur département, notamment pour les EHPAD, les Ssiad et l'ensemble de l'activité des Spasad. Dans le cas des EHPAD, Ssiad et Spasad, la gestion d'une enveloppe fermée de crédits d'assurance maladie est déléguée au Conseil départemental par l'ARS. La gestion du fonds qualité (cf. proposition n° 56) et du fonds d'amorçage de la transformation de l'offre (cf. proposition n° 53) est déléguée par l'ARS au Conseil départemental. Ces délégations font l'objet d'une contractualisation et sont assorties d'objectifs de qualité de service et de transformation de l'offre. Le département garde ses missions de service des prestations, d'évaluation des besoins de la personne, d'animation de la politique du cadre de vie. Il préside la conférence départementale du grand âge.

Dans ce scénario, l'ARS est repositionnée sur la régulation des établissements et professions de santé et dans ses missions d'inspection et de contrôle des acteurs médico-sociaux de la prise en charge. Elle co-préside la conférence départementale du grand âge avec le Conseil départemental. Le co-pilotage des Maisons des aînés et des aidants est maintenu.

Forces :

- La mise en place d'un interlocuteur de gestion unique pour l'ensemble de l'offre médico-sociale pour les personnes âgées instaure un système lisible au niveau national, simplifié pour les personnes comme pour les gestionnaires, reposant sur une responsabilité clairement identifiée. Ce pilotage unique facilite l'intégration des différentes composantes de l'offre, notamment entre établissement et domicile et ce faisant positionne le Conseil départemental en tant que pilote du virage domiciliaire et du changement de modèle de l'EHPAD. En particulier, les Conseils départementaux pilotent la totalité des autorisations sur le territoire pour les établissements et services médico-sociaux ;
- Une plus forte continuité peut être assurée entre la prise en charge à domicile ou en établissement et les autres politiques de proximité et d'amélioration du cadre de vie de la personne âgée, à condition que le Conseil départemental assure une mission d'animation de la politique du cadre de vie.

Faiblesses :

- Les risques associés à la transition sont importants, notamment à travers la reprise du pilotage d'offreurs de soin par les départements, qui suppose des coûts d'apprentissage pour les Conseils départementaux ;
- Les leviers permettant d'assurer aux personnes âgées et à leurs familles des standards de qualité homogènes sur l'ensemble du territoire national sont affaiblis. Le risque d'un accroissement des hétérogénéités de traitement sur le territoire est important ;
- Les leviers de péréquation interdépartementale visant à ajuster la répartition des capacités d'accueil à la démographie des territoires sont affaiblis ;
- Ce scénario crée une étanchéité entre l'offre médico-sociale et l'offre sanitaire, renforçant les risques de ruptures de parcours ;
- La régulation nationale globale de l'ONDAM est complexifiée.

Objectif : Renforcer les compétences de la CNSA, notamment en matière de pilotage financier et de garanties d'équité entre les territoires

Au niveau national, le rôle de la CNSA, opérateur placé sous la tutelle de l'État, doit être renforcé sur ces différentes missions :

- Une mission de pilotage financier du nouveau risque social ;
- Une mission de garante de l'équité entre les territoires, à travers des conventions pluriannuelles CNSA-Conseils départementaux rénovées ;
- Une mission d'appui au déploiement du réseau des Maisons des aînés et des aidants et des conférences départementales du grand âge ;
- Une mission de repérage et d'essaimage de bonnes pratiques, dans toutes les composantes de la politique du grand âge ;
- Une mission de maîtrise d'ouvrage d'un chantier de modernisation des systèmes d'information dans le secteur du grand âge.

Le renforcement de ces missions suppose un ajustement des moyens et des compétences de la CNSA.

Des conventions pluriannuelles rénovées entre la CNSA et les Conseils départementaux[25] doivent être le support de ce renforcement du pilotage national par la CNSA. Le niveau d'exigences contractuelles et les objectifs d'équité et de qualité de service pourraient être significativement confortés par la loi. Adossées à des contreparties financières, ces conventions rénovées pourraient donner lieu, en cas de manquement, à des modulations de celles-ci.

Proposition 170 : Conforter les missions de caisse de la CNSA, en lien avec la création d'un nouveau risque de protection sociale intégré dans le PLFSS

Il est proposé de faire de la CNSA le garant de la remontée, de la consolidation et de la fiabilité des statistiques financières, ainsi que de leur formalisation obligatoire, périodique et annuelle, en termes de tableau de bord. L'ensemble des

25. Ces conventions existent actuellement, en vertu de l'art. L.14-10-7-2 du CASF.

crédits engagés dans le cadre du risque de perte d'autonomie des personnes âgées serait concerné par ces productions de statistique financière. Elles appellent donc une remontée fiabilisée de données depuis les Conseils départementaux.

Proposition 171 : Faire de la CNSA un garant de l'équité territoriale à travers la publication de données départementales de qualité de service à l'usager

À partir de standards nationaux de qualité de service rendu à l'usager fixés dans les conventions pluriannuelles conclues entre la CNSA et les Conseils départementaux, il est proposé de confier à la CNSA la responsabilité de publier annuellement des données départementales de qualité du service rendu à l'usager. La qualité de service pourrait notamment être évaluée à travers les délais de prise en charge, la coordination des interventions, la qualité des interventions à domicile, la fréquence des demandes de réévaluation de situation.

Proposition 172 : Confier à la CNSA une mission d'animation et d'outillage du réseau des Maisons des aînés et des aidants

Le déploiement d'un réseau de Maison des aînés et des aidants reposerait sur un cahier des charges établi au niveau national. Ce cahier des charges établirait notamment les missions devant être assurées par ce réseau en tout point du territoire national. Il fixerait des standards de qualité de service en front office. La CNSA assurerait une mission d'appui au déploiement du réseau, d'animation et d'outillage des Maisons des aînés et des aidants et de contrôle du respect du cahier des charges. Une marque unique se déploierait donc sur l'ensemble du territoire. Une grande liberté serait laissée aux acteurs locaux (Conseils départementaux, ARS, organismes de sécurité sociale principalement) pour définir les modalités de pilotage et de fonctionnement de ces guichets, dans les limites du cahier des charges national. Une mission d'audit du réseau des Maisons des aînés et des aidants sera installée au sein de la CNSA. Les éventuels manquements au cahier des charges national donneraient lieu à des pénalités financières.

Proposition 173 : Renforcer les compétences et les moyens de la CNSA dédiés au repérage des innovations organisationnelles et à leur diffusion auprès des acteurs

Il est proposé de créer un observatoire de l'innovation au sein de la CNSA, centré sur les nouvelles réponses d'accompagnement pour l'aide à la vie quotidienne (nouveaux établissements, nouveaux services, nouvelles organisations, tarifications). Ces réponses nouvelles sont celles portées par l'État dans leur phase expérimentale et celles initiées par les acteurs de terrain. La CNSA doit se saisir fortement d'une mission de diffusion et d'essaimage de ces innovations sur l'ensemble du territoire. Outre ses missions de repérage et de diffusion, l'observatoire aura pour mission de constituer des outils pour l'évaluation destinés aux acteurs locaux qui souhaiteraient s'inspirer des innovations émergentes, et de réaliser des évaluations pour les acteurs nationaux chargés d'identifier les modèles à généraliser.

Proposition 174 : Confier à la CNSA le pilotage d'un chantier de rapprochement des systèmes d'information dans le secteur

La CNSA aurait la responsabilité du déploiement d'un chantier de rapprochement des systèmes d'information, sans viser la création d'un SI national unifié dont les risques en matière de coût, de mise en œuvre et d'appropriation par les utilisateurs paraissent importants. Des chantiers doivent être prioritairement engagés :

- Rattraper le retard constaté dans le secteur médico-social en matière d'outillage en accompagnant le déploiement d'infrastructures et de systèmes d'information dans les établissements et services, et en recourant à la labellisation des produits. Ce déploiement doit être associé à un accompagnement au changement des structures. Il peut reposer sur des mutualisations d'infrastructures et d'achats de logiciels ;
- Définir et décliner des référentiels socles permettant l'interopérabilité des systèmes d'information ;

- Étendre la messagerie sécurisée de santé au secteur médico-social, déjà utilisée dans le cadre des expérimentations Paerpa, afin de renforcer la coordination entre les professionnels ;
- Harmoniser les systèmes d'information de gestion de la future « prestation autonomie » à domicile.

L'enjeu de l'articulation des SI du secteur médico-social et du secteur sanitaire est majeur. Il doit être pris en compte dans les évolutions futures des systèmes d'information sanitaires. Il est proposé d'affecter 60 millions d'euros par an pendant 5 ans à ce chantier.

Objectif : Évaluer la réforme, notamment sur les aspects de gouvernance et de pilotage

La réforme mise en place dans un futur projet de loi et, au-delà, à travers les chantiers qui suivront la publication du présent rapport, quel que soit leur niveau de norme, devra faire l'objet d'une évaluation indépendante, à un horizon fixé. Cette évaluation devra notamment permettre, sur la base d'objectivations rigoureuses, de définir les avancées supplémentaires nécessaires en matière d'évolution des effectifs pour les métiers du grand âge, de capacités d'accueil temporaire ou permanent, des modes de rémunération des intervenants et en particulier de tarification des services à domicile (SSIAD et SAAD), de baisse du reste à charge en établissement et d'investissement en rénovation et/ou construction dans les capacités d'accueil en établissement et en résidence autonomie. Elle devra également permettre de tirer les compétences des changements intervenus en matière de gouvernance et de pilotage tant au niveau local que national. Plus largement, en mobilisant des comparaisons internationales, la performance du système de gouvernance et de pilotage devra être évaluée de façon régulière afin de s'assurer de l'adaptation de ce dernier à la mise en place d'un nouveau risque de protection sociale. Les résultats obtenus en matière de prévention, notamment à travers l'évolution de l'espérance de vie en bonne santé, feront l'objet d'un suivi spécifique.

Proposition 175 : Prévoir une évaluation de la réforme dans un horizon de trois ans, comportant notamment une évaluation du système et des outils de gouvernance et de pilotage

Il est proposé d'inscrire dans la loi le principe d'une évaluation indépendante de la réforme, dans un horizon de trois ans à compter de sa promulgation. Cette évaluation comporte notamment un volet sur les éventuelles expérimentations lancées en matière de pilotage local de la politique du grand âge ainsi qu'un volet sur la performance globale du système de gouvernance et de pilotage.

CONCLUSION

Les orientations et les 175 propositions du présent rapport ont pour objet de fournir la matière d'une nouvelle base de la politique du grand âge en France, visant à passer d'une gestion de la dépendance à un véritable soutien à l'autonomie, qui doit être portée pour partie par une loi. Cette loi aura notamment pour objet de faire toute sa place au grand âge dans une stratégie de protection sociale du XXIe siècle cohérente et qui, en définitive entend, par l'exercice de la solidarité nationale, développer et soutenir l'autonomie de chacun, tout au long de sa vie.

Mais beaucoup de mesures ne sont pas de niveau législatif. Certaines nécessitent leur prise en charge très rapide dès 2019, d'autres nécessiteront une montée en puissance et un suivi pendant plusieurs années.

Ces dispositions devront être étroitement articulées avec celles de la loi santé, ressortant du champ du handicap, des maladies neuro-dégénératives ou de la fin de vie, qui font l'objet d'études ou de plans par ailleurs.

Si l'impulsion politique sera déterminante, c'est aussi la prise en charge de ce sujet par l'ensemble de nos concitoyens qui permettra de remettre nos aînés à la place voulue, au cœur de notre société, d'une société bienveillante et inclusive.

LISTE DES PROPOSITIONS

Donner du sens au grand âge

Objectif : Sensibiliser pour inclure la personne âgée dans la vie de la cité

- Lancer une campagne nationale de sensibilisation aux problématiques du grand âge.
- Dans le cadre de la scolarité obligatoire, développer les liens intergénérationnels et sensibiliser dès le plus jeune âge à la notion de solidarité et au processus de vieillissement.
- Diffuser une culture de vigilance et de service attentionné à l'égard de la personne âgée dans l'ensemble des lieux accueillant du public.
- Dynamiser la lutte contre l'âgisme

Objectif : Renforcer l'intégration de la politique du grand âge et des politiques du cadre de vie de la personne âgée

- Établir le champ de la consultation obligatoire du Conseil de l'âge du HCFEA (5° de l'art. L142-2 CASF) aux transports, au logement, à l'aménagement et à la cohésion des territoires, à la culture et à la vie associative.
- Revoir la composition du Conseil de la CNSA pour mieux prendre en compte les aspects liés au cadre de vie des personnes âgées et renforcer la représentation des personnes âgées et des proches aidants
- Encourager et renforcer l'action des collectivités locales pour améliorer le cadre de vie de la personne âgée à travers les schémas départementaux de l'autonomie

Objectif : Faciliter l'accès des personnes âgées à des solutions innovantes de mobilité, d'adaptation du logement et d'amélioration du quotidien

- Expérimenter des « bilans d'autonomie » incluant le cadre de vie de la personne âgée
- Étudier l'introduction dans les contrats d'assurance habitation d'une offre de financement de l'adaptation du logement
- Réaliser avant fin 2020 une évaluation du dispositif de logement inclusif prévu par la loi ELAN
- Diffuser et valoriser les bonnes pratiques d'adaptation du cadre de vie au niveau local et national
- Dans le cadre de l'initiative French Mobility, recenser et diffuser les initiatives innovantes de mobilité inclusive
- Mobiliser davantage les maisons de service au public auprès des personnes âgées
- Mettre fin aux zones blanches de la mobilité en rendant obligatoire l'exercice de la compétence d'autorité organisatrice des mobilités par les intercommunalités
- Établir aux personnes âgées le dispositif d'accompagnement solidaire à la mobilité prévu dans le cadre de la loi ELAN
- Faciliter l'accès à l'information en adaptant les portails existant et en améliorant leurs interconnexions
- Mieux prendre en compte dans la conception des objets du quotidien les situations de fragilité et de handicap

Objectif : Affirmer en tout lieu la dignité de la personne âgée en prévenant la maltraitance

- Organiser un réseau départemental d'alerte chargé du recueil des signalements de maltraitance sur les territoires
- Mettre en place des instances de traitement des alertes de maltraitance
- Accompagner les établissements ou services, après chaque fait avéré, dans une analyse systémique des facteurs de risque de maltraitance au sein de l'établissement ou service concerné
- Établir au niveau national un rapport annuel sur la maltraitance des personnes âgées en perte d'autonomie, sur la base des remontées des analyses précédentes

Aider les proches aidants et rompre l'isolement de la personne âgée

Objectif : Simplifier la vie des aidants, faciliter leurs démarches et rendre leurs droits plus effectifs

- Généraliser une offre de service d'information, d'orientation, d'aide aux démarches administratives au sein d'un guichet unique.
- Mettre à disposition des aidants des outils d'évaluation de leurs besoins et de simplification du quotidien

Objectif : Améliorer l'accompagnement financier des proches aidants

- Indemniser le congé de proche aidant
- Dans le cadre de la refonte de la prestation autonomie, faciliter l'accès aux solutions de répit pour les proches aidants

Objectif : Mieux concilier le rôle de proche aidant et la vie professionnelle

- Faire de la conciliation du rôle d'aidant et de la vie professionnelle un sujet obligatoire du dialogue social de branche professionnelle et un item du bilan social annuel de l'entreprise
- Promouvoir et diffuser les couvertures assurantielles collectives à destination des aidants
- Mieux repérer les fragilités de l'aidant en mobilisant les services de santé au travail
- Développer un parcours attentionné pour les proches aidants au sein de l'action sanitaire et sociale des travailleurs indépendants
- Inclure le soutien aux proches aidants dans les critères de responsabilité sociale et environnementale des entreprises
- Généraliser les services aux proches aidants dans le cadre des contrats d'assurance dépendance individuels

Objectif : Innover sur les territoires en faveur des proches aidants

- Mobiliser le dossier médical partagé pour améliorer le suivi médical des proches aidants
- Mobiliser les Conférences des financeurs pour la perte d'autonomie sur le soutien aux actions innovantes en direction des aidants
- Expérimenter des bilans de santé systématiques pour les proches aidants

Objectif : Lutter contre l'isolement de la personne âgée en mobilisant les bénévoles de tous les âges

- Lancer une mobilisation nationale des bénévoles auprès des personnes âgées
- Mobiliser le service national universel et le service civique auprès des personnes âgées
- Créer une plateforme nationale de l'engagement citoyen des seniors recensant l'ensemble des offres auprès des acteurs de proximité (associations, CCAS, Conseils départementaux)

Garantir le libre choix de la personne âgée

Assurer la viabilité, l'attractivité et la qualité des soins à domicile

- Réformer le mode de financement des SAAD pour assurer leur viabilité, réduire les disparités en matière de financement et prendre en compte les temps nécessaires à la formation, à la coordination et à la prévention
- Réformer le financement des SSIAD pour garantir la prise en compte des besoins des personnes accompagnées
- Augmenter le nombre de places en accueil familial en confortant leur cadre juridique et en les adossant à des établissements ou services.

Développer des modes d'habitats intermédiaires pour les personnes âgées plus autonomes

- Permettre le financement des résidences autonomie par les prêts locatifs à usage social (PLUS)
- Simplifier la procédure d'ouverture de résidences autonomie en remplaçant l'appel à projets par une procédure d'autorisation
- Identifier l'ensemble des logements sociaux à destination des personnes âgées dans le décompte des logements sociaux au titre de la loi Solidarité et renouvellement urbain et fixer un objectif de construction spécifique à ce public

- Appuyer le développement de l'habitat inclusif
- Améliorer la visibilité de l'offre en résidences services par un référencement sur le portail de la CNSA

Décloisonner les structures pour améliorer la qualité de service et réaliser des gains d'efficience

- Créer d'un nouveau statut pour des établissements territoriaux pour personnes âgées qui recevraient une autorisation et un financement global pour délivrer une palette de services et constituer ainsi des centres de ressources du Grand âge.
- Développer les accueils temporaires et les accueils de jour, en particulier itinérants et ouvrir les établissements sur leur territoire de proximité
- Appuyer le développement de la télémédecine en permettant aux personnes intervenant à domicile de déclencher une téléconsultation
- Accentuer le décloisonnement des SSIAD et des SAAD au sein des SPASAD.
- Structurer une offre publique en envisageant le détachement administratif des EHPAD des plus grands centres hospitaliers et en regroupant progressivement les opérateurs
- Expertiser la sécurisation juridique, pour les établissements habilités à l'aide sociale, d'un financement à la personne et non plus à la place, à travers une modulation encadrée des tarifs hébergement
- Positionner l'ANAP comme référence dans la diffusion des bonnes pratiques et des accompagnements à la réorganisation du secteur
- Créer un fonds d'accompagnement à la restructuration de l'offre géré par la CNSA et délégué aux ARS doté de 150 M€ par an.
- Établir le tarif partiel des EHPAD et développer les pharmacies à usage intérieur

Piloter par la qualité

- Lancer un plan de rénovation des établissements, en particulier publics de 3 Mds € sur 10 ans. Ce plan intègrera des exigences accrues en termes de qualité architecturale et valorisera la réalisation de petites unités de vie (15-20 personnes) au sein des établissements.
- Créer un fonds qualité pour financer les actions relatives à la qualité de vie au travail, à la prévention ou à la formation préalable à l'obtention de labels.
- Améliorer la qualité de service en EHPAD et à domicile à travers le financement de démarches de labellisation
- Charger la Haute autorité de santé (HAS) d'établir un référentiel national permettant d'évaluer les structures. Celui-ci deviendrait la référence pour toutes les évaluations externes
- Établir rapidement une liste d'indicateurs disponibles dans le tableau de bord des établissements médico-sociaux ou rapidement mobilisables constituant un socle « qualité ». Les structures auraient l'obligation de compléter le tableau de bord, en particulier pour ces indicateurs
- Publier les évaluations et les indicateurs clés sur le site www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr
- Charger un organisme tiers de payer et de rémunérer les organismes évaluateurs externes habilités, définir des critères préalables à leur habilitation et encadrer leur rémunération

Rééquilibrer l'offre sur le territoire

- Mesurer la dépense départementale moyenne de soins par personne de plus de 75 ans.
- Accorder en priorité les autorisations nouvelles aux départements carencés au sens de ce nouvel indicateur.

Changer le regard sur les structures pour personnes âgées et valoriser les bonnes pratiques

- Faire évoluer la sémantique officielle. En particulier, changer de nom des EHPAD : « Maison du grand âge » ou « Maison médicalisée des seniors ».
- Instaurer une journée annuelle nationale portes ouvertes en EHPAD
- Créer un concours régional et national de la qualité de prise en charge des personnes âgées, organisé par thèmes : repas et nutrition, maintien de l'autonomie, écoute de la personne, ouverture de l'établissement sur l'extérieur, « chez soi ».

Mettre la personne âgée au cœur de l'accompagnement et partir de ses attentes, dans une logique de « chez soi »

- Expérimenter la mise en place un « projet de vie » de la personne âgée en établissement
- Prendre en compte un nouvel équilibre entre sécurité et liberté

Prévenir la perte d'autonomie pour augmenter l'espérance de vie sans incapacité

Matérialiser une forte ambition en matière de prévention de la perte d'autonomie en fixant un objectif ambitieux d'augmentation de l'espérance de vie sans incapacité

- Fixer un objectif ambitieux d'augmentation de l'espérance de vie sans incapacité à 65 ans
- Déployer l'approche ICOPE de l'Organisation mondiale de la santé

Proposer une nouvelle offre de prévention et sensibiliser le grand public

- Créer un rendez-vous de prévention de l'avancée en âge
- Lancer une campagne nationale pluriannuelle de sensibilisation à la prévention

Former massivement les intervenants professionnels auprès des personnes âgées aux réflexes de prévention de la perte d'autonomie

- Inscrire dans la formation initiale de tous les professionnels des modules sur la prévention de la perte d'autonomie et le repérage des fragilités de l'avancée en âge
- Développer pour les professionnels des modules de formation continue transversaux afin de créer une culture métier partagée de la prévention
- Imposer dans les CPOM un volet sur la formation des personnels au repérage des fragilités

Diffuser les démarches de prévention dans l'ensemble des structures de prise en charge de la personne âgée

- Conforter et préciser le rôle des intervenants à domicile en tant que lanceurs d'alerte
- Enrichir les pratiques d'évaluation pour enclencher un suivi de l'état fonctionnel de la personne, à domicile comme en établissement
- Mobiliser les Conférences de financeurs pour généraliser les actions préventives à domicile et en établissement
- Renforcer l'implication et le rôle des résidences autonomie dans la diffusion des messages de prévention
- Déployer au sein des hôpitaux une stratégie globale de prévention de la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation

Renforcer le pilotage et l'évaluation de la politique de prévention de la perte d'autonomie

- Renforcer le pilotage national de la politique de prévention
- Moderniser le fonctionnement des Conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie
- Mieux coordonner les actions de prévention conduites par les organismes de sécurité sociale
- Créer un centre de preuves national de la prévention de la perte d'autonomie
- Développer un réseau national d'expertise et de ressources, constitué notamment des gérontopôles et des grands pôles de gériatrie
- Développer les échanges d'informations entre organismes de sécurité sociale pour mieux repérer les fragilités

Améliorer les conditions de vie de la personne âgée à travers la valorisation des métiers

Accroître le temps de présence humaine en proximité de la personne

- Augmenter de 25 % les effectifs d'encadrement en EHPAD d'ici 2024
- Équilibrer le modèle de financement des services d'aide à domicile pour permettre des temps d'intervention suffisants auprès des personnes
- Construire une méthodologie permettant de fixer des références indicatives de temps nécessaire pour chaque intervention humaine

- Fixer une durée minimale pour les interventions à domicile

Améliorer les conditions de travail des professionnels et la qualité de l'accompagnement des personnes par l'innovation organisationnelle

- Modéliser et diffuser les enseignements tirés des innovations organisationnelles du secteur
- Engager la filière dans un plan de prévention des risques professionnels à domicile et en établissement
- Positionner les ARS en chefs de file du soutien aux démarches de qualité de vie au travail et des échanges de bonnes pratiques entre employeurs
- Sensibiliser les établissements et services aux bonnes pratiques d'accueil des professionnels débutants et développer des formations adaptées
- Réformer la taxe sur les salaires afin de réduire le recours au temps partiel

Avancer vers des hausses de rémunération ciblées pour les métiers du grand âge, à domicile comme en établissement

- Coupler la réforme du financement des SAAD avec des mesures de revalorisation salariale pour ce secteur
- Valoriser, pour les professionnels du domicile, les temps collectifs de coordination des interventions auprès de la personne et d'échanges de pratiques
- Créer des fonctions de responsable d'unité de vie en EHPAD et de cadre qualité, assorties d'une revalorisation salariale
- Engager un chantier de mise à jour et de convergence des conventions collectives

Engager une montée en compétence de l'ensemble des professionnels du grand âge dans une perspective d'amélioration de la justesse relationnelle de l'intervention

- Adapter les capacités de formation au besoin de recrutement pour les années à venir
- Refondre les référentiels de compétences et de formation pour créer une filière « grand âge » commune à l'exercice à domicile et en établissement
- Innover dans les méthodes et les pratiques de formation des métiers de l'âge afin de renforcer les compétences de compréhension et d'empathie
- Adapter les critères de sélection des candidats aux concours des métiers de proximité en renforçant la prise en compte des aptitudes relationnelles et de la capacité d'écoute du candidat.
- Favoriser le développement de l'apprentissage et de l'alternance pour les métiers du grand âge
- Revoir les référentiels de formation de l'encadrement des établissements et services en valorisant les compétences managériales, notamment le management des démarches qualité
- Intégrer fortement la gérontologie dans la formation continue des professionnels de santé

Ouvrir des perspectives de carrière pour les métiers du grand âge, faciliter les reconversions professionnelle et mobiliser des compétences variées auprès des personnes âgées

- Prévoir un abondement incitatif spécifique du CPF pour les formations du secteur du grand âge
- Mobiliser le service public de l'emploi dans la promotion des carrières du grand âge
- Décloisonner les métiers à l'occasion d'une refonte du Diplôme d'État d'accompagnant éducatif et social (DEAES)
- Organiser une montée en compétences des personnels sur les troubles cognitifs en généralisant la formation d'adaptation à l'emploi d'assistant de soin en gérontologie
- Mobiliser les infirmières en pratiques avancées pour le suivi médical des personnes âgées à domicile et en établissement
- Adapter le périmètre de compétences des personnels infirmiers
- Mobiliser un panel plus large d'expertises auprès de la personne âgée

Piloter une politique transversale de valorisation des métiers du grand âge

- Créer une plate-forme nationale des métiers du grand âge
- Lancer des actions nationales de communication pour valoriser et promouvoir les métiers de l'autonomie

Rénover les prestations

Simplifier la vie des personnes âgées et des proches aidants et faciliter leurs démarches

- Généraliser une offre de service d'information, d'orientation, d'aide aux démarches administratives et gestion de cas complexe au sein d'un guichet unique, la « Maison des aînés et des aidants ».
- Développer de nouveaux services en ligne et faciliter l'accès à l'information sur les droits et sur la qualité de prestations fournies par les structures de prise en charge
- Communiquer aux personnes âgées en perte d'autonomie le coût complet de leur accompagnement en faisant apparaître la prise en charge par la solidarité nationale
- Généraliser la télétransmission et la télégestion avec versement direct de la prestation au prestataire et mise en place d'une prestation « tout-en-un » par le CNCESU pour les modes mandataire et emploi direct

Rénover les prestations à domicile et mieux les articuler avec celles qui relèvent du handicap pour assurer l'effectivité des droits

- Créer une nouvelle « prestation autonomie » distinguant trois volets à domicile : aides humaines, aides techniques, répit et accueil temporaire
- Harmoniser les évaluations et les rendre opposables pendant un an
- Décaler la barrière d'âge entre la prestation de compensation du handicap et la prestation destinée aux personnes âgées
- Encourager le développement de la location de matériel plutôt que son acquisition dans le cas du financement des aides techniques

Matérialiser l'affirmation de la perte d'autonomie des personnes âgées comme risque de protection sociale en simplifiant le pilotage des établissements, en assumant la part du financement national et en socialisant le risque long de perte d'autonomie lourde en établissement

- Engager la fusion des sections tarifaires soin et dépendance en établissement afin de simplifier la gouvernance des EHPAD et le pilotage des démarches qualité et de la transformation du modèle de l'établissement.
- Mettre en place un « bouclier autonomie » pour les durées de résidence en établissement en GIR 1 et 2 supérieures à 4 ans.
- Prévoir un financement partagé entre départements et CNSA des nouvelles dépenses relatives à la perte d'autonomie

Mieux prendre en compte la capacité des personnes à assumer financièrement leur perte d'autonomie dans un triple objectif d'équité intergénérationnelle, intragénérationnelle et territoriale

- Créer un volet « établissement » de la prestation autonomie dégressif en fonction des ressources et se substituant à l'allocation logement et à la réduction d'impôt en établissement
- Harmoniser les pratiques en termes d'aide sociale à l'hébergement en supprimant à court terme l'obligation alimentaire pour les petits enfants et en introduisant un barème indicatif national.
- Améliorer le reste à vivre des bénéficiaires de l'ASH de 104 €/mois à 156 €/mois.
- Aligner la prise en compte des ressources du couple dans le cadre de la nouvelle prestation autonomie sur celle des autres prestations
- Mieux valoriser le patrimoine dans les ressources du bénéficiaire de la nouvelle prestation autonomie pour plus d'équité, notamment entre le domicile et l'établissement
- Mettre en extinction progressive l'APA au profit de la nouvelle « prestation autonomie »

Recentrer les dispositifs d'exonération de cotisations sociales ou de crédit d'impôt sur les publics fragiles.

- Décaler progressivement à 75 ans l'âge ouvrant droit à exonération de cotisations patronales pour l'emploi à domicile
- Recentrer le crédit d'impôt sur les services à la personne sur les besoins sociaux en différenciant les plafonds de dépense

Mettre un terme aux réponses en silos

Éviter toute rupture de parcours pour les personnes âgées et engager l'ensemble des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux dans un décloisonnement de leurs interventions

- Définir par la voie législative un droit commun au parcours de santé et d'autonomie pour les personnes âgées
- Généraliser des plans personnalisés de santé (PPS) à compter de 2020
- Garantir et rendre obligatoires des systèmes d'information partagés, collaboratifs et évolutifs entre les informations médico-sociales, sanitaires ou sociales, accessibles en mobilité pour tous les parcours
- Mettre en place un dispositif de soutien à la logique de parcours
- Faire évoluer l'organisation interne des ARS pour une meilleure prise en compte des logiques de parcours

Prévenir les hospitalisations et les passages aux urgences évitables

- Contribuer au soutien à domicile dans le cadre de l'organisation territoriale des soins de proximité grâce à la mobilité des équipes hospitalières expertes et par le développement du numérique
- Tendre vers le « zéro passage aux urgences évitable » des personnes âgées en organisant l'admission directe des personnes âgées dans les services hospitaliers

Organiser le séjour de la personne âgée en établissement de santé de manière à éviter les ruptures de parcours

- Limiter l'attente des personnes âgées aux urgences
- Favoriser les admissions directes en soins de suite et de réadaptation (SSR) polyvalents ou gériatriques des personnes âgées venant du domicile, des EHPAD ou des services des urgences
- Affirmer et organiser une responsabilité territoriale des hôpitaux de proximité labellisés à l'égard de la personne âgée
- Renforcer le recours à l'expertise gériatrique dans les services de spécialité et renforcer l'offre de gériatrie
- Anticiper, préparer et organiser la sortie d'hospitalisation afin de limiter les réadmissions évitables des personnes âgées
- Expérimenter le financement par l'APA d'1 à 2h hebdomadaires de présence au chevet en cas d'hospitalisation dans une logique de continuité de services et pour faciliter le retour à domicile

Promouvoir un établissement de santé bienveillant pour la personne âgée

- Renforcer la culture de la bienveillance à l'égard des personnes âgées au sein des établissements de santé
- Mieux évaluer la qualité des prises en charge des personnes âgées en établissements de santé

Un risque national à part entière

Reconnaître la perte d'autonomie comme un risque de protection sociale à part entière

- Intégrer le risque perte d'autonomie de la personne âgée dans le champ des lois de financement de la sécurité sociale.

Faciliter les remontées d'informations et les traitements statistiques ainsi que l'observation économique pour mieux piloter le risque social de perte d'autonomie des personnes âgées

- Poursuivre les améliorations apportées au compte de la dépendance et l'actualiser plus régulièrement, notamment après des modifications législatives

- Intégrer systématiquement les identifiants nationaux des personnes et des structures dans les systèmes d'information pour faciliter les échanges et les études d'appariement.
- Créer un fichier national des bénéficiaires de l'APA (ou de la nouvelle « prestation autonomie ») hébergé par la CNSA et qui faciliterait les appariements avec le SNIIR-AM
- Améliorer les remontées d'informations statistiques existantes
- Adapter les enquêtes statistiques au vieillissement de la population pour rendre compte de la situation des personnes les plus âgées.
- Créer un observatoire économique de la prise en charge des personnes âgées, rattachée à la DREES

Accélérer et encourager les travaux de recherche liés au vieillissement afin d'éclairer la prise de décision dans le champ du grand âge

- Conduire une politique volontariste pour inciter à la recherche fondamentale et à la recherche clinique sur le vieillissement
- Encourager les recherches en sciences humaines et sociales pour mieux comprendre et appréhender le vieillissement, la vieillesse et la fin de vie en tant que phénomène social, et favoriser la logique d'interdisciplinarité

Affecter des ressources publiques au financement de la perte d'autonomie de la personne âgée, sans hausse de prélèvement obligatoire

- Créer à partir de 2024 un nouveau prélèvement social dédié en utilisant l'assiette de la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS)
- Confier au Fonds de réserve des retraites le placement des excédents de rendement du nouveau prélèvement social finançant la perte d'autonomie des personnes âgées
- Financer les dépenses de 2020 à 2024, en recourant à :
  - L'affectation d'excédents du régime général de la sécurité sociale sous la forme d'affectation à la CNSA d'une quote-part de la CSG. En particulier, une fraction du produit de la sous-indexation des pensions prévue pour 2020 pourrait être affectée aux mesures d'urgence proposées pour le secteur ;
  - La priorisation dans l'arbitrage annuel de l'ONDAM de l'enveloppe de l'objectif général de dépenses personnes âgées ;
  - Un décaissement du Fonds de réserve des retraites (FRR).

En complément du financement public du nouveau risque de protection sociale, favoriser la mobilisation des patrimoines financiers et immobiliers

- Ne pas mettre en place d'une assurance privée obligatoire
- Favoriser le développement de produits d'assurance privée facultative en mettant en place un cadre clair et homogène pour ces contrats afin de sécuriser les souscripteurs et de favoriser leur développement
- Développer les instruments de mobilisation des patrimoines, en particulier les sorties en rentes viagères des produits d'épargne, les solutions mutualisées de viager et le prêt viager hypothécaire

Repositionner le Conseil départemental en proximité de la personne âgée et renforcer la conduite partenariale de la politique du grand âge au niveau départemental

- Conforter le rôle d'animation territoriale du Conseil départemental en matière d'adaptation du cadre de vie de la personne âgée en perte d'autonomie
- Instaurer un co-pilotage des Maisons des aînés et des aidants entre ARS et Conseils départementaux
- Créer des conférences départementales du grand âge intégrant les conférences des financeurs et les CDCA, et dotées de missions élargies
- Expérimenter dans un nombre resserré de départements un pilotage unique des évaluations médico-sociales par les Conseils départementaux

Trois scenarii de pilotage de l'offre médico-sociale sont proposés

- Scénario n° 1 : Pilotage unifié avec possibilité de délégation de compétences
- Scénario n° 2 : L'ARS devient le pilote unique de l'ensemble de l'offre médico-sociale pour les personnes âgées, à domicile comme en établissement et le Conseil départemental est le pilote de la stratégie départementale et l'interlocuteur de proximité de la personne
- Scénario n° 3 : Le Conseil départemental devient l'interlocuteur de gestion unique pour l'ensemble de l'offre médico-sociale pour les personnes âgées, à domicile comme en établissement, et l'ARS est recentrée sur ses missions de contrôle

Renforcer les compétences de la CNSA, notamment en matière de pilotage financier et de garanties d'équité entre les territoires

- Conforter les missions de caisse de la CNSA, en lien avec la création d'un nouveau risque de protection sociale intégré dans le PLFSS
- Faire de la CNSA un garant de l'équité territoriale à travers la publication de données départementales de qualité de service à l'usager
- Confier à la CNSA une mission d'animation et d'outillage du réseau des Maisons des aînés et des aidants
- Renforcer les compétences et les moyens de la CNSA dédiés au repérage des innovations à leur diffusion auprès des acteurs
- Confier à la CNSA le pilotage d'un chantier de rapprochement des systèmes d'information dans le secteur

Évaluer la réforme, notamment sur les aspects de gouvernance et de pilotage

- Prévoir une évaluation de la réforme dans un horizon de trois ans, comportant notamment une évaluation du système et des outils de gouvernance et de pilotage

3 Annexes

SOMMAIRE

1. LETTRE DE MISSION DE DOMINIQUE LIBAULT

2. LES ATTENTES EXPRIMÉES PAR LES FRANÇAIS

3. RECOMMANDATIONS DU COMITÉ SCIENTIFIQUE

4. ENJEUX FINANCIERS RELATIFS AUX PROPOSITIONS

5. GRAND ÂGE ET PLAISIR DE LA TABLE

6. L'ORGANISATION DE LA CONCERTATION

7. LA CONCERTATION DANS LES TERRITOIRES : 500 PERSONNES RÉUNIES LORS DE FORUMS RÉGIONAUX

8. LES PERSONNES ÂGÉES ET LEUR PRISE EN CHARGE

9. L'EXPÉRIENCE ALLEMANDE

10. L'EXPÉRIENCE SUÉDOISE

11. L'INTÉGRATION DU RISQUE PERTE D'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES DANS LE CHAMP DES LOIS DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

12. LES PARTICIPANTS À LA CONCERTATION

ANNEXE N° 1 :
LETTRE DE MISSION DE DOMINIQUE LIBAULT

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Le Premier Ministre

Paris, le 17 SEP. 2018

Monsieur,

Le vieillissement de la population, avec l'arrivée prochaine aux grands âges de la génération du baby-boom, est un enjeu majeur en ce qu'il interroge la place des personnes âgées dans notre société ainsi que les dispositifs de solidarité et d'accompagnement à mettre en place. Le nombre de personnes dépendantes pourrait augmenter de 1,3 million en 2016 à 2,4 millions en 2060. Les dépenses afférentes à la dépendance pourraient passer de 1,4% en 2014 à 2,6% du PIB en 2060.

Le Président de la république a annoncé sa volonté de mettre en œuvre une réforme permettant une meilleure prise en charge durable du vieillissement. Dans ce cadre, je vous demande de conduire une réflexion et de formuler des propositions sur l'organisation, la prise en charge, le financement et la gouvernance de la perte d'autonomie.

A partir des éléments de diagnostic largement établis par les rapports récents (dont ceux du HCFEA, du CCNE, de l'IGAS et les récents rapport parlementaires sur le sujet) et des éléments de comparaisons internationales, vous examinerez les évolutions à apporter aux différentes modalités de prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie, qu'il s'agisse des structures d'accueil ou des services favorisant le maintien à domicile, y compris les nouvelles formes de logement ou d'hébergement.

Les évolutions proposées veilleront à permettre d'améliorer la prévention de la dépendance, ainsi que le soin et l'accompagnement des personnes le nécessitant, mais elles concerneront aussi le champ de l'habitat et des transports. Vous pourrez proposer des évolutions du modèle de prise en charge à domicile et en établissement en veillant à prendre en compte les enjeux de formation, recrutement et attractivité des métiers du soin aux personnes âgées et leur qualité de vie au travail. En outre, vous proposerez une réflexion sur la place des aidants et l'appui dont ils doivent bénéficier. Vous veillerez à l'articulation de vos propositions avec les politiques inclusives du handicap dès lors que ces propositions concernent des dispositifs bénéficiant également aux personnes en situation de handicap et à leurs aidants.

.../...

Monsieur Dominique LIBAULT
Ministère des Solidarités et de la Santé
14 avenue Duquesne
75007 PARIS

Hôtel de Matignon - 57, rue de Varenne - 75007 PARIS - Téléphone : 01 42 75 80 00

En vous fondant notamment sur les expériences déjà existantes, vous ferez des préconisations visant à favoriser sur l'ensemble du territoire des services coordonnés permettant aux personnes âgées fragilisées d'accéder facilement à l'ensemble des services sanitaires, sociaux, médico-sociaux. Vous veillerez à la continuité et à la réactivité de ces systèmes d'accompagnement, dans le double souci de leur qualité au bénéfice des personnes âgées et de leur pertinence et de leur adéquation aux besoins réels de celles-ci. Vous veillerez à bien articuler ces propositions aux évolutions de l'ensemble du système de santé, évolutions auxquelles vous serez associé.

Vous examinerez ensuite les différentes modalités de financement de la dépendance au regard des perspectives financières de la dépense à l'horizon 2040 en vous fondant notamment sur les travaux du HCFIPS et du HCFEA. Vous intégrerez dans ce diagnostic l'évaluation des besoins, la question de l'accessibilité financière et des restes à charge, et de l'efficience des dispositifs financés, permettant de déterminer des scénarios d'augmentation de la dépense et de la part qui serait prise en charge par la solidarité nationale.

Différentes hypothèses de financement seront étudiées, parmi lesquelles la mobilisation de tout ou partie des ressources disponibles après l'apurement de la dette sociale, les disponibilités générées par l'évolution de la situation financière de l'ensemble de la sécurité sociale, ou l'affectation de nouveaux financements. La place des supports assurantiels pourrait également être redéfinie. Il conviendra également d'examiner les différents leviers, fiscaux ou relatifs à la mobilisation du patrimoine immobilier par exemple, qui pourraient permettre d'améliorer la capacité d'autofinancement des personnes dépendantes. Il conviendra de bien préciser l'impact qu'auraient les mesures que vous proposerez sur nos comptes publics. Ces évolutions du financement pourront être accompagnées de propositions de réforme des modalités de tarification des établissements et des services. Vous veillerez également à l'articulation de vos propositions avec les évolutions qui seront envisagées dans le cadre de la réforme des retraites.

Enfin, vous proposerez des évolutions de la répartition des rôles et responsabilités dans le pilotage de cette politique publique. La modernisation et la simplification de l'action publique commandent d'interroger le partage des responsabilités entre les agences régionales de santé et les départements en termes d'efficacité et d'équité. S'agissant du pilotage global, diverses options semblent devoir être étudiées, allant d'une intégration au sein de l'ONDAM à la création d'une nouvelle « branche » de la sécurité sociale ou d'un « cinquième risque ». Dans cette hypothèse vous étudierez également les conséquences en termes de gouvernance de la politique de la prise en charge de la dépendance sur le territoire.

Vous vous appuierez sur une large concertation avec l'ensemble des parties prenantes, en particulier les départements et l'Assemblée des départements de France. Vous associerez les agences régionales de santé au recueil et à l'analyse des solutions innovantes qui pourraient être généralisées.

Vous veillerez aussi tout particulièrement à ce que la parole des personnes âgées et de leurs aidants puisse être entendue dans cette phase de concertation.

Vous rapporterez à la ministre des solidarités et de la santé, responsable de cette réforme, qui associera en particulier le ministre d'Etat, ministre de l'intérieur, la garde des sceaux, ministre de la justice, le ministre de la cohésion des territoires, le ministre de l'économie et des finances, le ministre de l'action et des comptes publics, la ministre chargée des transports, la secrétaire d'Etat chargée des personnes handicapées.

Vous bénéficierez des concours directs des administrations concernées, notamment la direction générale de la cohésion sociale, la direction de la sécurité sociale, la direction générale de l'offre de soins, la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques ainsi que de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et de la haute autorité de santé. Vous veillerez à associer étroitement à vos travaux le conseil de la caisse et sa présidente ainsi que le haut conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge.

Je souhaite que vous puissiez me présenter d'ici la fin janvier 2019 les résultats d'une première phase approfondie de vos travaux, dans une approche concrète et concertée, permettant au Gouvernement de définir en 2019 les contours d'une réforme ambitieuse de la prise en charge de la dépendance.

Je vous prie de croire, Monsieur, à l'assurance de mes sentiments les meilleurs.

Edouard PHILIPPE

ANNEXE N° 2 LES ATTENTES EXPRIMÉES PAR LES FRANÇAIS

Deux dispositifs ont été mis en place pour donner la parole aux Français dans le cadre de la concertation grand âge et autonomie.

Une consultation citoyenne en ligne a réuni 414 000 participants de la France entière.

Pour une écoute qualitative des personnes âgées en perte d'autonomie, des aidants et des professionnels, 16 focus groups et 54 entretiens individuels ont réuni 140 personnes.

LES RÉSULTATS DE LA CONSULTATION CITOYENNE : UNE PARTICIPATION D'UNE AMPLEUR INÉDITE AVEC 414 000 PARTICIPANTS

Entre octobre et décembre, 414 000 participants ont posté 18 000 propositions sur le site make.org pour répondre à la question « Comment mieux prendre soin de nos aînés ? ». Au total, 1,7 million de votes ont été enregistrés. Cette consultation a mobilisé des citoyens venus de toute la France et de toutes les tranches d'âge. Quatre grandes priorités se dégagent de ces propositions :

Améliorer les conditions de travail et de vie des professionnels et des proches aidants

Améliorer les conditions de travail des personnels d'aide et de soin. Cette idée s'exprime sur quatre thèmes récurrents : le renforcement des effectifs, la formation, le développement des aides techniques, la revalorisation des salaires, *« Il faut augmenter le ratio aidants/résidents dans les EHPAD (maisons de retraite) »* - Olivier (Pyrénées Orientales).

Mieux accompagner les aidants. Parmi les propositions les plus fréquemment mises en avant, figurent par exemple : une meilleure information et formation, une meilleure reconnaissance, des aides à l'aménagement des logements, des mesures de soutien financier notamment pour les aidants actifs. *« Il faut soutenir les aidants car c'est difficile au quotidien de s'occuper de quelqu'un d'âgé, les aidants sont en difficulté »* - Aurélie (Vaucluse).

Accroître la qualité et la variété de l'offre de lieux de vie

Renforcer le maintien à domicile. Les citoyens mettent en avant trois demandes majeures : l'adaptation des logements, l'équipement en solutions innovantes (domotique notamment) et un étayage renforcé par les services d'accompagnement à domicile. *« Il faut créer un maillage territorial pour des soins de proximité plus nombreux permettant le maintien à domicile. Et former pour recruter »* - Anne (Hauts-de-Seine)

Améliorer la qualité de service et l'accueil des personnes âgées en établissement. Les Français dessinent plusieurs solutions : augmentation des effectifs en proximité de la personne, unités de vie à taille humaine, plus grande écoute des attentes des résidents et personnalisation de la prise en charge, services diversifiés, meilleur contrôle par les pouvoirs publics de la qualité des prestations et du respect des droits des personnes. *« Il faut accroître le nombre de personnels soignants, pour leur permettre d'agir de façon plus humaine. Le respect de nos anciens en dépend »* - Pierre-Yves (Finistère).

Développer des lieux de vie alternatifs ou intergénérationnels innovants. De nombreuses propositions ont été postées pour permettre aux personnes âgées de combiner les avantages du

maintien à domicile avec ceux de l'établissement à travers une offre d'accueil renouvelée et décloisonnée (EHPAD hors les murs, plateformes de services par exemple). La proximité entre les générations, avec les habitats intergénérationnels, constitue également une attente forte. *« Il faut développer des petites structures à domicile dans les villages (en charge 2 à 4 personnes) avec du personnel paramédical »* – Janine (Corse)

Réduire le coût de la prise en charge en établissements et à domicile

La dimension financière, et notamment la difficulté pour les familles à assumer le coût lié au vieillissement et à la perte d'autonomie est mentionnée fortement avec trois priorités : un élargissement de la couverture publique, une meilleure régulation des prix, une plus grande justice dans l'octroi d'avantages fiscaux. *« Il faut des tarifs accessibles à tous en EHPAD, régulés en fonction des revenus et des biens patrimoniaux pour que tous y aient accès »* - Elisa (Loire-Atlantique).

Renforcer l'accès à la santé pour les personnes âgées

L'adaptation du système de santé au vieillissement apparaît clairement comme une priorité des citoyens qui proposent : une présence directe des professionnels au domicile, une adaptation du système hospitalier, des outils de contrôle et de prévention de la perte d'autonomie et de la dégradation de l'état de santé. *« Il faut créer des services d'urgence de proximité pour les personnes âgées »* - Dominique (Manche). *« Il faut permettre l'accès à la santé visuelle et auditive sur les lieux de vie des personnes : à domicile, EHPAD, en résidences services »* - Matthieu (Savoie).

LES RÉSULTATS DE L'ÉCOUTE QUALITATIVE DES PERSONNES ÂGÉES, AIDANTS ET PROFESSIONNELS

Pour nourrir la concertation, 16 focus groups et 54 entretiens individuels ont été réalisés entre novembre 2018 et janvier 2019 par Kantar Public. Ils ont réuni 140 personnes (personnes âgées en perte d'autonomie, jeunes séniors autonomes, professionnels et aidants familiaux).

Les constats et attentes exprimés dans le cadre de ce dispositif sont ici restitués. Étant donnée la taille de l'échantillon, ils n'ont pas vocation à être représentatifs et doivent être resitués pour ce qu'ils sont : une photographie partielle et incomplète certes, qui révèle cependant des réalités vécues qu'il convient d'entendre, de comprendre et d'intégrer à la prise de décision publique. Ces constats et attentes n'enlèvent rien à l'engagement des professionnels du grand âge et aux bonnes pratiques qui ont pu être relevées au cours de la concertation.

L'ATTENTE D'UNE RÉFORME AMBITIEUSE QUI DONNE UNE PLACE CENTRALE AUX POUVOIRS PUBLICS

Au regard du sombre constat Dressé par l'ensemble des personnes interrogées, de très fortes attentes s'expriment pour repenser entièrement la prise en charge de la perte d'autonomie et son financement. Les Français interrogés demandent des mesures puissantes qui s'inscrivent dans un projet et un discours global sur le grand âge dans la société française et son accompagnement par les pouvoirs publics. Les participants indiquent une réelle volonté de rupture par rapport aux défaillances du système actuel.

Méthodologie/échantillon :

Personnes âgées en perte d'autonomie : 46 entretiens individuels, profils divers

- Des jeunes séniors autonomes : 1 réunion de groupe auprès de personnes de 60-65 ans,
- Des aidants : 4 réunions de groupe (8 à 10 personnes par groupe) ainsi que 8 entretiens individuels,
- Des professionnels de santé et médico-sociaux intervenant à domicile et en EHPAD (infirmières, aides-soignants, auxiliaires de vie, psychomotriciens, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, assistantes sociales) avec 11 réunions de groupe.

Dans ce contexte de fortes angoisses et de crispation, les personnes interrogées ont du mal à envisager la prise en charge de la perte d'autonomie sous l'angle de la responsabilité individuelle et ont tendance à en appeler massivement à la responsabilité des pouvoirs publics.

VIVRE LE GRAND ÂGE ET LA PERTE D'AUTONOMIE : L'EXPRESSION DES PERSONNES ÂGÉES

Une intériorisation de la contrainte

Entre silence et non-dit, on relève une retenue dans l'expression des difficultés. Par volonté de ne pas inquiéter, de ne pas être une charge, les personnes âgées ne se sentent souvent pas légitimes à demander quoi que ce soit. Un mal-être s'observe, se déduit des témoignages de proches, plus qu'il n'est exprimé. *« Quand je ne vais pas bien, je regarde la télé et j'attends que ça passe. Sinon je vais me coucher, et je reste seule »* (femme, 85 ans, à domicile).

L'ultime crise existentielle ?

Les personnes âgées vivent une véritable rupture biographique. La peur de la déchéance, de la mort *« comme prochaine étape »* émaille leur discours. Elles expriment la difficulté de ne plus être maîtresses de leur vie et d'être privées de leur liberté. *« Ce n'est pas facile de vivre à côté de sa vie. (…) On ne fait plus rien ici. On attend toute la journée, les repas, les soins ».* (homme, 89 ans EHPAD). Un fort sentiment d'inutilité domine.

Un rétrécissement de l'espace social

Pour les personnes interrogées, la vieillesse et la perte d'autonomie isolent tant socialement que géographiquement car la mobilité est de plus en plus réduite. *« Je ne vois plus mes amies, elles habitent trop loin, et elles sont venues jusqu'ici mais je n'ai pas entendu la sonnette ».* (femme, 78 ans, domicile)

Des difficultés matérielles pesantes

Les personnes âgées soulignent les difficultés à accomplir les tâches du quotidien même insignifiantes. *« Ça m'arrive de ne pas pouvoir ouvrir un bocal, alors j'attends que mon voisin passe dire bonjour, je ne veux pas le déranger pour si peu ».* (femme, 80 ans, domicile). À cela s'ajoutent des préoccupations financières.

LE DIFFICILE RÔLE DE PROCHE AIDANT

Amour, devoir et culpabilité

Malgré l'amour et le sens du devoir qui les animent, les proches aidants interrogés ressentent, aussi, beaucoup de colère et de découragement. Mais ces sentiments sont toujours mêlés d'une forte culpabilité. *« Un enfant vous le voyez progresser, vos parents vous les voyez régresser », « Ça devient une corvée d'aller voir ses parents ».* (aidants)

Faire, beaucoup, tout le temps

Être aidant c'est être présent à tout moment pour répondre aux urgences, pour accomplir les tâches que la personne âgée n'est plus en mesure de faire, pour rendre visite, ou compenser les faiblesses perçues en EHPAD. Il faut penser à tout pour trouver les financements, les bons interlocuteurs, les structures d'accueil, ce qui se révèle particulièrement ardu tant les informations semblent difficiles à obtenir. *« J'ai un peu tapé à toutes les portes (…). Mais on doit se débrouiller par nous-mêmes on nous fait tourner en bourrique (aidants) ».*

Un impact sur la vie privée et professionnelle, sur la santé et les finances

Concilier au mieux son rôle d'aidant, son activité professionnelle et familiale est source de stress pour les personnes interrogées. « Au niveau de l'entreprise, rien n'est prévu, c'est ton problème ». (aidant, femme, 58 ans). Cet investissement est aussi préjudiciable pour leur santé. Sur le plan financier, les aidants-enfants peuvent être mis à contribution. Ces dépenses représentent parfois des sacrifices impossibles, sources de fortes angoisses. Dans certains cas, le proche aidant renonce à son activité professionnelle, ce qui peut créer des situations de précarité dont les personnes interrogées regrettent la faible compensation par la collectivité.

LE CHOC DE LA PERTE D'AUTONOMIE ET L'URGENCE DE LA PRISE EN CHARGE

Une prévention peu institutionnalisée

De l'avis de l'ensemble des personnes interrogées, la prévention de la perte d'autonomie est un sujet flou, sans acteurs identifiés, dont elles peinent à trouver la traduction concrète.

Une révélation souvent brutale et une gestion dans l'urgence

La plupart des personnes n'anticipent pas la perte d'autonomie car elles refusent de se projeter ou n'imaginaient pas vivre aussi longtemps. Pour certains, la difficulté économique du quotidien limite cette projection. L'urgence est source d'angoisse pour les personnes âgées dont l'avis est peu sollicité, pour les proches qui doivent s'adapter rapidement et pour les professionnels qui doivent trouver des solutions dans l'urgence.

Une complexité qui fait de la prise en charge un parcours du combattant

Si l'information ne manque pas, elle est éparpillée et mal identifiée. *« Ça n'a pas de sens pour les familles qu'il y ait la CARSAT, le département, les collectivités territoriales (…). Il y a trop d'institutions qui interviennent. C'est le parcours du combattant. »* (assistante sociale). Les personnes interrogées privilégient l'information de proximité alors que celle-ci régresse avec le manque de professionnels de santé dans certaines régions, les difficultés des mairies, notamment en zone rurale, et la numérisation des services publics.

Un non-recours aux dispositifs existants

À la méconnaissance des aides s'ajoute la complexité des démarches, souvent décourageante. S'exprime également le sentiment de ne pas avoir droit à un accompagnement financier ou de vouloir « tenir ». « Ça peut avoir un côté déshonorant. Pour certains, faire la démarche de voir l'assistante sociale, c'est tomber » (assistantes sociales). À cela s'ajoute une réticence à considérer le coût de l'accompagnement, avec un reste à charge parfois élevé, voire l'utilisation du patrimoine destiné aux enfants. Ce coût devrait, pour les personnes interrogées, être mieux pris en charge par les pouvoirs publics.

LES DYSFONCTIONNEMENTS DE LA PRISE EN CHARGE

Une prise en charge jugée trop médicale

Pour les personnes entendues, la prise en charge manque souvent d'humanité. Elle prend peu en compte la personnalité, les attentes des personnes âgées. *« On ne peut pas se baser que sur la pathologie. (…). C'est un malade, mais c'est aussi un résident qui arrive avec son histoire de vie. »* (personnel soignant, EHPAD)

Des logiques de rentabilité à l'encontre des besoins des personnes âgées

Les personnels souffrent d'un manque de temps qui, de l'avis des personnes interrogées, entraîne forcément un manque d'attention. *« Ils ont besoin de parler mais on doit couper court car on sait qu'on est en retard »* (personnel soignant, domicile).

DES PROFESSIONNELS EN DIFFICULTÉ

Un exercice du métier dans la douleur, sans reconnaissance

S'ils témoignent d'une vocation pour leur métier, les professionnels interrogés décrivent des conditions de travail de plus en plus dures et une souffrance au quotidien avec l'accroissement du nombre de tâches, un contrôle accru de leur activité et le manque de reconnaissance.

Une crise de formation qui entache la qualité de prise en charge

La formation aux métiers du grand âge et à leurs spécificités est jugée insuffisante : aptitudes relationnelles, appréhension des pathologies, importance de leur coordination. « Dans la structure où je suis, on n'est que deux formés à l'accompagnement fin de vie sur 70 » (personnel soignant, EHPAD).

Une maltraitance parfois jugée systématique

Les professionnels interrogés reconnaissent que ce manque de temps est préjudiciable à la qualité du service apporté à la personne, à l'écoute de la personne et à l'humanisation de la prise en charge. Il constitue un facteur de risque de maltraitance. Est également pointé du doigt le fort turnover, notamment pour les aides à domicile.

UN DÉFAUT DE COORDINATION INSTITUTIONNEL ET SUR LE TERRAIN

Un manque de coordination institutionnelle…

La répartition de la prise en charge entre les différents acteurs souffre d'un manque de coordination. Des rôles semblent doublonnés avec une efficacité des échanges liée davantage à la bonne volonté des personnes sur un territoire qu'à l'organisation globale du système.

… jusqu'à une véritable concurrence entre les métiers

Le manque de coordination entre les métiers sanitaires et médico-sociaux est accru à domicile avec des professionnels qui interviennent le plus souvent de façon cloisonnée. Dans la prise en charge de l'aide et du soin, le manque de coordination peut aller jusqu'à une véritable concurrence entre métiers et statuts. Certains professionnels soulignent l'existence d'initiatives pour coordonner l'offre mais ces solutions seraient très inégales d'un territoire à l'autre.

UN NON CHOIX ENTRE MAINTIEN À DOMICILE, PRIVILÉGIÉ MAIS PESANT…

Un maintien à domicile jugé préférable tant qu'il est possible

Le domicile est mieux vécu par les personnes interrogées, par contraste avec la prise en charge en EHPAD : il protège du déracinement que représente l'entrée en établissement, et de son impact tant psychologique que physique. Il permet de conserver une liberté de choix (sommeil, repas…) et il est moins coûteux. « Maman rêve de finir ses jours dans son appartement. Et la personne est dans sa maison, dans ses affaires, ce n'est pas la fin » (aidants).

Mais des dysfonctionnements rendent cette option non optimale

Ont notamment été évoqués lors des entretiens des délais d'obtention des aides, souvent longs malgré les situations d'urgence, pouvant provoquer des vides de prise en charge. De plus, le domicile n'est envisageable que lorsque l'état de la personne n'est pas trop dégradé et qu'elle bénéficie de l'appui d'un entourage attentif. Dans le cas contraire, par défaut de coordination, la qualité de l'accompagnement n'est pas garantie et les conditions de vie peuvent se dégrader.

… ET L'EHPAD SOUVENT PERÇU COMME INADAPTÉ

L'entrée en EHPAD : le plus souvent un renoncement, parfois un choix

L'EPHAD intervient le plus souvent *« lorsqu'il n'y a plus d'autre option ». « Je n'avais pas le choix, ma fille n'aurait plus vécu. Je suis une charge, il faut bien l'accepter »* (femme, 98 ans, EHPAD).

La satisfaction à l'égard de l'EHPAD très conditionnée

Dans de rares cas, l'EHPAD apparaît comme un choix, il est alors vécu comme un soulagement. *« On n'a pas de souci, on a tout ce qu'il faut, les médecins… »* (homme, 91 ans, EHPAD). Ces témoignages positifs ont des points communs : des lieux de petite taille, dans un univers connu par rapport au lieu de vie précédent, des établissements ayant adopté un positionnement « humain » porté par la direction, ou des établissements haut de gamme. L'hétérogénéité entre les niveaux de qualité d'un établissement à l'autre donne un sentiment de « loterie ».

Une solution jugée dysfonctionnelle par les professionnels et les résidents

Pour les personnes rencontrées, les EHPAD se transforment en hôpitaux avec des difficultés partagées par les résidents et les professionnels et le constat d'une prise en charge **de plus en plus médicalisée pour des personnes de plus en plus dépendantes.** *« Il y a plein d'âmes qui vivent dans l'EHPAD, mais il n'y a pas de vie. Ce n'est plus un lieu de vie. Ils ont besoin d'aide ces gens-là, ils ont besoin qu'on anime leur journée »* (personnel soignant, EHPAD). Les moyens ne sont pas jugés à la hauteur.

Une prise en charge jugée trop peu individualisée

Les personnes interrogées perçoivent **un décalage entre le coût élevé de la prise en charge en**

EHPAD et la qualité du service rendu. Selon elles, la standardisation de la prise en charge pour des raisons économiques entraîne une organisation qui ne tient pas compte des besoins et des envies individuels. En outre, les EHPAD sont décrits comme des lieux très fermés avec le sentiment d'être maintenus à distance de la société.

LES POUVOIRS PUBLICS SONT ATTENDUS

Face à une prise en charge jugée défaillante et peu adaptée, les pouvoirs publics sont attendus sur le sujet de la perte d'autonomie. Face aux inégalités sur le territoire et à la saturation du système, les personnes interrogées réclament que les pouvoirs publics participent financièrement pour créer des lieux abordables à tous. « Quelqu'un qui a épargné toute sa vie, c'est scandaleux : on peut lui demander une quotepart mais pas la totalité » (jeune senior).

LES GRANDES ORIENTATIONS EXPRIMÉES POUR LA FUTURE RÉFORME

Transformer le regard porté sur le grand âge

- Changer l'image et la place accordée aux personnes âgées dans la société
- Sortir d'une approche strictement médicalisée de la prise en charge
- Inclure les personnes âgées : événements et infrastructures ouvertes à tous

Réformer le système de santé pour un maintien à domicile plus facile, plus efficient et plus accessible

- Mettre en place une réelle coordination des acteurs médico-sociaux
- Mieux former les soignants à la gériatrie et professionnaliser le métier d'auxiliaire de vie
- Améliorer les conditions de travail : aides pour l'adaptation du domicile et équipements professionnels
- Rendre le travail à domicile plus attractif (tarification plus juste et avantages matériels)
- Rompre l'isolement par exemple avec des services de « visite »

Rendre les métiers du grand âge attractifs

- Retrouver du bien-être et du sens au travail
- Revaloriser le métier d'aide-soignant
- Revaloriser les salaires

Adopter une politique engagée en faveur des proches aidants pour soulager leur charge

- Fournir une information et une assistance administrative de proximité : le « rêve du guichet unique »
- Apporter soutien et accompagnement : créer de nouvelles solutions de répit et de délégation
- Créer un statut d'aidant

Repenser le modèle de prise en charge en EHPAD

- Allouer plus de moyens aux EHPAD pour pallier le manque d'effectifs, repenser les espaces et les soins
- Ouvrir les EHPAD sur l'extérieur : créer des passerelles vers l'extérieur (ex : sorties), impliquer les familles
- Donner plus de liberté (contre une approche jugée trop sécuritaire)
- Personnaliser la prise en charge et la rendre plus humaine : respecter les rythmes des personnes…
- Transformer les EHPAD en lieux de vie : points de convivialité, sections selon les « niveaux » de dépendance
- Favoriser une plus grande activité des résidents, entretenir l'autonomie
- Mieux coordonner les soins en renforçant le travail en équipe, le management et le projet d'établissement

Développer des modes d'hébergement alternatifs

- Attente forte que les pouvoirs publics investissent mais des freins à lever : coût, faible nombre d'établissements intermédiaires
- Innover et développer des modes d'hébergement alternatifs

Financement : assurer l'égalité de traitement sur l'ensemble du territoire et l'équité dans l'accès aux soins

- Une attente forte de prise en charge par les pouvoirs publics et de financement collectif
- Mettre en place des règles communes : harmonisation des prestations et des soins entre public et privé, mais aussi des règles et conditions d'éligibilité pour les aides et subventions sur l'ensemble du territoire
- Créer une 5e branche de la Sécurité Sociale ?

LES MESURES RETENUES PAR LES PARTICIPANTS

Les participants ont jugé intéressantes trois types de mesures :

- **Des mesures symboliques de reconnaissance**
- **Des mesures facilitatrices du quotidien** et notamment le guichet unique qui suscite de très fortes attentes en termes de performance et d'accompagnement
- **Des mesures avec une dimension plus politique et sociétale** comme la participation des jeunes en service national, qui souligne l'engagement de l'État et répond au besoin d'échanges intergénérationnels.

ANNEXE N° 3 : RECOMMANDATIONS DU COMITÉ SCIENTIFIQUE

Les travaux menés par le Comité scientifique, ont permis d'identifier 4 axes d'actions prioritaires, ainsi que leurs recommandations associées, ceci, dans l'objectif du déploiement d'une politique de longévité efficace, et qui puisse faire face aux enjeux du vieillissement :

1 - La solidarité nationale doit être réaffirmée comme fondement de l'accompagnement du vieillissement

2 - Inclusion sociale et libre choix, sont les deux valeurs fondamentales que doit porter la politique de longévité

3 - L'amélioration ou le maintien des fonctions essentielles de la personne, doit être la clef de voûte d'une politique de vieillissement proactive et efficiente

4 - Une répartition équitable et efficiente des ressources doit être assurée sur le territoire national.

La politique de longévité doit permettre une meilleure prise en compte des besoins des personnes avançant en âge grâce à un environnement plus inclusif proposant des solutions adaptées en termes de mobilité, d'accessibilité et de participation à une vie sociale.

La proposition majeure du Comité scientifique, concerne la mise en œuvre d'une politique de prévention novatrice et proactive basée sur une approche capacitaire de l'individu. Cette approche prévoit la surveillance et le maintien des cinq fonctions essentielles de l'individu *(la mobilité, la cognition, le sensoriel (audition, vision), le psycho-social et la vitalité (réserves, nutrition)* identifiées par l'Organisation Mondiale de la Santé, suite aux résultats de plusieurs études scientifiques concordantes[1].

L'ambition est de permettre d'augmenter l'espérance de vie sans incapacité, et de diminuer la prévalence de la perte d'autonomie, à partir d'une approche biologique, clinique, sociale et environnementale, augmentant les réserves fonctionnelles dans les premiers stades du vieillissement, prévenant le déclin fonctionnel dans les stades tardifs et intervenant précocement en cas de perte de fonction.

La nouvelle politique préventive proposée, repose sur un paradigme innovant qui doit conduire à rééquilibrer les dispositifs pour passer progressivement d'une prise en charge de la dépendance qui reste nécessaire, à la prévention d'un risque de perte d'autonomie par une approche multidimensionnelle précoce.

1 : LA SOLIDARITÉ NATIONALE DOIT ÊTRE RÉAFFIRMÉE COMME FONDEMENT DE L'ACCOMPAGNEMENT DU VIEILLISSEMENT

- **Repenser les financements publics dans une logique d'aide à la personne avançant en âge, plutôt que dans une logique de structure :**

  - prévoir une offre suffisamment graduée et diversifiée en proposant notamment, d'autres solutions alternatives au seul choix entre domicile et EHPAD. Pour atteindre cet objectif,

Beard JR, Officer A, de Carvalho IA, Sadana R, Pot AM, Michel JP, Lloyd-Sherlock P, Epping-Jordan JE, Peeters GMEEG, Mahanani WR, Thiyagarajan JA, Chatterji S. The World report on ageing and health : a policy framework for healthy ageing. Lancet. 2016 May 21 ; J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2018 Nov 10;73(12):1653-1660. doi : 10.1093/gerona/gly011.Evidence for the Domains Supporting the Construct of Intrinsic Capacity. Cesari M (1) (2) (3) (4), Araujo de Carvalho I (5), Amuthavalli Thiyagarajan J (5), Cooper C (6), Martin FC (7), Reginster JY (8), Vellas B (1) (2), Beard JR (5).
Effect of a Biobehavioral Environmental Approach on Disability Among Low-Income Older Adults : A Randomized Clinical Trial. | Geriatrics | JAMA Internal Medicine | JAMA Network January 2019.

les financements ne doivent pas être basés sur les structures, mais eu égard à ses besoins ;

- valoriser la prévention et la restauration d'une fonction au sein des dotations financières.

- **Rendre le système de financement plus neutre, au regard de la liberté de choix de la personne avançant en âge et renforcer les moyens pour développer la politique de maintien à domicile.**

- **Appuyer le parcours de la personne avançant en âge, sur un financement continu pour qu'il n'y ait pas de rupture entre le domaine du soin et celui du soutien à l'autonomie.**

- **Rendre le secteur de l'aide professionnelle plus attractif financièrement *(rémunération, prise en charge des frais de transport…)* et ses parcours professionnels diversifiés et évolutifs.**

2 : INCLUSION SOCIALE ET LIBRE CHOIX SONT LES DEUX VALEURS FONDAMENTALES QUE DOIT PORTER LA POLITIQUE DE LONGÉVITÉ

- **Assurer l'accès et l'effectivité des droits et libertés individuelles, de la personne avançant en âge, dans chaque moment de sa vie et ce jusqu'à sa fin de vie :**

  - faire de l'écoute et des échanges avec la personne avançant en âge un acte de soin reconnu, et ce pour être au plus près du respect de ses volontés. Écouter pour entendre, dialoguer avec la personne présentant des troubles cognitifs en particulier, n'est actuellement pas reconnu comme un acte alors qu'écouter est un acte soignant majeur ;

  - considérer le temps de réflexion des soignants et des aidants professionnels, comme du temps de travail, ce temps consacré à la réflexion, permettra d'éviter par ailleurs, des actes de soins inutiles ;

  - mettre en œuvre une politique publique de protection des personnes avançant en âge, vulnérables pour s'assurer du respect de leurs droits, et en particulier du libre choix de leur lieu de vie, pour éviter qu'elles ne se retrouvent contraintes, au nom de principes bienveillants et d'une volonté d'assurer leur sécurité, à une perte de leur liberté.

- **Faire évoluer les mentalités et le regard porté sur les personnes avançant en âge :**

  - mettre en œuvre une politique éducative, dans le cadre de la scolarité obligatoire, permettant de développer le rapport des jeunes avec les personnes avançant en âge et sensibiliser dès le plus jeune âge à la notion de solidarité et au processus de vieillissement ;

  - favoriser l'inclusion sociale, en développant des actions de solidarité nationale associant des personnes avançant en âge y compris dépendantes pour qu'elles puissent être valorisées comme une ressource et non regardées comme un problème ;

  - valoriser et promouvoir l'habitat intergénérationnel, permettant l'entraide entre personnes avançant en âge et publics plus jeunes, en difficulté de logement ;

  - faire évoluer le vocabulaire utilisé pour parler du vieillissement afin de privilégier des termes positifs traduisant la continuité de vie et le maintien du libre arbitre de la personne avançant en âge. Le Comité scientifique a mené une réflexion pour faire évoluer un certain nombre de termes essentiels. Il propose en premier lieu, de remplacer le terme EHPAD suivant quatre principes : aucun acronyme ; une dénomination simple et compréhensible ; privilégier le terme « maison », pour illustrer une dimension plus humaine et accueillante de ce qui devient le lieu de vie du résidant, le terme médicalisé permettrait de mettre en évidence la dimension du soin.

- **Promouvoir la place et la contribution socio-économique de la personne avançant en âge, dans notre société pour qu'elle soit considérée comme une ressource :**

  - mettre en avant son rôle important de soutien aux ascendants et descendants. Ce soutien se concrétise sous des formes variables allant d'une aide *(matérielle ou financière)* jusqu'à l'hébergement à domicile ;

  - développer les modèles de solidarités inter-apprenantes en s'appuyant sur leurs

expériences et compétences professionnelles *(bénévolat, rôle éducatif auprès des jeunes générations)*;

- conduire des études permettant de mieux connaître, d'identifier et d'évaluer le rôle et l'apport des personnes avançant en âge dans notre société.

- **Aménager l'environnement et le cadre de vie des personnes avançant en âge, pour prendre en compte l'évolution de leurs besoins et aspirations:**

  - développer les offres d'habitat inclusifs, permettant aux personnes avançant en âge, de bénéficier de services associés au logement, dans un environnement adapté et sécurisé, qui tire bénéfice des technologies pour garantir conjointement inclusion sociale et vie autonome, tout en restant au domicile;

  - développer les dispositifs permettant de faciliter l'accessibilité à l'extérieur du domicile et lutter contre les freins à la mobilité dans une logique de personnalisation accrue de l'offre de soins, à partir d'une connaissance approfondie des besoins des utilisateurs et de leur environnement;

  - favoriser les espaces de rencontre physiques et numériques pour réduire le risque d'isolement et maintenir le lien social.

- **Lutter contre la fracture numérique pour favoriser l'inclusion sociale des personnes avançant en âge:**

  - L'exclusion numérique est devenue un facteur aggravant de l'isolement social. Dans un contexte général de passage à une société de l'information et des réseaux, réduire la fracture numérique pour ceux qui y sont le plus exposés, en particulier les plus âgés est une urgence absolue. Plusieurs études ont montré que 10 à 15 % des personnes éligibles à un service numérique, ne pourront jamais y avoir accès faute de disposer des capacités pour y accéder. Les personnes avançant en âge, qui sont le plus exposées à ce risque de fracture digitale, doivent bénéficier d'une approche personnalisée dans l'accès aux services de santé en ligne;

  - La plupart des démarches administratives requièrent aujourd'hui l'accès et la familiarité avec internet. Accorder une pleine citoyenneté aux personnes avançant en âge, exige de combler la fracture numérique dont souffre cette population. Elle leur permettra aussi d'accéder aux innovations en matière de services à la personne et de domotique. Internet est aujourd'hui un vecteur essentiel de lien social et de lutte contre l'isolement à l'heure où les communications à distance prennent une place majeure dans la matérialisation du lien social. Même au niveau des relations familiales, les transformations en lien avec les nouveaux modes de vie et mobilités professionnelles confèrent à internet un rôle essentiel dans le maintien des liens familiaux. En être privé est un facteur d'isolement.

- **Développer et valoriser les comportements éthiques:**

  - faire évoluer la formation de tous les acteurs concourant à l'accompagnement des personnes avançant en âge, fragiles ou dépendantes, pour intégrer une dimension d'éthique dans la pratique professionnelle;

  - favoriser le travail en interdisciplinarité des équipes concourant à la santé et aux services de soutien à l'autonomie afin d'assurer un continuum de prévention et de soins aux patients, et à proposer ainsi une prise en charge globale adaptée dans les situations complexes et singulières, et ce entre autres pour les équipes gériatriques et de soins palliatifs;

  - améliorer la fin de vie des personnes avancées en âge, par un renforcement de la politique de développement des soins palliatifs;

  - dynamiser la lutte contre l'âgisme dans tous les secteurs de la société y compris l'emploi des seniors et les activités bénévoles.

- **Faire évoluer la formation des acteurs de santé et des personnels sociaux, pour leur permettre de mieux comprendre les besoins liés au vieillissement et les prendre en compte dans leur pratique quotidienne:**

  - favoriser la formation en immersion et en interdisciplinarité pour l'ensemble des personnels soignants et les professionnels intervenant pour le soutien à l'autonomie (aides ménagères, aides à domicile);

- prévoir ainsi pour les médecins : un stage systématique dans un service de gériatrie durant le 2e cycle des études, une immersion obligatoire dans les EHPAD pour les étudiants du DES de médecine générale et du DES de gériatrie ; le renforcement de la formation aux soins palliatifs et à la prévention ; la promotion de l'interdisciplinarité favorisée en imposant des moments partagés ; la création d'une formation diplômante nationale aux métiers de médecin coordonnateur en EHPAD et aux dispositifs d'appui à la coordination dédiés aux personnes âgées en perte d'autonomie.

- **Développer et rendre plus attractifs les métiers au service du grand âge que cela soit dans le soin, l'aide, les services de prestations, la gestion territoriale des politiques :**

  - augmenter le nombre de gériatres pour tenir compte des besoins actuels et futurs ;
  - promouvoir le métier d'infirmière en pratique avancée (IPA) en gériatrie ;
  - déployer plus largement le métier d'assistant de soins en gérontologie (ASG) ;
  - revisiter les périmètres et référentiels de certains métiers du soin et tout particulièrement du métier d'aide-soignant en allant « vers le haut » : créer ainsi une nouvelle fonction spécialisée d'aide-soignante gériatrique ;
  - reconnaître les actes des soignants et médecins, en particulier les actes non techniques (l'évaluation gériatrique standardisée des fonctions, la réflexion, les échanges avec la personne avancée en âge) ;
  - compléter les efforts de formation par une revalorisation des carrières, une organisation du travail qui réduise la pénibilité des métiers de l'aide et une coordination des services intervenant au domicile.

3 : L'AMÉLIORATION OU LE MAINTIEN DES FONCTIONS ESSENTIELLES DE LA PERSONNE DOIT ÊTRE LA CLÉ DE VOÛTE D'UNE POLITIQUE DU VIEILLISSEMENT PROACTIVE ET EFFICIENTE

- **Faire évoluer l'organisation de notre système** pour passer progressivement d'une prise en charge de la dépendance qui reste nécessaire, à la prévention d'un risque de perte d'autonomie par une approche nouvelle et multidimensionnelle.

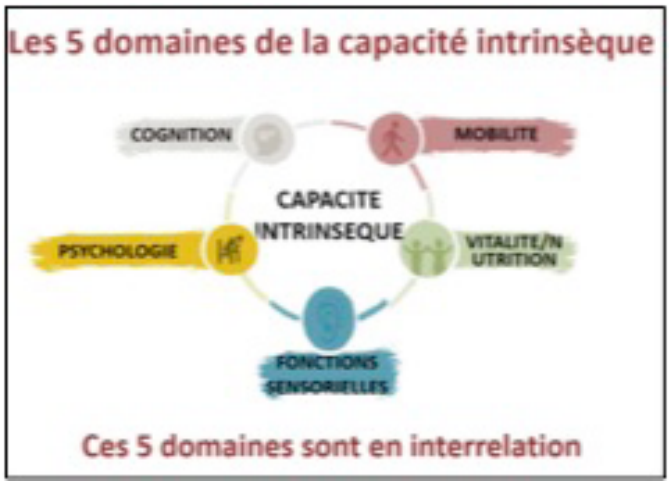
- **Déployer le programme intégré de surveillance des fonctions « Integrated Care for Older PEople » (ICOPE), conçu par l'OMS avec l'aide des plus grands spécialistes internationaux, dont la France, visant à maintenir et développer les capacités intrinsèques de l'individu, et ainsi diminuer la prévalence de la perte d'autonomie :**

  La capacité intrinsèque correspond à l'ensemble des capacités physiques et mentales d'une personne. L'aptitude fonctionnelle est déterminée par les interactions entre la capacité intrinsèque et l'environnement. L'état de santé de la personne sera ainsi défini selon ses « capacités intrinsèques » et ce via l'utilisation d'un outil dévaluation multidimensionnel.

- **S'appuyer sur un réseau national, de centres d'experts et de ressources, constitué notamment des gérontopôles, et des grands pôles de gériatrie,** pour former et mettre en pratique les mesures de la politique de longévité avec l'appui d'équipes territoriales dédiées.

- **Mettre en œuvre les recommandations du programme ICOPE, en développant des actions de prévention ciblées :**

  - entre 50 et 75 ans pour maintenir le plus longtemps possible les cinq capacités intrinsèques ;
  - dès 75 ans pour suivre ces fonctions et alerter en cas de risque de perte fonctionnelle en évaluant systématiquement et régulièrement



(monitorage) l'état des 5 capacités intrinsèques, en s'appuyant notamment des nouvelles technologies.

- **Tester rapidement cette nouvelle démarche pour ensuite la généraliser à grande échelle, à titre d'exemple, et de façon non exclusive :**

  - en formant l'ensemble des infirmières, pharmaciens et médecins ;

  - en pratiquant les évaluations fonctionnelles au sein des stations thermales ;

  - en lançant un plan de communication à destination des professionnels de santé et des personnes pour promouvoir cette nouvelle démarche et les acculturer à cette approche capacitaire.

- **En plus de prévenir activement les risques de déclin fonctionnel, le programme ICOPE va permettre à terme, une implication plus forte du patient, lui permettant de devenir véritablement acteur de son vieillissement en bonne santé, grâce à une responsabilisation et une acculturation aux déterminants de la santé et des facteurs de risque de perte d'autonomie. Le patient va pouvoir ainsi bénéficier, d'une culture préventive avec des outils pour être attentif à sa santé et réagir en cas de détection de signaux de fragilité liés à ses aptitudes fonctionnelles.**

  En effet, ce programme va être enrichi dans cet objectif, par l'OMS, avec l'aide du gérontopôle de Toulouse, centre collaborateur OMS pour la fragilité et la recherche clinique. D'ailleurs, les réflexions des acteurs internationaux comme ceux de l'Institut Américain de la santé et de la Commission européenne, *(réunis récemment à l'occasion du ICFSR 2019)* convergent toutes vers cette nécessité d'une politique de prévention centrée patient, lui permettant d'en être pleinement partie prenante.

- **Faire évoluer les pratiques d'évaluation** dont la vocation est actuellement, de valider un financement, en intégrant une démarche

complémentaire, qui permette de suivre l'état fonctionnel de la personne pour ensuite décliner des actions préventives :

- intégrer toutes les données de l'évaluation de l'état de santé *(médicales, capacités fonctionnelles, etc..)* et mettre en place un programme intégré afin de permettre le maintien à domicile ;

- réorganiser les évaluations lors d'une admission en EHPAD : l'infirmière et le médecin coordonnateur doivent réaliser l'évaluation à l'entrée du résident *(pathologies, traitements, fonctions, etc.)*, ils peuvent ensuite au moyen de la télémédecine, se mettre en contact avec le gériatre pour réaliser l'évaluation globale de la personne et notamment juger de la nécessité de recourir à l'expertise de spécialistes ;

- accompagner le développement des nouvelles technologies, par des stratégies renforcées d'acquisition de données et de soutien aux Intelligences Artificielles, pour notamment développer de nouvelles métriques de suivi des capacités fonctionnelles, permettant ainsi des alertes précoces, en cas de perte fonctionnelle et des actions correctives beaucoup plus immédiates. Ces évolutions doivent être réalisées en étant, non seulement très attentif, aux enjeux éthiques liés à l'utilisation de ces nouveaux outils, mais aussi en développant la recherche en design, pour se prémunir du risque d'hypertrophie technologique de l'environnement direct des personnes en perte d'autonomie ;

- intégrer et former tous les acteurs pouvant potentiellement assurer ces évaluations selon les opportunités *(infirmière gérontologique, infirmière libérale, médecin généraliste et gériatre, pharmacien, etc.)*.

- **Dans le cadre du processus de tarification, prévoir des leviers financiers permettant de stimuler et d'encourager la mise en œuvre des actions préventives :**

  - valoriser l'évaluation des fonctions et la prévention par les médecins, soignants et pharmaciens ;

  - faire de l'écoute et des échanges avec la personne avançant en âge, un acte de soin ;

  - valoriser les transitions positives de l'état de santé *(ex : récupération d'une fonction améliorant l'autonomie)* ;

  - valoriser à titre d'exemple, la pratique d'exercice physique et les activités sociales, dont l'effet sur le vieillissement et la fragilité est prouvé. Par exemple, aux USA[1], l'inscription est gratuite pour les seniors, dans les clubs de gymnastique, ainsi que les interventions « multi-domaines » *(exercice physique, cognitif, nutrition, social)*.

- **Mettre en place de nouveaux indicateurs permettant de juger de l'efficacité du déploiement de la politique de longévité :**

  - suivre l'état de santé perçu chez les personnes âgées de 65 ans et plus, en ayant l'objectif de le faire progresser ;

  - suivre cet état de santé par quintile de revenus ;

  - suivre l'état et l'évolution des 5 capacités fonctionnelles des personnes *(la locomotion, la cognition, le sensoriel, le psycho-social et la vitalité)*, l'objectif étant de les maintenir au maximum ;

  - mettre en place un indicateur qui permette de mesurer la qualité des services dispensés tant en établissement qu'à domicile ;

  - mettre en place des indicateurs, pour évaluer, au sein des territoires, le nombre et la qualité des services et dispositifs mis en œuvre, pour permettre aux personnes avançant en âge, d'évoluer dans un environnement inclusif et favorisant la mobilité.

- **Créer de nouveaux indicateurs permettant de suivre les inégalités et rendant compte de l'ensemble des dimensions de la prise en charge lors du vieillissement :** niveau de recours à la prévention, niveau de recours aux aides professionnelles, continuité de service à domicile *(jours ouvrables, dimanche et jours fériés)*, qualification des intervenants, type de prise en charge *(domicile, institution, etc.)*.

- **Accélérer et encourager les travaux de recherche liés au vieillissement dans toutes ses composantes :**

  la recherche constitue un levier essentiel pour permettre des avancées significatives, tant au plan médical que social.

1. une politique volontariste pour inciter à la recherche fondamentale et à la recherche clinique sur le vieillissement est nécessaire :

- développer les expériences en constituant des cohortes humaines et animales, pour mieux comprendre les mécanismes du vieillissement, de la fragilité et de la dépendance ;
- identifier les biomarqueurs du vieillissement, de la fragilité et des pathologies liées à l'âge et responsables de déclin fonctionnel ;
- développer la médecine translationnelle sur le vieillissement *(passer du laboratoire de recherche au patient en perte d'autonomie)* et les nouvelles technologies, permettant de monitorer à distance et de maintenir les principales fonctions avec l'avancée en âge ;
- étudier l'impact des thérapies non médicamenteuses.

2. le développement de recherches en sciences humaines et sociales, interdisciplinaires doit être encouragé pour mieux comprendre et appréhender le vieillissement, la vieillesse et la fin de la vie, en tant que phénomène social, dans une visée inclusive et respectueuse :

- intensifier l'investissement engagé en matière de bases de données sciences humaines et sociales, condition préalable de la recherche ;
- donner plus de place à certaines disciplines : économie et gestion, droit, géographie, sociologie, anthropologie et histoire ;
- lancer ou développer des travaux sur les mécanismes d'autorégulation des personnes, les enjeux portés par les transitions dans les parcours de vie, la fin de vie, l'accès aux soins et aux droits, les situations des proches non professionnels *(en particulier leur santé et leur activité professionnelle)*, l'organisation des prises en charge à domicile et en hébergement, l'égalité territoriale, l'impact de l'environnement sur la prise en charge ;
- analyser et évaluer la régulation publique de l'offre d'aide et de la coordination entre professionnels, la qualification des personnels et qualité de vie au travail, la mesure de la qualité dans des environnements différents ;
- associer des usagers et leurs représentants ou de professionnels de terrain dans les équipes projets et mettre en place des recherches participatives ;
- programmer davantage la recherche au niveau national ; créer les conditions de la participation des équipes en sciences humaines et sociales françaises, à la recherche internationale sur le vieillissement et la perte d'autonomie ;
- s'assurer de la continuité de la contribution française aux dispositifs européens de financement de cette recherche.

4 : UNE RÉPARTITION ÉQUITABLE ET EFFICIENTE DES RESSOURCES DOIT ÊTRE ASSURÉE SUR LE TERRITOIRE NATIONAL

- **Déployer des aides et dispositifs dans les territoires en restant au plus près des besoins et ce en se concentrant sur le bassin de vie de la personne avançant en âge.**

1. Martínez-Velilla N, Casas-Herrero A, Zambom-Ferraresi F, López Sáez de Asteasu M, Lucia A, Galbete A, García-Baztán A, Alonso-Renedo J, González-Glaría B, Gonzalo-Lázaro M, Apezteguía Iráizoz I, Gutiérrez-Valencia M, Rodríguez-Mañas L, Izquierdo M. Effect of Exercise Intervention on Functional Decline in Very Elderly Patients During Acute Hospitalization : A Randomized Clinical Trial. JAMA ntern Med. 2018 Nov 12. doi : 10.1001/jamainternmed.2018.4869. [Epub ahead ofprint] PubMed PMID : 30419096.
- de Souto Barreto P, Rolland Y, Vellas B, Maltais M. Association of Long-term Exercise Training With Risk of Falls, Fractures, Hospitalizations, and Mortality in Older Adults : A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Intern Med. 2018 Dec 28 doi : 10.1001/jamainternmed.2018.5406. [Epub ahead of print] PubMed PMID : 30592475.
- Ngandu T, Lehtisalo J, Solomon A, Levälahti E, Ahtiluoto S, Antikainen R, Bäckman L, Hänninen T, Jula A, Laatikainen T, Lindström J, Mangialasche F, Paajanen T, Pajala S, Peltonen M, Rauramaa R, Stigsdotter-Neely A, Strandberg T,
Tuomilehto J, Soininen H, Kivipelto M. A 2 year multidomain intervention of diet, exercise, cognitive training, and vascular risk monitoring versus control toprevent cognitive decline in at-risk elderly people (FINGER) : a randomisedcontrolled trial. Lancet. 2015 Jun 6 ;385(9984):2255-63. doi : 10.1016/S0140-6736 (15)60461-5. Epub 2015 Mar 12. PubMed PMID : 25771249.
- Villareal DT, Aguirre L, Gurney AB, Waters DL, Sinacore DR, Colombo E, Armamento-Villareal R, Qualls C. Aerobic or Resistance Exercise, or Both, in
Dieting Obese Older Adults. N Engl J Med. 2017 May 18 ;376(20):1943-1955. doi : 10.1056/NEJMoa1616338. PubMed PMID : 28514618 ; PubMed Central PMCID : PMC5552187.

- **Poursuivre les expérimentations et développer les dispositifs décloisonnés :**

  - généraliser le repérage des personnes avançant en âge, en risque de perte d'autonomie, et les dispositifs d'appui à la coordination *(type CTA)* dédiés aux situations complexes chez les plus de 60 ans ;

  - développer et renforcer les équipes mobiles de gériatrie dans une logique d'intervention territoriale à la fois gériatrique et gérontologique en y intégrant les missions de prévention des fonctions avant la dépendance, pour éviter notamment la dépendance nosocomiale *(acquise à l'hôpital mais évitable)*, limiter les hospitalisations inadéquates et fluidifier les parcours de santé ;

  - renforcer les équipes mobiles de soins à domicile pour intervenir dans une logique territoriale de proximité et ce dans l'ensemble de la filière gériatrique, ces interventions devant être coordonnées avec les équipes mobiles d'orientation gérontologique.

- **Lutter contre les inégalités d'accès aux aides et dispositifs :**

  - faciliter l'identification et l'accès aux aides pour les personnes âgées les plus fragiles ;

  - encourager la production de connaissances sur les politiques locales, en particulier la manière dont les attentes et besoins sont mesurés ;

  - développer les outils permettant d'identifier les facteurs d'inégalités d'accès aux aides et mettre en œuvre un système d'information qui permette de mesurer précisément l'effet de la variabilité interdépartementale sur le recours à la santé et aux aides professionnelles.

  - mieux cibler les prestations pour les personnes ayant un niveau de dépendance élevé et nécessitant un nombre important d'heures d'aide à domicile ; même si le niveau des prestations varie selon les besoins de la personne, ainsi que de son revenu, il reste insuffisant par rapport au coût des services d'aide.

ANNEXE N° 4 : ENJEUX FINANCIERS RELATIFS AUX PROPOSITIONS

Dépenses publiques - compte de la dépendance - Mission GAA

Mds € équivalent point PIB 2018	2018 Estimation	2024 Cible	2030 Cible
DREES tendanciel	**28,4**	**30,5**	**32,7**
Effet démographique en écart à 2018		**2,1**	**4,3**
dont domicile		1,6	3,3
dont établissement		0,5	1,0
Dépenses nouvelles (en sus du tendanciel démographique)			
Taux d'encadrement en établissement		1,2	1,7
Rénovation bâti en établissement		0,3	0,3
Hausse des plans d'aide à domicile		0,6	0,5
Amélioration des conditions d'offre (fonds qualité, accompagnement des restructurations, revalorisation des salaires en plus du tendanciel, fonds SI)		0,6	0,5
Baisse du reste à charge en établissement		2,0	2,7
Autres (Maison des aînés et des aidants, indemnisation congés aidants, RDV prévention)		0,2	0,2
Total dépenses nouvelles		**4,8**	**6,1**
Économies proposées			
Équité accrue dans la prestation		0,3	0,3
Gains d'efficience		0,4	0,8
Recentrage des exonérations et dépenses fiscales		**0,0**	**0,1**
Total économies		**0,4**	**1,2**
Besoin de financement public		6,2	9,2
dont offre à domicile		2,3	4,0
dont offre en établissement		2,3	2,9
dont reste à charge des ménages		1,6	2,3

Sources : DREES, mission GAA

Le besoin de financement public est purement indicatif et quantifie les propositions faites dans le rapport. Il s'agit d'ordres de grandeur, sur la base des informations et du temps dont disposait la mission. Il appartiendra aux décideurs de combiner les mesures proposées à leur convenance et de les modifier pour établir la trajectoire adéquate.

Étant donné les propositions avancées dans ce document, le besoin de financement public se décompose entre :

- Un effet démographique lié à la hausse du nombre de personnes âgées dépendantes évaluée par la Drees à +1,2 %/an d'ici 2030 et +2,5 %/an entre 2030 et 2040 : par rapport à

2018, les dépenses devraient ainsi augmenter de 1,5 Md € (équivalent point de PIB 2018) d'ici 2022 et de 4,3 Mds € d'ici 2030 ;

- Des mesures nouvelles proposées portées progressivement de 0,7 Mds € en 2020 à 4,8 Mds € en 2024 et qui atteindraient 6,1 Mds € d'ici 2030 ;
- Des mesures d'économies qui représenteraient 700 M€ en 2024 et 1,2 Md € en 2030.

Au total, le besoin de financement public supplémentaire par rapport à 2018 atteindrait 6,2 Mds € en 2024 (0,3 point de PIB) et 9,2 Mds € d'ici 2030 (0,4 point de PIB). Il s'agit d'un effort en € équivalent point de PIB c'est-à-dire qu'il viendrait s'ajouter à la hausse mécanique des coûts liée à l'inflation et aux revalorisations salariales supposées parallèles à la productivité moyenne de l'économie.

Les trois piliers (offre à domicile, offre en établissement et reste à charge des ménages) seraient globalement équilibrés à l'horizon 2024. D'ici 2030, l'orientation choisie conduirait à ce que 4,0 Mds sur les 9,2 Mds € seraient destinés à l'offre à domicile.

Les principales mesures en dépenses publiques sont relatives à :

- **La hausse du taux d'encadrement.** Le rapport se fixe comme objectif une hausse de 25 % en 2024 par rapport à 2015 des taux d'encadrement des personnels auprès des résidents soit une hausse de 13 ETP pour 100 résidents en 9 ans. Les mesures déjà votées (réforme tarifaire) et le tendanciel de hausse lié aux besoins des résidents conduiraient à une hausse mécanique de 4,5 ETP pour 100 résidents en 2024. L'instauration d'une norme minimale d'encadrement pour les personnes rémunérées sur la section hébergement conduirait à une hausse de 2,5 ETP pour 100 résidents soit 20 % de l'effort total. Les mesures nouvelles de 1,2 Md à l'horizon 2024 permettent de financer une hausse supplémentaire de 6 ETP pour 100 résidents.
- **La rénovation du bâtiment.** Le besoin de rénovation est estimé à 150 000 places pour un coût de rénovation de 100 000 €/places soit un besoin de 15 Mds €. L'effet de levier des subventions publiques est actuellement de 7 selon la CNSA mais il est supposé de 5 étant donné la forte hausse envisagée. Le financement du plan s'établit donc à 3 Mds soit environ 300 M€/an pendant 10 ans. Pour mémoire, la somme des crédits ARS d'investissement dédiés aux structures PA et du plan d'aide à l'investissement de la CNSA s'établissait à 135 M€ en 2017. La proposition consiste donc à atteindre 400 à 450 M€ par an soit un triplement des sommes allouées à l'investissement.
- **La hausse des plans d'aide à domicile à travers une réforme tarifaire.** 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). L'ensemble de ces mesures coûterait 0,6 Md à l'horizon 2024.
- **L'amélioration des conditions d'offre.** En particulier, quatre fonds seraient créés relatifs :

  - Au financement des actions qualité (prévention, formation, obtention de label). Ce fonds, distribué par les ARS, pour financer des dépenses non pérennes, serait calibré à hauteur de 1 % à 1,5 % des dépenses d'assurance maladie relatives au grand âge (OGD-PA) ;
  - À l'accompagnement de la restructuration de l'offre. Le rapport appelle à une concentration du secteur à la fois horizontale (pour réaliser des économies d'échelle) et verticale (pour intégrer plusieurs types de prestation et simplifier le parcours des usagers). Le fond d'accompagnement de ces restructurations serait doté à hauteur de 150 M€/an d'ici 2024 mais disparaîtrait une fois celles-ci achevées d'ici 2030 ;
  - Au financement des systèmes d'information des acteurs et de leur interopérabilité. Le besoin a été évalué à 1,5 Md€. En retenant le même effet de levier que pour la rénovation des bâtis et un financement sur 5 ans (2021-2025), le fonds, piloté par la CNSA, devrait être doté de 300 M€ soit 60 M€/an ;

- À des revalorisations ciblées permettant d'établir des parcours de carrière. Il est proposé notamment la création de fonction de responsables d'unité de vie avec une prime associée de 200 €/mois. Environ 25 000 personnes seraient concernées soit environ 3 par établissement (EHPAD et ESLD). 7 500 infirmières (1 par établissement) accèderaient en outre aux fonctions de cadre qualité En outre, des revalorisations générales seraient financées par la réutilisation des mesures générales (bascule CICE-CITS, exonération de cotisations dans les services à la personne) et la progression tendancielle liée à la hausse de la productivité du reste de l'économie.

- **La baisse du reste à charge en établissement.** Les mesures proposées en matière de baisse du reste à charge ont surtout cherché à cibler les ménages présentant des ressources comprises entre 1 000 et 1 600 €/mois et qui bénéficient de moins d'aides dans le système actuel. Elles se composent essentiellement :

  - D'une harmonisation de l'ASH (barème national, plus de recours aux petits enfants) et de la hausse du reste à vivre minimal laissé aux obligés de 100 à 150 €/mois pour un coût total un peu inférieur à 100 M€. Après 2024, il est en outre proposé de supprimer l'obligation alimentaire ce qui aurait un effet difficile à déterminer sur le taux de recours et donc sur le coût ;

  - De la conséquence de la fusion des sections soins et dépendance (qui est avant tout une mesure de simplification) et du transfert de certaines charges de la section hébergement vers la section soins pour environ 400 M€ d'ici 2024 ;

  - De la création d'une nouvelle prestation unique dégressive en établissement en remplacement de l'allocation logement et de la réduction d'impôt qui seraient supprimées pour environ 750 M€ d'ici 2024 ;

  - D'un bouclier dépendance socialisant le risque long de dépendance lourde (plus de 4 ans en établissement et en GIR 1 ou 2) pour environ 650 M€ d'ici 2024.

- **La création de la Maison des aînés et des aidants, l'indemnisation du congé aidants et le financement des actions de prévention.**

Les principales mesures d'économies sont relatives à :

- **La meilleure prise en compte les ressources des bénéficiaires pour une prestation plus juste.** Il est proposé de mieux valoriser le patrimoine dans la base ressources retenue dans le calcul de la nouvelle prestation (qui remplacerait l'APA) et d'aligner le coefficient de partage de revenus au sein du couple sur celui retenu pour les autres prestations (pension de réversion, ASPA, RSA ou allocation logement).

- **La réalisation de gains d'efficience.** Le paiement direct de la prestation au service serait généralisé et un système de prestation tout en un serait mis en place par le CNCESU pour l'emploi direct. En outre, la restructuration du secteur générerait des gains d'efficience. La hausse de la part des personnes accompagnées à domicile se traduirait par des économies, la prise en charge des personnes les plus autonomes étant moins coûteuse qu'en établissement. Enfin, la tarification des EHPAD serait modifiée pour permettre une prise en charge globale ce qui générerait des économies de soins de ville.

- **Le recentrage les dépenses fiscales et exonérations sur les publics fragiles.** L'âge ouvrant droit à exonération totale des cotisations patronales dans le cas d'un emploi direct pourrait être augmenté et les plafonds des dépenses retenues pour le calcul du crédit d'impôt emploi à domicile pourraient être différenciés selon que les dépenses relèvent de besoins sociaux (garde d'enfants, aide aux personnes âgées ou handicapées) ou no (cette dernière mesure n'a pas été chiffrée).

- **L'amélioration des parcours et l'efficacité des actions de prévention pourraient générer des économies substantielles.** La concertation a identifié trois sources d'économies possibles : une baisse des

dépenses d'hospitalisation liée à une meilleure fluidité des parcours, les personnes âgées restant souvent à l'hôpital faute de solutions en aval ; une meilleure gestion de la prestation et des gains d'efficience dans l'organisation des services ; les effets des mesures de prévention sur la durée de la période de perte d'autonomie et sur les entrées en hospitalisation et donc sur son coût pour les finances publiques. Toutefois, aucun chiffrage n'a été effectué. L'évaluation du coût des personnes âgées en attente de solution aval à l'hôpital repose sur un rapport de 2011 du HCAAM qui l'évaluait à 2 Mds €[1].

- **La baisse du taux d'absentéisme en établissement représente également un gisement d'économie** qui n'a cependant pas pu être chiffré avec précision.

1. Source : Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, « Assurance maladie et perte d'autonomie », rapport adopté le 23 juin 2011

Dépenses des conseils départementaux et pacte de Cahors

Le Gouvernement a adopté une nouvelle approche dans les relations financières entre l'État et les collectivités territoriales. À cette fin, les collectivités représentant la plus grande partie de la dépense locale ont été invitées à conclure un contrat avec les représentants de l'État sur la trajectoire d'évolution de leurs dépenses. Ce dispositif a été présenté lors de la conférence nationale des territoires à Cahors le 14 décembre 2017 et est défini aux articles 13 et 29 de la loi n° 2018-32 du 22 janvier 2018 de programmation des finances publiques pour les années 2018 à 2022.

322 collectivités sont concernées, dont la totalité des départements, et se voient fixer un objectif de progression des dépenses réelles de fonctionnement de l'ordre de 1,2 % par an, ce montant pouvant varier selon plusieurs caractéristiques, en particulier démographiques. Les allocations individuelles des départements (RSA, APA, PCH) sont comprises dans le champ des dépenses retenues sauf pour la fraction de leur évolution supérieure à 2 % par an.

La concertation a montré que cette disposition, pour légitime qu'elle soit, pouvait avoir des effets non souhaités. En particulier, les travaux sur l'ASH ont montré que cette disposition conduisait les départements à verser l'aide de façon uniquement différentielle, en reportant sur les établissements la charge du recouvrement auprès du résident, voire des obligés, de façon à freiner (artificiellement) leurs dépenses.

Les mesures proposées affectent les dépenses réelles de fonctionnement des départements en sens inverse :

- la fusion des sections soins et dépendance et la suppression de l'APA établissement se traduit par une baisse des dépenses des départements ;
- la revalorisation tarifaire des SAAD, la création d'une nouvelle prestation en établissement, le bouclier ou les modifications de l'ASH se traduisent par une hausse.

Ces évolutions s'apparentent à des changements de périmètres, ce qui les expose à être toutes neutralisées au titre du V de l'article 29 de la LPFP qui dispose que « le niveau des dépenses réelles de fonctionnement considéré prend en compte les éléments susceptibles d›affecter leur comparaison sur plusieurs exercices, et notamment les changements de périmètre et les transferts de charges entre collectivité et établissement à fiscalité propre ou la survenance d›éléments exceptionnels affectant significativement le résultat ». Une instruction pourrait donc être envoyée aux préfets pour sécuriser les départements et permettre le bon déroulement de la réforme : les évolutions préconisées n'auraient ainsi aucun impact sur le respect de leurs engagements.

Toutefois, dès lors que les dépenses relatives au risque de perte d'autonomie sont encadrées par un vote en PLFSS, une autre solution envisageable serait de sortir simplement les dépenses d'APA du champ des dépenses de fonctionnement encadrées des départements.

ANNEXE N° 5 : GRAND ÂGE ET PLAISIRS DE LA TABLE

Quiconque a eu un proche hébergé en EHPAD connaît l'importance du sujet repas. Il y a là un enjeu considérable pour que les établissements soient réellement des lieux de vie. Là encore l'hétérogénéité est forte. Certains font des efforts, y compris sur les produits « structurés », mais ce n'est pas partout la règle. Au-delà de l'enjeu « plaisir », le repas porte aussi des enjeux essentiels comme la dénutrition ou les soins bucco-dentaires. Le sujet n'était pas traité dans les ateliers de la concertation. J'ai souhaité y consacrer une annexe qui s'inspire notamment des travaux engagés dans le cadre du projet Renessens, co-piloté par l'INRA et le CHU de Dijon, par l'ARS Normandie et par le Collectif de lutte contre la dénutrition.

Dominique Libault

BIEN MANGER, POUR BIEN VIEILLIR

- 1 personne âgée hospitalisée sur 2 souffre de dénutrition (collectif de lutte contre la dénutrition - CLN),
- 400 000 personnes âgées à domicile souffrent de dénutrition (collectif de lutte contre la dénutrition),
- 250 000 personnes en EHPAD souffrent de dénutrition soit 30 % des résidents (CLN),
- 8 personnes sur 10 en EHPAD ne couvrent pas leurs besoins caloriques et/ou protidiques parce qu'elles ne mangent pas assez (projet Renessens – ANR).

L'acte alimentaire est étroitement lié au **bien-être de la personne.** Il fait partie de la qualité de la vie et contribue au lien social. Il doit rester un moment de plaisir et d'expression de sa liberté. Au-delà, il porte plusieurs enjeux : sanitaire pour prévenir la dénutrition, économique avec le coût des repas et **environnemental** avec en ligne de mire la lutte contre le gaspillage dans la restauration collective.

FAIRE DU REPAS EN ÉTABLISSEMENTS UN MOMENT DE PLAISIR : L'AFFAIRE DE TOUS

Un projet de management transversal

Travailler sur la thématique nutrition implique une mobilisation transversale des équipes notamment en EHPAD dans la durée : directeur, personnel soignant et de service, équipe cuisine.

Ce projet suppose également de renforcer la **présence des diététiciens** dans les EHPAD pour leur permettre de veiller à la qualité de l'alimentation et le soin nutritionnel des résidents. En outre, ils doivent pouvoir consacrer chaque semaine une partie de leur temps à la prévention.

Il faut former les équipes, adapter l'environnement, la présentation et le contenu de l'assiette, et intégrer cette dimension dans le suivi personnalisé du résident.

Ce projet de management doit permettre aux personnes âgées de se réapproprier le plus possible dans leur alimentation : choisir le moment du repas, être associé à la préparation, à l'élaboration des menus, à l'évaluation des repas, proposer un mode de dégustation qui permet à la personne d'être le plus en autonomie possible… en bref, contribuer à sa liberté, à son estime de soi, et trouver un meilleur appétit.

Il est important dans cette démarche d'évaluer et de rendre publics les niveaux de qualité en matière de nutrition et de qualité gustative pour les hôpitaux et les EHPAD notamment.

Une multitude de paramètres est à prendre en compte pour faire du repas un moment privilégié, réduire la dénutrition et éviter le gaspillage :

- Les qualités gustatives des repas mais aussi la température des plats,
- La présentation attractive et la quantité adaptée à l'appétit,
- La variété des plats proposés et l'offre alternative,
- L'organisation d'événements permettant d'accueillir les proches,
- L'écoute des résidents pour faire évoluer les plats proposés en tenant compte des habitudes des résidents, de leur région,
- La salle de restauration, sa décoration, son animation, le niveau de bruit, de lumière, l'adaptation des couverts adaptés,
- La qualité du service, la présence du chef en salle pour mieux connaître les goûts des résidents, la tenue du personnel (différente de celui du personnel de soin), l'intervention de lycées hôteliers.

Repenser le cahier des charges nutritionnel

L'alimentation dans les établissements de soins, les EHPAD et lors du portage à domicile est régie par les textes de la restauration collective portant sur l'hygiène, la variété et les grammages. Elle n'est pas pensée pour les malades et les personnes âgées.

Ainsi, la recommandation nutritionnelle du GEM-RCN (Groupement d'Étude des Marchés en Restauration Collective et de Nutrition), qui sert de référence aux acteurs publics pour élaborer les cahiers des charges de leurs contrats de restauration collective, reste trop souvent basée sur des normes quantitatives inadaptées aux personnes âgées. **Il paraît nécessaire de faire évoluer le cahier des charges nutritionnel pour évoluer vers un cahier des charges spécifique au grand âge, fixant des seuils minimaux en calories et en protéines, en s'assurant de la conformité de l'offre par des analyses nutritionnelles** régulières effectuées par un laboratoire agréé.

Il fait enfin souligner que **l'alimentation représente un budget modeste** (enveloppe financière consacrée à l'achat de denrées alimentaires : environ 3,70 euros à l'hôpital et 4,20 euros en EHPAD par jour), qui peut être significativement augmenté pour améliorer la qualité des denrées alimentaires et leur préparation, avec un impact financier limité.

Prendre en compte les petits mangeurs : privilégier l'enrichissement aux compléments nutritionnels oraux

Les petits et tout petits mangeurs représentent 80 % de la population en EHPAD. Pour mieux répondre leurs besoins et éviter le gaspillage, il est fondamental d'adapter les quantités servies aux capacités d'ingestion, d'améliorer les qualités gustatives et d'appétence des plats, tout en enrichissant leur densité nutritionnelle.

Dans la continuité de l'étude clinique RENESSENS menée en EHPAD, il apparaît que chez les petits et tout petits mangeurs, le coût de l'enrichissement de l'alimentation (par exemple, ajouter un concentré de protéine dans la soupe) est vraisemblablement compensé par l'économie réalisée sur la diminution de la taille des portions de viande servie au déjeuner. De façon intéressante, le coût de la prescription de Complément Nutritionnels Oraux (CNO), aujourd'hui largement pratiquée, est nettement plus important et non compensé par la réduction des portions servies. Outre son coût plus faible que les CNO, cette stratégie d'enrichissement de l'alimentation est associée à une meilleure acceptation par les personnes âgées, qui souvent refusent les CNO, et à une réduction du gaspillage alimentaire.

Adapter l'organisation des repas

Au-delà de la qualité des plats, l'organisation des repas est déterminante. À ce titre, il est important de :

- Laisser un temps suffisant (45 minutes environ) dédié au repas : le temps alloué au repas jugé est souvent trop court pour manger à son rythme et prolonger le moment de convivialité ;
- Limiter le jeûne nocturne à 12 heures maximum. Si le repas du soir ne peut pas être plus tardif, il est pertinent de mettre en place une collation au moins deux heures après le dîner, et de réfléchir au goûter dont l'importance peut être amplifiée selon les goûts des résidents ;
- Organiser une alimentation choisie par les patients à travers une planification à l'avance et le fait de proposer des plats de substitution accessibles au moment du repas ;
- Pour les personnes ayant besoin d'une aide à l'alimentation, imposer une démarche d'information explicitant l'offre de l'établissement en la matière.

Valoriser et former les cuisiniers

La formation est un enjeu clé de la problématique de la nutrition. Elle rejoint également l'importance de valoriser le travail des équipes dans ce domaine, ce qui permettrait en outre d'avoir un impact positif sur l'image de l'établissement :

- Former les équipes des EHPAD et des cuisines centrales destinées aux EHPAD (3 à 4 jours de formation initiale puis atelier de rappel) aux techniques spécifiques de préparation (texture, manger main, enrichi, mixé) pour améliorer la qualité gustative, la présentation et les apports nutritionnels ;
- Développer des réseaux de chefs pour partager les bonnes pratiques ;
- Encourager sur l'ensemble du territoire les opérations événementielles permettant aux chefs de valoriser leur travail (par exemple Silver Fourchette).

Mettre en place des commissions du goût

Au-delà des commissions de menus, la mise en place de commissions du goût en établissement pour personnes âgées doit permettre de faire goûter et évaluer les repas servis aux patients. Elle permettra aussi d'organiser des recueils de satisfaction des résidents afin que les cuisiniers puissent adapter les recettes en fonction des attentes alimentaires et des préférences sensorielles des résidents.

La nécessité d'une évaluation

L'organisation de toute la chaîne alimentaire au sein des établissements comme la qualité nutritionnelle et gustative des repas servis aux résidents doivent être périodiquement contrôlées et donc être englobées dans le référentiel en cours d'élaboration par la HAS pour les évaluations externes.

LUTTER CONTRE LA DÉNUTRITION CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE

Mettre en place un dépistage précoce de la dénutrition

Il est important de systématiser la surveillance du poids chez les personnes âgées. Concernant le rythme de pesée, il existe des recommandations de la HAS (2007). Si aujourd'hui, elles tendent à être appliquées en EHPAD, elles le sont encore très peu à l'hôpital et encore moins à domicile. En cas de rupture de poids, un dosage sanguin albumine - préalbumine permet d'affiner le diagnostic.

À l'hôpital, il est essentiel de développer le principe d'une pesée dans les 24 heures post-admission puis d'assurer un suivi régulier. Mais il est aussi nécessaire d'avoir **un enregistrement accessible à l'ensemble des acteurs de l'accompagnement et du soin de la personne âgée,** afin de permettre un suivi dans le temps, notamment lorsque le poids est relevé par différents acteurs de santé et pour assurer une meilleure liaison hôpital – domicile.

Enfin, relever le poids ne sert à rien si les données ne sont pas suivies et analysées. Il est donc nécessaire de **sensibiliser les professionnels à la nécessité de suivre les courbes de poids des personnes âgées et de renseigner en conséquence le dossier médical partagé.**

Pour faciliter ce suivi dans le temps, de nombreux acteurs de proximité peuvent être sollicités comme les pharmaciens, les auxiliaires de santé et infirmières à domicile, les kinésithérapeutes. D'autres mesures peuvent concourir à cet objectif, comme l'accueil de fauteuil balances dans les établissements de santé pour peser les personnes qui ne peuvent pas tenir debout.

Lorsque le risque nutritionnel est constaté, la mise en place d'une **consultation auprès d'une diététicienne en sortie d'hôpital** paraît essentielle.

Prise en charge de la dénutrition à domicile

Pour améliorer cette prise en charge, plusieurs mesures sont identifiées, elles consistent notamment à :

- Établir les missions des unités transversales de nutrition clinique au sein des établissements de soin au suivi post-hospitalisation, en collaboration étroite avec les acteurs qualifiés (médecins traitants, prestataires à domicile, médecins nutritionnistes diététiciens…) ;
- Encadrer le portage de repas à domicile qui peut être une alternative aux repas préparés par les aides à domicile, qui, la plupart du temps, ne sont pas assez formées et sont contraintes par le temps.

Former l'ensemble des professionnels

Cette formation doit porter à la fois sur la prévention, le dépistage et la prise en charge de la dénutrition grâce à différentes actions :

- Augmenter significativement l'enseignement de la nutrition dans tous les cursus de la santé ;
- Avoir pour objectif que tous les futurs médecins généralistes puissent être formés à la prescription des soins nutritionnels de premier recours chez un patient dénutri ;
- Augmenter le niveau de formation des auxiliaires de vie sur l'alimentation des personnes en perte d'autonomie.

Il est important de former les différents intervenants au dépistage de la dénutrition à l'hôpital (médecins, infirmiers, diététiciens…), en EHPAD (médecins, infirmiers, diététiciens), à domicile (médecins, infirmiers, mais sans doute aussi pharmaciens pour personnes mobiles), kinésithérapeutes pour personnes peu mobiles, visites à domicile…). Le dépistage de la dénutrition à domicile ne doit pas reposer que sur les médecins généralistes, mais plutôt sur une implication de l'ensemble des soignants susceptibles de rentrer en contact avec les personnes âgées.

Améliorer l'état bucco-dentaire

La santé bucco-dentaire affecte considérablement la qualité de vie et notamment la qualité de nutrition des personnes âgées. Pour lutter contre ce phénomène, plusieurs leviers sont identifiés :

- Veiller à la conservation d'une mastication efficace et non douloureuse, avec des rendez-vous périodiques notamment un bilan de santé orale au moment de l'âge de départ à la retraite ;
- Bilan de santé bucco-dentaire à l'admission dans les établissements médico-sociaux et établissements de santé ;
- Mise en place de formations avec l'application de référentiels, protocoles et évaluation de leur mise en place.

Sensibiliser et combattre les idées reçues : in frigo veritas !

Pour donner leur pleine efficacité aux actions directes, il apparaît fondamental d'organiser des campagnes d'information grand public pour :

- Informer des enjeux nutritionnels notamment des besoins protéiques, des risques des régimes restrictifs prolongés chez la personne âgée ;
- Cibler les aidants familiaux et les professionnels pour les sensibiliser sur l'importance de vérifier l'état des denrées alimentaires des personnes qu'elles aident (placards et réfrigérateur vides ou au contraire remplis de denrées périmées) ;
- Expliquer aux personnes âgées et aux aidants ce qu'est le mécanisme de perte progressive et élevée de la masse, de la force et de la fonction musculaires au cours du vieillissement (sarcopénie), et informer sur le fait qu'une activité physique adaptée à leur condition physique ou leur pathologie peut limiter le risque de perte d'autonomie ;
- Sensibiliser sur la bonne santé bucco-dentaire.

ANNEXE N° 6 : L'ORGANISATION DE LA CONCERTATION

GOUVERNANCE, ATELIERS NATIONAUX, RENCONTRES BILATÉRALES

Près de 450 participants, pour une large ouverture aux professionnels du secteur et issus de la société civile

Le Conseil d'orientation, pilote de la concertation

- Présidence : Dominique Libault
- Composition : parlementaires, représentants des Conseils départementaux, de l'État, des opérateurs publics et des usagers, personnes qualifiées (cf. annexe « Participants de la concertation »)
- Missions : proposer des axes de réflexion, prioriser les options de réforme et veiller à la

	Co-présidence		Rapporteur
1. Gouvernance et pilotage	Benjamin Ferras, membre de l'IGAS	Marie Tamarelle, députée LREM Eure	Jérémy Fournel, IGAS
2. Panier de biens et services et reste à charge	Jean-Philippe Vinquant, Direction générale de la cohésion sociale, directeur général	Laurence Assous, Cour des Comptes	Dorian Roucher, IGF
3. Nouveaux financements	Mathilde Lignot-Leloup, Direction de la sécurité sociale, directrice	Jean-Luc Tavernier, directeur général de l'INSEE	Jérémy Fournel, IGAS
4. Parcours des personnes âgées	Dominique Libault	Geneviève Mannarino, vice-présidente du Conseil départemental du Nord,	A. Farnault, DSS
5. Prévention et bien vieillir	Stéphane Corbin, Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie	Jean-Pierre Aquino, délégué général SFGG	Clémence Le Marrec, CNAV
6. Métiers	Mathias Albertone, Direction générale de l'offre de soins	Alice Casagrande	Nelly Jousset-Antiphon, DGCS
7. Aidants, familles et bénévolat	Cécile Tagliana, Direction générale de la cohésion sociale	Annie Vidal, députée LREM Seine-Maritime	Etienne Deguelle, CNSA
8. Offre de demain pour les personnes âgées en perte d'autonomie	Anne Burstin, Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie	Marc Bourquin, ARS Ile-de-France	Dorian Roucher, IGF
9. Cadre de vie et inclusion sociale	Marie-Caroline Bonnet-Galzy	Mathieu Klein, président du Conseil départemental de Meurthe-et-Moselle	Gilles Duthil, magistrat CRC IDF
10. L'hôpital et la personne âgée	Sylvie Escalon, Direction générale de l'offre de soins	Philippe Vigouroux, directeur général du CHU de Bordeaux	Anne-Noëlle Machu, DGOS
Données de gestion, indicateurs et interopérabilité des systèmes d'information	Patrick Aubert, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, et Lawin Macaire, Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie		Elsa Ptakhine (ANAP)

cohérence d'ensemble des travaux engagés dans la perspective du rapport final

- Réunions : 5 entre octobre 2018 et mars 2019

Un Comité scientifique pour éclairer les choix

- Présidence : Professeur Bruno Vellas
- Composition pluridisciplinaire : médecins, économistes, sociologues, philosophe ainsi que des spécialistes du numérique et des comparaisons internationales (cf. annexe n° 12 Participants de la concertation)
- Mission : apporter son expertise à la concertation
- Réunions : 4 réunions entre octobre 2018 et janvier 2019
- Livrable : recommandations (cf. annexe)

10 ateliers thématiques pour formaliser des propositions

- Des ateliers coprésidés et regroupant chacun une vingtaine de participants (cf. annexe Participants de la concertation)
- Composition : professionnels et opérateurs du secteur, associations d'usagers, organismes de sécurité sociale, professions médicales et paramédicales, État, collectivités locales, opérateurs publics, parlementaires
- Missions : établir un diagnostic, prioriser les objectifs, formuler des propositions d'action
- Réunions : 4 à 5 entre octobre 2018 et janvier 2019, ainsi qu'une séance plénière de partage et d'échange entre tous les ateliers
- Livrable : une synthèse des travaux et propositions par atelier

Atelier 1 : Gouvernance et Pilotage

Axes de travail : élaborer des propositions permettant de sécuriser, de clarifier et de pérenniser une architecture de gestion et de pilotage du risque de perte d'autonomie liée au grand âge.

Atelier 2 : Panier de biens et services et reste à charge

Axes de travail : définir différents scénarios pour proposer des droits et prestations universels, simples, lisibles, à domicile comme en établissement, et modulés en fonction des ressources des personnes.

Atelier 3 : Nouveaux financements

Axes de travail : proposer des options de financement public et privé de la couverture du risque de perte d'autonomie liée au grand âge, en fonction des dernières projections démographiques et d'estimations de besoins de financement liés aux mesures nouvelles.

Atelier 4 : Parcours des personnes âgées

Axes de travail : définir un droit à un service de qualité, dans un objectif de simplicité des parcours et des démarches, en prenant comme point de départ les attentes des personnes âgées.

Atelier 5 : Prévention et bien vieillir

Axes de travail : renforcer la prévention pour retarder ou limiter la perte d'autonomie et augmenter l'espérance de vie en bonne santé.

Atelier 6 : Métiers

Axes de travail : accroître l'attractivité des métiers et des carrières de l'aide et du soin aux personnes âgées, faire évoluer les compétences des professionnels dans une perspective d'amélioration de la qualité des prestations.

Atelier 7 : Aidants, familles et bénévolat

Axes de travail : renforcer la reconnaissance et l'accompagnement des proches aidants, accroître leur capacité à se saisir de leurs droits, mobiliser le bénévolat auprès des personnes âgées.

Atelier 8 : Offre de demain pour les personnes âgées en perte d'autonomie

Axes de travail : identifier les voies de diversification de l'offre d'hébergement et de prise en charge, explorer les axes d'une meilleure intégration des services, sur le modèle de plateformes, et formuler des propositions de nature à améliorer la qualité de l'accompagnement et du soin.

Atelier 9 : Cadre de vie et inclusion sociale

Axes de travail : identifier, sur la base des initiatives récentes, des bonnes pratiques locales et des expériences étrangères, des voies d'amélioration concernant l'adaptation des logements, les mobilités et de l'accès au numérique et aux services publics, dans une approche inclusive.

Atelier 10 : L'hôpital et la personne âgée

Axes de travail : travailler sur la prévention des hospitalisations, sur l'adaptation de l'hôpital à la personne âgée et faire de l'hôpital un pôle d'expertise gériatrique capable de se projeter sur son territoire.

Un groupe de travail a été chargé des questions d'interopérabilité des systèmes d'information, des échanges de données et des études statistiques.

Plus de 100 rencontres bilatérales tout au long de la concertation

Des rencontres bilatérales avec les principaux acteurs, notamment les partenaires sociaux et les professionnels de santé, ont également permis de nourrir la réflexion pour l'élaboration du diagnostic, des orientations et des propositions d'action (cf. annexe Participants de la concertation).

ANNEXE N° 7 LA CONCERTATION DANS LES TERRITOIRES : 500 PERSONNES RÉUNIES LORS DE FORUMS RÉGIONAUX

Plus de 500 personnes ont participé aux cinq forums régionaux organisés entre novembre 2018 et janvier 2019 en métropole et dans les DOM.

LE CALENDRIER

- Provence-Alpes-Côte d'Azur – *Marseille* : 27/11/2018
- Nouvelle-Aquitaine – *Angoulême* : 29/11/2018
- Normandie – *Rouen* : 6/12/2018
- Hauts-de-France – *Lille* : 17/12/2018
- Martinique – *Fort-de-France* : 11/01/2019

UNE FORTE MOBILISATION DES ACTEURS LOCAUX

Les ARS, aidées des CARSAT, se sont montrées très efficaces dans l'organisation de ces manifestations. Une forte participation a été le signe d'un intérêt marqué pour l'exercice. Les forums ont réuni de 80 à 120 personnes à chaque édition en mobilisant :

- Les acteurs publics : Conseils départementaux, ARS, CCAS, intercommunalités, caisses de sécurité sociale
- Les professionnels du médico-social et de santé des établissements, des services d'aide à domicile, de la ville et de l'hôpital ;
- Les personnes âgées et proches aidants représentés par des associations ;
- Les responsables des échelons locaux d'organisations nationales du secteur ;
- Des parlementaires.

En amont du forum régional, l'ARS Nouvelle Aquitaine a réuni près de 300 acteurs dans le cadre de forums départementaux pour tenir compte de la dimension de la région et de la diversité des territoires.

FAIRE REMONTER LES ATTENTES ET LES PROPOSITIONS DU TERRAIN

Un double objectif était assigné aux forums régionaux :

- Faire remonter le diagnostic, l'analyse du terrain, le ressenti, les attentes et les difficultés ;
- Faire émerger des propositions, des idées nouvelles, des innovations et des bonnes pratiques.

Méthodologie

Quatre thèmes étaient proposés aux organisateurs, qui ont choisi :

- Comment mieux travailler ensemble ? *(Normandie, Hauts-de-France et Martinique)*
- Quelle organisation territoriale optimale au regard des caractéristiques diverses des territoires ? *(PACA)*
- Comment être innovant et promouvoir l'innovation ? *(PACA, Nouvelle Aquitaine et Martinique)*
- Comment co-construire avec les personnes âgées et les aidants et faire vivre leurs droits ? *(Normandie, Hauts-de-France et Nouvelle Aquitaine)*

DES INTERVENANTS PÉNALISÉS PAR UN TRAVAIL EN SILO

- Une nette difficulté à diffuser et à partager entre les acteurs les innovations et les bonnes pratiques a été exprimée ;
- Le constat selon lequel le temps collectif local, celui de rencontre de tous les acteurs de chaque territoire, est trop rare, est remonté très fortement de l'ensemble des forums régionaux. Les professionnels du secteur, qu'ils interviennent en établissement ou à domicile, rencontrent la même difficulté à partager des retours sur leurs pratiques et à participer à des actions de formation continue. Il ressort de ces échanges le faible niveau d'échange entre les acteurs, leur (trop) grand nombre, et la faible connaissance des différents intervenants entre eux.

DES ATTENTES EN LIGNE AVEC LES ORIENTATIONS NATIONALES

Le diagnostic de situation, comme les grands objectifs à donner à une réforme, est convergent avec ceux qui se sont construits au niveau national ;

Une certaine timidité a marqué les solutions avancées et les propositions concrètes mais quelques pistes peu ou non évoquées au niveau national ont été explicitées ou mises en avant.

Parmi ces pistes concrètes :

- Mettre en place un cadre réglementaire de collaboration à travers un opérateur ayant le leadership pour contraindre les différents intervenants à travailler ensemble
- Créer un numéro national qui, comme le SAMU, permet d'être réorienté vers la structure la mieux adaptée
- Renforcer la diffusion de l'information par les instances de proximité de type conseillers de quartiers
- Disposer d'un annuaire partagé de l'offre mis à jour très régulièrement
- Utiliser les registres canicules municipaux pour assurer la veille auprès des personnes âgées fragiles
- Mettre en place un pool de formation des professionnels au niveau de chaque département
- Mieux valoriser les visites à domicile des professionnels de santé de premier recours en intégrant les temps de déplacement
- Organiser une concertation pluri-professionnelle annuelle
- Éliminer les dernières zones blanches numériques qui entravent le développement de la télémédecine en EHPAD
- Développer le label des « Villes amies des aînés »
- Développer les unités cognitivo-comportementales, les équipes mobiles gériatriques et les gérontopsychiatres.

ANNEXE N° 8 LES PERSONNES ÂGÉES EN PERTE D'AUTONOMIE ET LEUR PRISE EN CHARGE

I – QUI SONT LES PERSONNES ÂGÉES EN PERTE D'AUTONOMIE ?

1. Les groupes iso-ressources (GIR) : une définition parmi d'autres de la perte d'autonomie

Si l'on retient une approche très large ce sont, selon l'enquête Care-Ménages de 2015, près de 6 millions de personnes de plus de 60 ans, soit 40 % des seniors, qui souffrent dans les activités de la vie quotidienne d'au moins une limitation fonctionnelle (physique, sensorielle ou cognitive) sévère.

À partir de là, on peut mesurer l'intensité de la perte d'autonomie à l'aide de plusieurs outils : l'indicateur de Katz (Katz et al., 1963), de Colvez (Colvez et al., 1981), les IALD (Lawton et Brody, 1969) ou la méthode GALI. On choisit ici de la mesurer selon la grille Autonomie gérontologique groupe iso-ressources (AGGIR) : il s'agit d'une mesure de la perte d'autonomie de la personne qui permet une évaluation de celle-ci en repérant ce qu'elle fait ou ne fait pas seule, en excluant ce que font les aidants et les soignants. La grille AGGIR s'appuie sur dix variables discriminantes relatives à la perte d'autonomie au plan physique ou au plan psychique.

À partir des réponses, on peut « classer » les individus dans la grille AGGIR (cf. tableau ci-après). On considère comme « dépendantes » les personnes qui relèvent des GIR 1 à 4. Il s'agit ainsi d'une définition conventionnelle de la perte d'autonomie relativement restreinte que mais qui offre l'avantage de correspondre aux critères d'accès à l'allocation pour l'autonomie (APA). En effet, le classement selon le GIR est déterminé par une équipe médico-sociale au domicile de la personne qui demande la prestation.

2. Selon les mesures, entre 1,3 et 2 millions de personnes âgées peuvent être considérées comme en perte d'autonomie au sens de la grille AGGIR

À partir de cette définition, la perte d'autonomie des personnes âgées peut être mesurée de différentes façons :

- soit en comptabilisant le nombre de personnes destinataires des mesures publiques qui la concerne (APA). Cette définition est restrictive puisqu'elle utilise une définition administrative de la perte d'autonomie et qu'elle écarte par conséquent toutes les personnes qui ne recourent pas à cette prestation alors qu'elles pourraient en avoir besoin ;
- soit en évaluant l'état fonctionnel des personnes grâce à des tests. Cette mesure a l'avantage d'être plus fiable mais est difficile à mettre en œuvre dans le cadre d'une enquête statistique sur un large échantillon de personnes ;
- soit, enfin, en interrogeant directement les personnes sur les difficultés qu'elles rencontrent, et cela sur un large échantillon de la population afin d'être représentatif de cette population entière. Les enquêtes Handicap-Santé (2008) et CARE-Ménages (2015) de la DREES optent pour cette dernière approche.

La DREES estime ainsi qu'environ 1 459 000 personnes de plus de 60 ans vivant à domicile sont en perte d'autonomie en 2015[2] auxquelles il convient d'ajouter 584 000 personnes vivant en établissement[3] soit un peu plus de 2 millions.

2. Source : DREES, 2017, « Les personnes âgées dépendantes vivant à domicile en 2015 : Premiers résultats de l'enquête CARE-ménages », Études et résultats n°1029. On retient ici la définition « large ». En étant restrictif, la DREES estime que seulement 636 000 personnes seraient dans ce cas.

3. Source : Enquête EHPA 2015.

En retenant uniquement une définition administrative, en 2015, 1 265 000 personnes de plus de 60 ans étaient bénéficiaires de l'APA (et 74 000 environ de la prestation de compensation du handicap - PCH - ou de l'allocation compensatrice pour tierce personne - ACTP). L'écart entre les deux mesures peut provenir soit d'un non-recours aux prestations soit d'écart de mesures ou d'appréciation[4]. Ainsi entre 9 % et 14 % des plus de 60 ans peuvent, selon cette définition, être considérés « en perte d'autonomie ».

Cette « prévalence » de la dépendance est très fortement croissante avec l'âge : elle est de seulement 4,5 % entre 60 et 74 ans contre 20,0 % pour les plus de 75 ans. En outre, les taux de prévalence par âge ont fortement reculé entre 2008 et 2015[5] : pour les plus de 75 ans, les taux de prévalence des personnes vivant à domicile ont ainsi baissé de 2 points (pour les femmes) et de 3 points (pour les hommes).

3. Les projections à l'horizon 2030 conduisent à une hausse comprise entre 200 000 et 400 000 personnes âgées en perte d'autonomie et à une nette accélération entre 2030 et 2040

La projection du nombre de personnes âgées en perte d'autonomie réalisée par la DREES se fait sur le nombre de personnes bénéficiaires de l'APA et dépend de deux éléments :

4. Le caractère « ponctuel » ou non du besoin d'aide pouvant justifier le classement en GIR 5 ou GIR 4.

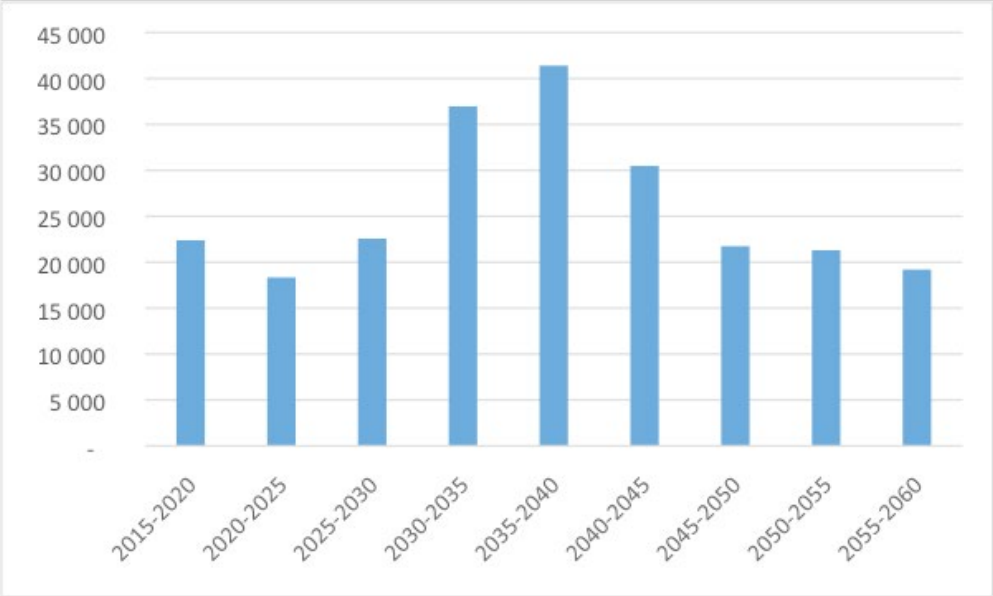
5. Sources : DREES, 2017, op. cit et DREES, 2017, « Incapacités et perte d'autonomie des personnes âgées en France : une évolution favorable entre 2007 et 2014 », Dossier de la DREES n° 13.

Caractéristiques du demandeur en fonction du GIR auquel il est rattaché

Gir	Degrés de dépendance
Gir 1	- Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessite une présence indispensable et continue d'intervenants - Ou personne en fin de vie
Gir 2	- Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante, - Ou personne dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui est capable de se déplacer et qui nécessite une surveillance permanente
Gir 3	Personne ayant conservé son autonomie mentale, partiellement son autonomie locomotrice, mais qui a besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'une aide pour les soins corporels
Gir 4	- Personne n'assumant pas seule ses transferts mais qui, une fois levée, peut se déplacer à l'intérieur de son logement, et qui a besoin d'aides pour la toilette et l'habillage, - Ou personne n'ayant pas de problèmes locomoteurs mais qui doit être aidée pour les soins corporels et les repas
Gir 5	Personne ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage
Gir 6	Personne encore autonome pour les actes essentiels de la vie courante

Source : Annexe 2-1 CASF.

Variation annuelle moyenne du nombre de personnes âgées dépendantes (au sens de l'APA) par tranche quinquennale



Source : DREES

- **la projection démographique :** on se fonde sur les dernières projections de l'Insee[6] selon lesquelles le nombre de personnes 75 ans ou plus augmenterait de 2,5 M entre 2015 et 2030 (+42 %) et de 6 M à l'horizon 2050 (+100 %). Leur part dans la population totale passerait de 9,1 % en 2015 à 12,2 % en 2030 et 16,4 % en 2050 ;
- **les hypothèses de taux de prévalence de la dépendance par âge. La DREES distingue trois scénarios :**
  - un scénario bas dans lequel les gains d'espérance de vie seraient uniquement sans dépendance. Les taux de prévalence par âge baisseraient très fortement. Ce scénario suppose des progrès médicaux importants ;
  - un scénario intermédiaire de partage des gains d'espérance de vie entre dépendance et bonne santé (constance du rapport espérance de vie / espérance de vie sans incapacité). Ce scénario de baisse modérée des taux de prévalence par âge correspond au prolongement des tendances observées sur le passé ;
  - un scénario haut de constance des taux de prévalence par âge des personnes modérément dépendantes (GIR 3 et 4) et une stabilité de l'espérance de vie des GIR 1 et 2.

Le nombre de personnes âgées dépendantes augmenterait ainsi d'environ 200000 personnes (+15 %) entre 2015 et 2030 selon le scénario bas, 320000 (+25 %) selon le scénario intermédiaire et 410000 (+33 %) selon le scénario haut. La divergence de la projection augmente fortement selon l'horizon de la projection : la hausse entre 2015 et 2050 serait de 620000 (+49 %) dans le scénario bas et de 1260000 (+100 %) dans le scénario haut. Les progrès de la médecine ou l'efficacité des actions de prévention sont ainsi susceptibles de faire varier très sensiblement le nombre de personnes à accompagner dans la perte d'autonomie dans les années à venir.

La concertation a retenu le scénario intermédiaire comme scénario central : le nombre de personnes âgées en perte d'autonomie (au sens de bénéficiaires de l'APA) passerait ainsi de 1265000 personnes en 2015 à 1582000 en 2030 et 2235000 en 2050. La hausse serait de l'ordre de +20000/an jusqu'en 2030 mais accélérerait franchement à près de +40000/an entre 2030 et 2040 du fait de l'arrivée un âge avancé des premières générations du Baby-Boom.

6. Projections de population 2013-2070 pour la France, Insee Résultats n° 187 Société, novembre 2016

II - COMMENT LES DÉPENSES RELATIVES AUX PERSONNES ÂGÉES EN PERTE D'AUTONOMIE SONT-ELLES PRISES EN CHARGE ?

1. Le compte de la « dépendance » évalue à environ 30 Mds € le coût de la perte d'autonomie des personnes âgées dont 80 % sont pris en charge par les financeurs publics

Selon le compte de la « dépendance » de la Drees, les dépenses liées à la perte d'autonomie des personnes âgées, évaluées en approche « surcoût »[7], représentaient 1,4 % du PIB soit 30 Md€ en 2014 (34,4 Md€ y compris les dépenses dites « de gîte et de couvert » en hébergement) dont 23,7 Md€ de dépenses publiques (79 %), le reste soit 6,3 Md€ étant à la charge des ménages[8]. Elles ne prennent pas en compte le travail informel des 3,9 millions d'aidants[9] auprès des personnes âgées dont la valorisation atteindrait 7 à 18 Md€[10]. Les prestations et aides destinées aux personnes âgées en perte d'autonomie sont nombreuses, versées et financées par des organismes différents, avec des critères d'attribution spécifiques (elles peuvent être universelles sans condition, universelles avec prise en compte des ressources, sous conditions de ressources ou bien subsidiaires).

- **Les principales dépenses d'accompagnement de la perte d'autonomie des personnes âgées sont les suivantes (données 2014) :**

  - **les dépenses de soins** pour environ 12,2 Md€ sont financées à 99 % par la dépense publique via l'assurance maladie. La prise en charge est ainsi universelle ;

  - **les dépenses dites de « dépendance »** proprement dites pour 10,7 Md€, qui correspondent aux dépenses d'aides (humaines, techniques et d'aménagement du logement) pour compenser la perte d'autonomie. Les financeurs publics couvrent 8,3 Md€ (soit 77,6 %), et 2,4 Md€ restent à la charge des ménages. Ces données datant de 2014 elles ne tiennent compte ni de la loi ASV (qui a relevé les montants de l'APA à domicile) ni de la transformation de la réduction d'impôt en crédit d'impôt pour les dépenses relatives à l'emploi d'un salarié à domicile (loi de finances - LF 2017). En tenant compte de ces deux dispositifs, la DREES estime que la prise en charge publique des dépenses est plutôt de l'ordre de 85 % à partir de 201811. La dépense publique se décompose de la façon suivante :

  - l'APA représente 5,5 Md€ (3,25 Mds à domicile et 2,25 Mds en établissement). Il s'agit d'une prestation en nature destinée aux personnes âgées de 60 ans et plus, en perte d'autonomie, universelle mais modulée en fonction du degré d'autonomie et des ressources. Elle est gérée et financée par les départements, avec le concours de la solidarité nationale, via la CNSA. Pour attribuer l'APA, les services départementaux s'appuient sur leur service d'instruction puis d'évaluation des dossiers (l'équipe médico-sociale). Par ailleurs, les départements consacrent également 0,6 Md€ de prestation de compensation du handicap pour les personnes handicapées de plus de 60 ans, la prestation compensatrice du handicap pouvant être perçue après 60 ou 70 ans si elle a été ouverte pour un handicap survenu avant 60 ans ;

  - les dépenses d'action sociale des caisses de sécurité sociale et des collectivités territoriales s'élèvent à 0,9 Md€. Les conditions d'attribution sont variables selon les caisses et les collectivités mais les aides sont le plus souvent modulées en fonction des ressources ;

  - les dépenses fiscales et réduction de cotisations, à la charge de l'État représentent

7. L'approche « surcoût » consiste à ne retenir que les dépenses supplémentaires liées à la perte d'autonomie. Les dépenses relatives aux personnes âgées en perte d'autonomie sont donc supérieures mais seul le surcoût lié à la perte d'autonomie est retracé dans le compte.

8. Source : DREES, 2017, « Personnes âgées dépendantes : les dépenses de prise en charge pourraient doubler en part de PIB d'ici à 2060 », Études et Résultats n°1032.

9. Données 2015. Source : DREES, 2019, « Un senior à domicile sur cinq aidé régulièrement pour les tâches du quotidien », Études et Résultats n°1103.

10. Source : de 7 à 11 Md€ pour Conseil d'Analyse économique, 2016, « Quelles politiques publiques pour la dépendance ? », n°35 et 11 à 18 Md€ pour HCFEA, 2017, « La prise en charge des aides à l'autonomie et son incidence sur la qualité de vie des personnes âgées et de leurs proches aidants ».

11. Source : DREES, 2017, « Réactualisation de la projection DREES des dépenses publiques en faveur des personnes âgées dépendantes à l'horizon 2016 », Note au HCFiPS n°2017/19.

1,2 Md€. La moitié soit 0,6 Md€ correspond aux exonérations de cotisations patronales pour l'emploi d'un salarié à domicile des personnes âgées. Avant la LF 2017, la réduction d'impôt pour l'emploi d'un salarié à domicile représentait une dépense fiscale de 0,2 Md€ et profitait aux seuls contribuables acquittant l'impôt sur le revenu. Le reste est composé de la demi-part invalidité et des exonérations et taux réduits de TVA ;

- enfin d'autres aides peuvent être mobilisées par exemple pour l'adaptation du logement via l'ANAH ou auprès des organismes complémentaires.

- **les dépenses d'hébergement** (en établissement) représentent 7,1 Md€ auxquelles peuvent être ajoutées 4,4 Md€ de dépenses dites de gîte et de couvert[12]. Elles sont principalement à la charge des ménages (3,8 Mds en sus des dépenses de gîte et de couvert). La dépense publique atteint 3,3 Mds € :

  - l'État couvre environ 2,1 Md€ : 0,5 Md€ sous conditions de ressources à travers les aides au logement, 0,3 Md€ uniquement pour les contribuables les plus aisés à travers la réduction d'impôt pour les dépenses des personnes âgées en établissement, 1,1 Md€ sous la forme de taux de TVA réduit pour la construction d'établissement et 0,2 Md€ d'aides diverses ;

  - les départements financent 1,2 Md€ sous forme d'aide sociale à l'hébergement (ASH). Il s'agit d'une aide à caractère subsidiaire (versée en complément des ressources de la personne), soumise à l'obligation alimentaire et au recours sur succession dès le premier euro. Le taux de recours de l'aide est faible : seulement 20 % des résidents en EHPAD sont bénéficiaires de l'ASH (120 000 bénéficiaires au total) alors que 75 % ont des ressources inférieures au coût de l'hébergement. Environ 440 000 places d'hébergement d'EHPAD (soit 75 % des places) sont habilitées à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale ce qui se traduit par un encadrement des tarifs hébergement des structures concernés. Outre les EHPAD, 70 000 places sont habilitées dans les autres catégories d'établissements.

2. À domicile, une prise en charge partagée entre soins infirmiers (pilotés par les Agences Régionales de la Santé – ARS) et l'aide à domicile, pilotée par les conseils départementaux

Parmi les 1 265 000 personnes bénéficiaires de l'APA, environ 59 % sont à domicile[13]. Cette proportion est en légère baisse depuis 2009 où elle atteignait 61 %.

Au domicile, la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie repose sur plusieurs acteurs :

- outre les soins de ville classiques qui sont délivrés par des professionnels libéraux, les personnes âgées en perte d'autonomie peuvent bénéficier de soins de *nursing* (soins d'hygiène, massages médicaux,…) délivrés par des infirmières libérales (actes de soins infirmiers AIS) ou par des Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD). Les places de services de soins infirmiers à domicile ont augmenté de 55 % (126 000 places de SSIAD installées en 2017) ;

- les prestations d'accompagnement dans les actes de la vie quotidienne sont réalisées par des auxiliaires de vie ou des aides à domicile. Trois régimes d'intervention coexistent : les personnes intervenantes à domicile peuvent être employées par un service d'aide à domicile (SAAD) prestataire qui facture une prestation horaire au bénéficiaire (81 % des dépenses d'APA[14]) ou bien être directement salariées du bénéficiaire (l'emploi direct représente ainsi environ 13 % des bénéficiaires de l'APA et la forme mandataire où le bénéficiaire fait appel à une structure pour l'aider dans le recrutement et l'accomplissement des formalités administratives 6 %). Environ 7 000 services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) existent sur le territoire dont un quart est habilité à l'aide sociale.

12. En effet, les personnes hébergées en institution auraient eu à prendre en charge leur repas et leurs dépenses de logement indépendamment de leur perte d'autonomie. Dans une optique surcoût, seules les dépenses au-delà des dépenses habituelles sont prises en compte.

13. Les personnes qui résident en résidences services, en résidences autonomie ou dans d'autres formes regroupées d'habitat sont bénéficiaires du volet domicile de l'APA.

14. Source : DREES, L'aide et l'action sociales en France - édition 2018.

Le modèle économique des services à domicile est toutefois très différent entre les SSIAD et les SAAD :

- **les SSIAD** sont financés par l'assurance maladie dans le cadre d'un CPOM avec l'ARS. Ils dispensent des actes techniques (AMI) et principalement des soins de base (AIS). Le coût annuel moyen d'une place de SSIAD en 2017 est de 13 021 €[15]. La tarification est forfaitaire et ne dépend pas du degré d'autonomie ou de besoins en soins de la personne suivie Les intervenants sont des infirmières/ers (salariés de la structure ou libéraux, mais dans tous les cas rémunérés par le SSIAD) et des aides-soignantes. Le reste à charge des bénéficiaires est nul ;
- **les SAAD** habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale s'inscrivent dans un dialogue de gestion avec le conseil départemental, qui définit le montant du financement alloué par une dotation globale ou par un tarif horaire. Les autres SAAD, qui prennent également en charge des bénéficiaires de l'APA ou de la PCH, conservent une relative liberté dans la fixation du prix de leurs prestations. Cette notion de « tarif horaire » ne doit pas être confondue avec celle de « tarif de référence », retenu par le conseil départemental pour valoriser les plans d'aide APA versés aux bénéficiaires. Une fois pris en compte le crédit d'impôt au titre des services à la personne, le reste à charge final de l'utilisateur de services d'aide à domicile qui ne sont pas habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale est égal à 50 % de la somme du ticket modérateur de l'APA et de l'éventuelle différence entre le tarif pratiqué par le SAAD et le tarif de référence de l'APA retenu par le conseil départemental.

Selon une enquête menée par la CNSA et la DGCS à l'été 2018 auprès de 88 conseils départementaux, les pratiques tarifaires vis-à-vis des SAAD sur l'année 2017 en mode prestataires sont disparates. Ainsi, les tarifs moyens pondérés en fonction de l'activité relevés en semaine des SAAD habilités à l'aide sociale (HAS) s'élèvent à 21,67 € pour l'APA. Les tarifs de référence des SAAD non HAS se situent quant à eux à 19,29 €pour l'APA. Il convient de noter que 75 % de l'activité APA est réalisé par des SAAD HAS. Pour ces services, il n'est pas prévu, sauf dans quelques départements et de façon marginale, de sur-participation. Par contre, les SAAD non HAS, peuvent fixer librement leurs tarifs ce qui peut impliquer une sur-participation pour l'usager. Néanmoins, l'ampleur de celle-ci n'est pas connue avec précision. Le coût de revient horaire moyen des SAAD avait été évalué à 24 € dans une première étude de coût.

En outre, les difficultés de recrutement dans les SAAD sont fortes (77 % des employeurs du secteur de l'aide à domicile sont concernés selon l'enquête Besoin de Main-d'œuvre 2018 de Pôle Emploi) ce qui pèse sur la capacité d'exécution des plans d'aide.

Le secteur a fait l'objet de réformes récentes :

- les SAAD ont fait l'objet d'une réforme unifiant leur régime juridique (autorisation) et leur permettant d'intervenir sur l'ensemble de leur zone d'intervention. Un cahier des charges permettant une harmonisation de leurs pratiques a été mis en place et ces services font l'objet d'une contractualisation renforcée dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), qui restent toutefois facultatifs ;
- la loi ASV a ouvert la possibilité d'expérimenter un modèle intégré d'organisation (les services polyvalents d'aide et de soins à domicile - SPASAD) combinant les soins infirmiers (SSIAD) et l'aide (SAAD) sous l'autorité d'un infirmier coordonnateur.

3. Les EHPAD offrent un ensemble de prestations intégré et sont co-pilotés par les conseils départementaux et les ARS

Les EHPAD proposent une prise en charge globale des personnes âgées en perte d'autonomie incluant les prestations de soins, d'accompagnement dans les actes de la vie quotidienne mais également d'hôtellerie, de restauration et d'animation. Selon les données de la CNSA, l'offre de places d'EHPAD est passée de 441 000 places d'EHPAD en 2006, à près de 600 000 fin 2015, soit un accroissement de 35 % de l'offre d'accueil en établissement d'hébergement médicalisé en 10 ans. Outre l'accueil en EHPAD, les hôpitaux proposent environ 30 000 places en établissement de soins de longue durée.

Tous les EHPAD sont soumis à une règle de tarification commune reposant sur les trois composantes de la prise en charge : l'hébergement, la dépendance et les soins.

15. Source : DREES, Les dépenses de santé en 2017 - Résultats des comptes de la santé - Édition 2018

- **le forfait « soins »** englobe différents soins médicaux et paramédicaux à destination des résidents. Il est pris en charge par l'assurance maladie et versé par les ARS. La rémunération des personnels soignants est intégrée à 100 % dans ce forfait à l'exception de celle des aides-soignantes et des aides médico-psychologiques intégrées à 70 %. Le forfait soins est calculé en fonction d'une équation tarifaire nationale dépendant des besoins des résidents identifiés par leur degré de pathologie (coupe « PATHOS ») et de perte d'autonomie (grille AGGIR). La loi ASV a prévu le principe d'une convergence vers une valeur nationale unique du tarif « soins » pour tous les établissements : cette convergence initialement étalée sur 7 ans (2016-2023) a été ramenée à 5 ans et doit prendre fin en 2021 ;
- **le tarif pour la dépendance** comprend les aides fournies à la personne dans le cadre de ses activités quotidiennes (toilette, déplacements…). Il englobe ainsi une fraction (30 %) de la rémunération des aides-soignantes et des aides médico-psychologiques et des agents de service. Son montant varie avec le degré de perte d'autonomie du résident. Il est fixé et versé par le conseil départemental. Historiquement, les établissements avaient chacun un tarif différent mais la loi ASV a ouvert le principe d'une convergence tarifaire au sein d'un même département. Chaque département a ainsi déterminé une seule valeur du point et la convergence a été établée sur 7 ans (jusqu'en 2023) ;
- **le tarif pour l'hébergement** recouvre les prestations d'administration générale, d'hôtellerie, de restauration, d'entretien et d'animation.

L'article 58 de la loi ASV a prévu que les gestionnaires d'EHPAD doivent obligatoirement conclure, pour 5 ans, un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (Cpom) avec le président du conseil départemental (PCD) et le directeur général de l'agence régionale de santé (DGARS). Ceux-ci précisent ainsi les financements dont bénéficie l'établissement et les objectifs correspondants.

ANNEXE N° 9
L'EXPÉRIENCE ALLEMANDE

UN REGARD SUR DIVERS ÉLÉMENTS DE LA POLITIQUE TOUCHANT LES PERSONNES ÂGÉES EN PERTE D'AUTONOMIE

1. Un cinquième risque de sécurité sociale financé par des transferts de cotisation d'autres branches

Depuis 1995, un 5e risque de sécurité sociale, l'assurance-dépendance, prend en compte sans critère d'âge les personnes en situation de handicap lourd et les personnes en perte d'autonomie.

Ce 5e risque n'a pas été construit sur une page blanche. Il est adossé à l'assurance-maladie et géré par les caisses de cette dernière. Il n'est pas facile à piloter : il n'y a pas de caisse nationale mais une fédération faîtière légère face à 110 caisses publiques ou privées, plus ou moins organisées en plusieurs réseaux. Les ministères fédéraux compétents – santé et famille -, qui n'ont pas de services déconcentrés, doivent articuler l'action de ces caisses d'assurance maladie avec 16 *Länder*, à la situation financière très contrastée et de plus en plus divers sur le plan politique, avec en arrière-plan 11 000 communes et une diversité d'établissements ou de services : publics, mixte privés et publics, privés non commerciaux et privés. Les leviers fédéraux sont avant tout la négociation, puis la loi. On est plus proche sur le sujet de la dépendance de 16 Allemagne que d'Une.

Comme pour l'assurance maladie, l'affiliation est obligatoire. Elle l'est au régime *légal* pour les salariés jusqu'à un plafond de revenus de 60 750 € bruts par an (2019). 10 % de la population a ainsi le choix entre ce régime légal et une assurance privée. Les travailleurs indépendants ont le choix de leur caisse quel que soit le niveau de leurs revenus.

Le nombre de personnes prises en charge par l'assurance-dépendance *légale* s'élevait à 3,3 millions en 201716, 77 % des personnes prises en charge étant des personnes âgées de plus de 65 ans (2,55 M, soit 1,9 à domicile et 0,7 en établissement). 190 000 personnes en perte d'autonomie étaient des assurés privés.

L'assurance-dépendance met à disposition différentes aides à la personne en perte d'autonomie, si cette personne a été affiliée au moins depuis deux ans.

L'assurance dépendance est financée par des cotisations calculées en deçà d'un plafond de 4 537,50 € bruts/mois. Depuis le 1er janvier 2019, le taux est de 3,05 %, la moitié à la charge de l'employeur, l'autre du salarié. Les retraités sont aussi redevables des cotisations. Celle des personnes sans enfants est majorée de 0,25 %. L´assurance-dépendance a enregistré en 2017 pour la première fois un déficit de 500 millions. Un déficit de 3,1 Mds est attendu pour les comptes de l'exercice 2018, d'où la hausse de cotisation de 0,5 point du 1er janvier 2019, accompagnée d'un engagement politique de stabilité du taux jusqu'en 2022. Comme une bonne partie des hausses passées (+0,3 pt en 2015 et +0,2 pt en 2016), celle-ci a été compensée, ici par une baisse du taux de cotisation de l'assurance-chômage. La très bonne santé des finances publiques fait que le financement croissant de l'assurance-dépendance est assez indolore.

16. L'Allemagne compte 83 millions d'habitants, la France 67 millions en ce début de 2019.

La mission, qui était représentée par Jean-Louis Rey et Jean-Philippe Natali, remercie l'équipe du conseiller des affaires sociales de notre Ambassade à Berlin pour sa contribution et son accueil lors de son séjour des 12 et 13 décembre 2018.

Les dépenses publiques relatives à la dépendance s'élevaient à 4,8 Mds d'euros en 2016, soit 1,4 % du PIB, ce qui est un peu plus élevé qu'en France. Le nombre de personnes concernées est proportionnellement plus élevé en Allemagne dont la structure démographique est plus vieillie et l'assurance dépendance y couvre les personnes lourdement handicapées.

2. Une inclusion sociale des personnes âgées en perte d'autonomie n'apparaissant pas à l'observation comme une priorité forte

Un signe très significatif, au vu de l'importance politique qui leur est donnée, en est que les personnes âgées en perte d'autonomie ne sont pas invitées à participer aux activités des maisons inter-générationnelles en cours de déploiement sur tout le territoire (plus de 540 à ce jour), vecteur majeur de l'inclusion sociale comme visant à réunir les générations issues de tous les milieux sociaux pour des activités journalières communes.

Autres signes allant dans le même sens : le caractère partiel de la réforme de l'évaluation/notation des EHPAD qui n'appréhende pas l'hébergement et la vie sociale (voir plus loin) ou le fait que des établissements qui se veulent novateurs ne recherchent que peu ou pas sinon l'ouverture, du moins à nouer des liens avec les jeunes générations.

3. Une assurance dépendance riche de réformes et d'évolutions de ses outils

Une nouvelle définition de la perte d'autonomie

Depuis le 1er janvier 2017, une nouvelle définition de la perte d'autonomie est en vigueur. Aujourd'hui, est considérée comme dépendante toute personne qui, souffrant de maux physiques, mentaux, psychiques ou d'un handicap, nécessite une aide au quotidien pour une période présumée d'au moins 6 mois.

Cette constatation fait suite à une évaluation effectuée de six domaines qui prennent mieux en compte notamment le cognitif : **1.** mobilité corporelle (ex : sortir de son lit, aller dans la salle de bain, monter des escaliers, se déplacer au sein de son habitat) ; **2.** capacités cognitives et de communication (ex : comprendre et parler, s'orienter géographiquement et dans le temps, reconnaître des risques, comprendre d'autres personnes lors d'une discussion) ; **3.** problèmes psychiques et comportementaux (ex : agitation nocturne, peurs, agression, refus de mesures de soins) ; **4.** capacité à être autonome (ex : effectuer sa toilette et s'habiller seul, manger et boire) ; **5.** capacité à se soigner de manière autonome dans le cadre d'un traitement médical (ex : prendre seul ses médicaments, mesurer sa glycémie, savoir utiliser une prothèse ou un rollator, aller chez le médecin) ; **6.** réalisation des actes de la vie quotidienne et contacts sociaux (ex : organiser soi-même sa journée, entrer en contact avec d'autres personnes, rejoindre un groupe de discussion).

La situation de dépendance est évaluée par un expert (médecin ou autre professionnel des soins) du service médical de l'assurance maladie pour les assurés légaux et par la société MEDICPROOF pour les assurés privés. L'évaluation permet – par un système de points allant jusqu'à 100 – de classer l'assuré social selon 5 degrés de dépendance auxquels correspondent 5 niveaux de soins.

Le nombre de personnes bénéficiant de l'assurance dépendance a augmenté de 83 % entre 2002 et 2017, dont 22 % de 2016 à 2017. Cette dernière hausse est surtout expliquée par l'entrée de 500 000 personnes dans l'assurance dépendance suite à la création du degré 1 par la réforme de 2016. Création qui a notamment permis de combler l'absence de prise en charge pour les personnes dont l'autonomie est menacée mais pas encore dégradée (par ex. les personnes ayant été victimes d'une légère attaque cérébrale ou d'un accident domestique mineur) et qui a été voulue comme une mesure de prévention.

Les effets quantitatifs de cette réforme ont toutefois suscité des soupçons de fraude.

La réforme en cours des ratios d'encadrement en EHPAD

La question du taux d'encadrement dans les établissements de type EHPAD n'a pris une dimension politique et médiatique que très récemment. Il n'existe pas de ratio d'encadrement valable pour l'ensemble du territoire. Le législateur a défini les règles relatives au taux d'encadrement dont la mise en œuvre repose sur des accords-cadres régionaux. Négociés entre les associations d'EHPAD et les fédérations régionales des caisses

d'assurance-dépendance, ils déterminent des ratios d'encadrement au niveau de chaque Land, lesquels sont très variables. Chaque établissement a aussi la possibilité de négocier son propre ratio d'encadrement avec les caisses et les prestataires de l'aide sociale et de s'écarter des critères régionaux. Dans ce contexte vu de Berlin, il n'y a pas de chiffre national à comparer à notre taux de 0,63 de 2015.

Ce domaine va toutefois être prochainement fortement réformé : une loi récente a en effet prévu qu'une méthode uniformisée d'évaluation du besoin en personnel dans les EHPAD sera mise en place d'ici le 30 juin 2020 (les travaux sont avancés), à partir de laquelle un quotient d'encadrement sera mis en place cette même année sur l'ensemble du territoire. Un établissement ne respectant pas le ratio minimal se verra sanctionner par des pénalités (baisse de sa dotation publique notamment).

L'évaluation-notation partielle des EHPAD

Les EHPAD sont évalués une fois par an, sans annonce préalable, soit par le service médical des caisses ou de l'assurance maladie privée. La loi stipule que les résultats de ces contrôles doivent être rendus publics et accessibles gratuitement sur internet, dans des rapports dits « de transparence ». Certaines caisses publient également ces rapports qui doivent également être affichés bien en vue à l'intérieur de chaque EHPAD.

Ce système d'évaluation est toutefois critiqué car il ne refléterait pas les réelles différences de qualité entre les établissements. Une majorité d'entre eux obtient de très bonnes notes, ce qui ne permet pas à l'assuré d'identifier les points forts ou les points faibles de la structure de soins. En outre, les contrôles se référeraient davantage au cahier des charges qu'à la qualité des soins réellement prodigués.

Aussi, la loi a mis en place de nouveaux « indicateurs de mesure et d'information sur la qualité ». Ce nouveau système qualité repose dorénavant sur deux piliers : les contrôles annuels effectués par les services médicaux, ainsi qu'une enquête régulière réalisée par les établissements (tous les six mois, à partir de 10 indicateurs de qualité prédéfinis).

Demeure le fait que tout ceci ne concerne que les soins et que les sujets hébergement et vie sociale relèvent, comme l'aide à domicile, de l'évaluation des inspecteurs des *Länder*, selon leurs propres référentiels et à leur rythme?) et n'entrent pas dans une notation globale.

La réduction de la pénurie de personnels de soins dans un contexte de vieillissement de la population

Comme en France, il y a un gros sujet d'attractivité des métiers mais qui porte avant tout mais pas seulement sur les infirmières. Il y a 45 candidats en moyenne pour 100 postes vacants. Le manque de personnel qualifié dans le système de soins est estimé à 214 000 personnes d'ici 2025. Le secteur est marqué par un fort absentéisme et beaucoup de maladies professionnels plus que d'accidents du travail.

Pour y remédier, des moyens financiers supplémentaires ont été récemment dégagés et nombre actions lancées : allègement de la charge du travail du personnel infirmier dans les établissements (financement 13 000 places supplémentaires de personnel soignant + ratio d'encadrement cf. plus haut) ; augmentation des salaires du personnel infirmier, qui relève largement de la négociation collective (mais les écarts entre infirmier « généraliste » et infirmier en EHPAD, et entre l'Ouest et l'Est du pays restent significatifs) ; rémunération dès la première année des apprentis ; amélioration des conditions de travail des professionnels (santé au travail, conciliation vie familiale/vie professionnelle…) ; numérisation accélérée des tâches de gestion, planification, qualité, collecte d'indicateurs et formation.

Par ailleurs, une réforme de la formation d'infirmier, mise en œuvre progressivement entre 2017 et 2020, vise à unifier la formation d'infirmier sur la base de compétences transversales, dont la prévention, la réhabilitation et les soins y compris palliatifs. Elle doit mettre fin à une spécialisation d'entrée (soins hospitaliers, soins hospitaliers avec spécialisation pédiatrique et soins gériatriques). Les infirmiers pourront donc passer plus facilement d'un EHPAD à un hôpital, ou d'une crèche à un EHPAD, ce qui risque d'aggraver la pénurie d'infirmiers au sein de ces derniers tant que la différence de salaire les défavorisera.

Enfin, il y a lieu de signaler qu'une action concertée a été organisée entre les ministères fédéraux de la santé, des affaires sociales et de la famille, et du travail pour rendre les métiers attractifs. Cinq groupes travail présenteront leurs résultats à l'été 2019 : formations, reconversions, qualifications et rôle de l'Agence fédérale pour l'emploi ; gestion du personnel, santé et sécurité au travail et

prévention ; tarification des prestations de soins ; outils numériques ; recrutement de personnel de soins, par de possibles accords bilatéraux, (Bosnie Herzégovine, Serbie et Philippines).

Des nouveautés dans le système de prise en charge de la dépendance.

Pour les personnes âgées en établissement, la loi a plafonné le « reste à charge financier » individuel en cas d´augmentation du besoin de prise en charge en termes de soins. Ainsi, toutes les personnes que la perte d´autonomie place dans les catégories de niveau de soins 2 à 5 ont, depuis 2017, un reste à charge identique au sein d´un même établissement. Ce niveau de reste à charge est cependant variable selon les 13 000 établissements et ne constitue pas un plafond, dans la mesure où il peut être revu à la hausse pour tous les pensionnaires concernés en cas d´augmentation des dépenses de l´établissement.

Par ailleurs, chaque assuré a dorénavant un droit opposable à une place en EHPAD.

Deux évolutions concernant la protection sociale des aidants.

C'est l'obligation pour l'assurance-vieillesse de payer des cotisations retraites pour tous les aidants familiaux d'une personne âgée résidant à son domicile et dont le niveau de soins a été évalué entre 2 et 5. Le niveau des cotisations prises en charge augmente en fonction du niveau de soin de la personne âgée (+25 % dans le cas d´un aidant familial pour une personne âgée dont le niveau de soin est de 5).

La protection en matière d´assurance chômage des aidants familiaux a été également renforcée en cas de démission d´un emploi en vue d´assurer les soins à une personne âgée. Les cotisations d´assurance chômage sont ainsi réglées pour toute la durée des soins par l´assurance vieillesse.

Deux observations pour conclure

Des innovations et des expérimentations ont lieu un peu partout sur le territoire, comme en France. Si elles ne semblent pas différentes des nôtres, elles soulignent le même problème de connaissance et de diffusion comme de faible partage des bonnes pratiques.

Enfin, l'évolution de la sémantique du secteur médico-social ne semble pas une préoccupation. Les actions de lutte contre les maladies neurodégénératives sont ainsi présentées par le ministère compétent comme des mesures de lutte contre les maladies démentielles…

ANNEXE N° 10
L'EXPÉRIENCE SUÉDOISE

LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ÂGÉES EN PERTE D'AUTONOMIE : PRINCIPAUX ENSEIGNEMENTS

Singulièrement précoce, le vieillissement démographique fait de la Suède le plus âgé des pays industrialisés dès les années 1960. En 2018, la part des plus de 80 ans en Suède atteint 5,0 % de la population ; elle atteignait 4,8 % en 1997. La population suédoise présente donc cette singularité forte d'avoir vieilli plus tôt que les autres populations européennes[17].

La prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie répond à des spécificités fortes, qui constituent autant de marqueurs socio-politiques distinguant la France et la Suède :

- **La Suède est caractérisée par un modèle social beveridgien** dont on retrouve les caractéristiques pour ce qui concerne la politique du grand âge : systèmes de droits universels reposant sur la résidence régulière de la personne, financement par l'impôt, prise en charge assurée par les pouvoirs publics, faible rôle de la société civile et de la famille ;
- **Le primat de la liberté individuelle** explique certaines singularités du système d'accompagnement du grand âge. Une grande importance est attachée à la dignité de la personne, au recueil de son consentement et à la préservation de son libre choix, principes qui orientent par exemple la prise en charge en établissement. En outre, la place des proches aidants est relativement faible et constitue un sujet politiquement sensible, en ce que l'injonction d'aider un proche parent peut être vécue comme une limitation de la liberté individuelle du descendant et une atteinte à l'égalité entre femmes et hommes ;
- **La Suède est un État fortement décentralisé,** et l'autonomie financière des collectivités est forte. La prise en charge de la perte d'autonomie repose sur trois niveaux de gouvernance. Au niveau national, le Parlement et le gouvernement déterminent les normes applicables et les objectifs à atteindre. Au niveau régional, les régions (au nombre de 21) sont responsables de l'organisation des soins de santé, préventifs ou curatifs, et de leur délivrance, en milieu hospitalier et ambulatoire. Au niveau local, les 290 municipalités sont responsables de la gestion des services sociaux ; à domicile et en établissement ;
- **Les messages de prévention de la perte d'autonomie sont très largement diffusés dans la société suédoise**, suite à une politique volontariste menée au début des années 2000. En particulier, les réflexes de prévention des chutes et la promotion de l'activité physique à tous les âges sont largement répandus. Cette large diffusion des messages de prévention peut expliquer les bonnes performances suédoises en matière d'espérance de vie en bonne santé. La part de l'espérance de vie à 65 ans en bonne santé atteint en effet 77,2 % en Suède pour les femmes (79,1 % pour les hommes), contre 44,7 % en France (48,5 % pour les hommes),

17. À titre de comparaison, la part des plus de 80 ans dans la population française atteint 6,0 % en 2018, contre 3,9 % en 1997. Source : Eurostat.

La mission, qui était représentée par Jérémy Fournel et Laurence Assous, remercie l'équipe du conseiller des affaires sociales de notre Ambassade à Stockholm pour sa contribution et son accueil lors de son séjour des 22 et 23 janvier 2019.

57,2 % au Danemark (63,2 % pour les hommes) et 46,8 % dans l'UE (53,8 % pour les hommes)[18].

La Suède accorde très tôt la priorité au maintien à domicile. C'est dans les années 1940, suite à la publication d'un état des lieux des hébergements pour personnes âgées dans le pays par l'écrivain Ivar Lo-Johansson, que la conception suédoise de la prise en charge des personnes âgées connaît une inflexion. Les services d'aide à domicile se développent alors rapidement. En 1956 sont affirmés les droits à bénéficier de soins et à être pris en charge à domicile aussi longtemps que possible.

En dépit de fortes spécificités suédoises en matière d'organisation et de pilotage de la politique du grand âge, la Suède a pris il y a plusieurs décennies un ensemble de décisions dont on retrouve les principes directeurs dans les réflexions en cours en France. Les réponses apportées en Suède confortent certaines orientations qui se dégagent de la concertation Grand âge et autonomie mais appellent également à la vigilance quant aux possibles effets pervers à terme d'une orientation massive vers la prise en charge à domicile.

1. Un « modèle » suédois

Des prestations relativement généreuses et fortement diversifiées

Le niveau des dépenses publiques en faveur des personnes âgées en perte d'autonomie est particulièrement élevé en Suède : il atteint 2,7 % du PIB. Pour rappel, ce chiffre est de 1,4 % en France. Le revenu moyen des plus de 65 représente 85,8 % de celui de l'ensemble de la population en Suède en 2014, contre 88,5 % en Allemagne, 87,6 % en moyenne dans l'OCDE et 103,4 % en France19. La Suède a donc fait le choix d'un niveau de vie relatif des retraités plutôt faible par rapport aux autres pays de l'OCDE, en particulier par rapport à la France, et d'une couverture de haut niveau des dépenses liées à la dépendance par la solidarité nationale.

Le niveau de socialisation de la dépense est élevé en Suède. Les restes à charge sont faibles, en particulier en établissement où le reste à charge observé dans un établissement de Stockholm est proche de 1 000 euros pour un niveau global de dépense par individu 5 à 6 fois supérieur. Dans une logique universaliste, les ressources de la personne sont faiblement prises en compte dans le calcul de la prestation. Les prestations sont en nature et non en espèces. Il n'existe pas d'obligation alimentaire en Suède. Les assurances privées sont très faiblement développées.

La prestation à domicile est définie dans la loi à partir d'un panier de biens et services devant obligatoirement être proposés par les communes. Ces biens et services sont constitutifs de ce que la loi définit comme l'objectif de la prise en charge de la personne âgée en perte d'autonomie, à savoir la garantie de « conditions de vie raisonnables ». Ce panier est adapté aux besoins de la personne qui sélectionne les services les plus adaptés à partir des évaluations de besoins conduites par les communes. La prestation à domicile articule donc différents champs de la vie quotidienne, sur un spectre large, au sein de ce panier obligatoire : service de téléalarme, portage de repas, conciergerie, soins d'hygiène, soins infirmiers sur prescription médicale, activité physique, aides à la mobilité, adaptation du logement, hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation. Le comté de Stockholm, par exemple, propose à ses habitants âgés de 75 ans et plus un service de conciergerie. Ce service propose la réalisation de tâches à risque pour les personnes âgées : soulever des objets lourds, remplacer des ampoules ou des rideaux, monter sur une échelle, etc. Un des objectifs est de prévenir les blessures accidentelles. Ce service est gratuit pour un maximum de 6 heures par an et par foyer.

En établissement, les taux d'encadrement semblent élevés, bien que peu de données aient pu être recueillies à ce sujet. Il n'existe pas de statistique nationale sur les taux d'encadrement en établissement en Suède, ce qui semble témoigner du caractère relativement apaisé du débat sur la qualité de la prise en charge dans le pays. Les communes s'opposent à la fixation d'une norme encadrement, perçu comme une atteinte à leur autonomie. En revanche, au niveau national, les syndicats de retraités, influents, revendiquent un renforcement des exigences de qualité fixées dans la loi par l'évolution de la référence à des « conditions de vie raisonnables » à un objectif de « bonnes conditions de vie ».

18. Source : Eurostat, données 2016

19. Source : OCDE, « Panorama des pensions », décembre 2017

Enfin, les prestations pour les personnes âgées en perte d'autonomie se caractérisent par **l'existence d'une barrière d'âge, ici établie à 65 ans.** Deux régimes distincts de prise en charge des limitations fonctionnelles coexistent donc en Suède, comme en France.

Une politique fortement décentralisée avec une gestion intégrée de l'offre au niveau des communes

Le système suédois est fortement décentralisé et positionne clairement les municipalités comme pilote unique de l'offre de services, à domicile comme en établissement, pour les personnes âgées. Les municipalités sont seules responsables du front office, de l'évaluation du besoin de la personne, du service des prestations, du pilotage de l'ensemble de l'offre médico-sociale. Si le secteur privé se développe depuis une loi de 2009, la majorité des services et établissements pour personnes âgées en perte d'autonomie est constituée des services communaux, financés par l'impôt municipal.

Ce pilotage unifié repose cependant sur un conventionnement avec les régions qui détiennent la compétence sanitaire et la délèguent pour ce qui concerne le soin infirmier à domicile ou en établissement. Régions et municipalités peuvent également créer des structures communes afin de mutualiser leurs actions de formation, d'audit et d'évaluation, de conseil aux structures ou de prévention de la perte d'autonomie. **La coordination entre les prises en charge médico-sociales d'une part et sanitaire d'autre part est un enjeu fort.** La limitation des durées d'hospitalisation repose en particulier sur un transfert de charge de la région vers la commune à partir d'un nombre de jours d'hospitalisation fixé par la loi, et récemment réduit. Dorénavant, la commune prend en charge les frais d'hospitalisation à partir de 3 jours, contre 5 jours ouvrés précédemment. Ce dispositif entend accélérer les sorties vers un retour à domicile ou un hébergement de courte durée. La sortie d'hospitalisation donne alors lieu à une « conférence » au domicile de la personne, réunissant professionnels de santé et sociaux.

Le niveau national est positionné sur la définition d'objectifs et l'allocation de moyens (le financement reposant toutefois principalement sur les budgets et ressources des municipalités), l'évaluation de la politique du grand âge, au sein d'une agence dédiée et la publication de données sur la qualité des prises en charge et la satisfaction des personnes.

D'importantes disparités émergent entre les municipalités en termes de qualité et de disponibilité des services. Les collectivités décentralisées sont soumises au respect des normes légales applicables, sous le contrôle de l'Inspection des Affaires Sociales et de Santé (« IVO »), qui inflige des pénalités financières aux collectivités contrevenantes (300 amendes émises en 2018 pour défaillances dans la fourniture de services de santé ou d'aide sociale). Ces disparités ne soulèvent pas d'opposition politique, mais leur aggravation récente suscite des critiques de plus en plus fréquentes, alimentant la demande d'une législation plus contraignante pour les communes.

« La personne au centre »

La Suède a érigé un ensemble de principes directeurs forts fondant les modalités d'accompagnement et de soin. **La prise en compte des besoins de la personne et la préservation de sa liberté de choix sont centrales.** À titre d'exemple, l'établissement visité par la mission, qui ne ferait pas exception, prévoit que les résidents installent leur propre mobilier pour aménager leur chambre. Le personnel n'entre pas dans la chambre d'un résident sans frapper à la porte au préalable. Les unités de vie sont de petite taille. La pratique du projet de vie individualisé en établissement est prévue par la loi : dans l'établissement visité par la mission, le résident en établissement peut fixer ses horaires de toilette, de soin, de repas, d'activités, de loisirs. **Cette notion d'être « chez soi », au cœur des réflexions actuelles en France, prend donc une traduction concrète**, manifestement dans une grande partie des établissements suédois. Ces établissements sont également ouverts sur l'extérieur, par exemple avec la mise à disposition de salles de sport ou de pratique musicale aux personnes âgées résidant dans l'environnement proche, qu'elles soient ou non en perte d'autonomie.

La prévention de la perte d'autonomie est fortement investie. La pratique d'activités physiques est répandue chez les seniors, avec des cours de gymnastique adaptée proposés par les municipalités, souvent au sein des établissements, souvent gratuits. Les municipalités organisent régulièrement des réunions de prévention.

La relation d'accompagnement par les professionnels se veut également attentive, de manière générale, à laisser la personne agir. La posture telle qu'elle est présentée ne prévoit pas que le professionnel se substitue à la personne mais l'accompagne dans la réalisation des gestes quotidiens, « les mains dans le dos », selon l'expression consacrée. Le concept central de cette conception de la prise en charge de la personne âgée, mentionné à plusieurs reprises par les interlocuteurs de la mission, est celui de *meaningfulness*[20].

Les communes insistent par ailleurs fortement sur l'accès à l'information pour la personne, l'accès aux documents administratifs la concernant et à un service d'orientation dans les différentes offres d'accompagnement. La clarté des décisions individuelles fait ainsi partie des engagements de qualité de service pris par la municipalité de Stockholm.

Cette approche orientée « domicile » et attentive aux besoins de la personne, se traduit également par le développement important de résidences assurant une prise en charge légère et une offre variée de services-néanmoins médicalisées-, dénommées « résidences seniors ». Le développement de cette offre intermédiaire a pour conséquence un resserrement de l'équivalent des EHPAD sur la prise en charge de personnes atteintes de troubles cognitifs pour des durées longues, et de la fin de vie, pour des durées parfois très courtes de l'ordre de quelques semaines, avec un service d'accompagnement spécifique des personnes en fin de vie. Dans l'établissement visité par la mission était ainsi organisé un service spécifique auprès des résidents en fin de vie, avec la mise à disposition pendant les derniers jours d'un employé spécifiquement formé à cet accompagnement.

La recherche dans les nouvelles technologies est importante. Par exemple, en matière de détection des chutes, les senseurs détectant des périodes anormales d'immobilité sont largement diffusés. Cette solution, préférée à la vidéo-surveillance dans un souci de respect de la liberté de la personne, permet une détection rapide des chutes, prévient les passages de professionnels de nuit au domicile, qui peuvent perturber la personne âgée, et offre une garantie de sécurité pour la personne et ses proches.

20. Signification, faculté de donner du sens.

2. Les difficultés actuelles recoupent en partie les limites identifiées dans le système français et invitent à la vigilance quant aux possibles conséquences d'une politique du « tout domicile »

Le besoin de formation est important pour les métiers du grand âge, avec en particulier un besoin important de formation linguistique

La faible attractivité des métiers du grand âge est également une préoccupation majeure en Suède, en particulier dans les régions rurales et peu peuplées du nord du pays. Les difficultés de recrutement ont pu être en partie surmontées grâce au recrutement massif d'employés issus de l'immigration, à travers un partenariat efficace entre les municipalités et le service public de l'emploi suédois. Mais l'attractivité des métiers du grand âge constitue une préoccupation croissante pour les pouvoirs publics en Suède, avec une problématique proche de celle rencontrée en France : conditions de travail difficiles expliquant une fréquence soutenue des arrêts maladie, faibles rémunérations, apparition de difficultés croissantes de recrutement. Une commission d'enquête a récemment été mise en place pour évaluer le besoin d'évolution des formations aux métiers du grand âge.

La politique de recrutement de personnels non suédophones a pour conséquence l'arrivée d'effectifs importants de professionnels peu formés et maîtrisant mal la langue suédoise. L'enjeu de formation est donc double : d'une part la formation de nouveaux professionnels aux métiers de l'accompagnement des personnes âgées, et d'autre part un besoin nouveau de formation linguistique intensive afin d'assurer la capacité des professionnels à communiquer avec les personnes aidées. Cette barrière linguistique devient en Suède un véritable problème de qualité de la prise en charge, et un défi majeur pour l'avenir.

La coordination des acteurs sanitaires et médico-sociaux dans une logique de parcours reste problématique

La coordination des acteurs sanitaires d'une part, pilotés par les régions, et des services sociaux d'autre part, organisés par les communes, est un problème non résolu malgré la relative simplicité de la gouvernance de la politique du grand âge. En

particulier, la protection des données personnelles et médicales est particulièrement forte et empêche, hors du consentement de la personne, la communication de données médicales des régions vers les services sociaux communaux. Cela explique en particulier le fait que les évaluations conduites par les municipalités suédoises sont strictement sociales et n'intègrent pas de prise en compte des besoins de soins de la personne. Dans ce contexte, les systèmes d'information sont considérés par les interlocuteurs de la mission comme un enjeu stratégique et un gisement de gains d'efficience considérables.

Dans un système fortement décentralisé, l'évaluation de la politique du grand âge et la publication de données relatives à la qualité de service sont difficiles

La production de statistiques nationales est assurée au niveau national par le Conseil des affaires sociales et du bien-être. Il est cependant constaté que le caractère décentralisé du système ne facilite pas la consolidation nationale des données.

L'évaluation de la politique publique repose également sur des mesures qualitatives. Le Conseil des affaires sociales et du bien-être est ainsi responsable de la publication de données relatives à la qualité du service rendu par les structures de prise en charge. Une enquête nationale est ainsi réalisée chaque année depuis 2011, avec près de 130 000 répondants. Ces « enquêtes qualité » donnent lieu à des publications en ligne, structure par structure. Néanmoins, de l'avis des interlocuteurs de la mission, les obstacles méthodologiques associés au recueil de l'expression de la personne âgée en perte d'autonomie n'ont pu être pleinement levés, ce qui minore la qualité des données publiées.

Au niveau des structures de prise en charge, la mesure de la satisfaction du résident ou de l'usager est également recherchée, mais se heurte aux mêmes obstacles méthodologiques. En outre, cette mesure de la satisfaction est généralement réalisée par les structures elles-mêmes, ce qui, en théorie des apparences, fragilise la fiabilité des études. En l'absence d'une méthodologie validée nationalement et d'une structure tierce chargée de l'évaluation et de la publication des données, le recueil de l'expérience de la personne âgée n'est pas pleinement convaincant.

La Suède fait face aux limites du « tout-domicile » et à des demandes de rééquilibrage de son modèle de prise en charge

La Suède, pays pionnier dans le développement de l'accompagnement à domicile, est aujourd'hui confrontée à une relative remise en cause de son modèle domiciliaire. Tout d'abord, les risques d'isolement des personnes âgées à leur domicile sont soulignés avec de plus de plus de force, avec notamment une crainte de voir les nouvelles technologies se substituer à la présence humaine auprès de la personne âgée. Des initiatives gouvernementales récentes visent à lutter contre la solitude des personnes âgées en mobilisant les associations de retraités (mise en place d'une ligne téléphonique dédiée, production de manuels et de conseils, mise en relation de retraités avec des personnes âgées en perte d'autonomie). En filigrane, ce sont les récents ajustements budgétaires ayant conduit de nombreuses municipalités à diminuer le niveau des prestations, répondant à la nécessité de faire face à la hausse de la part des plus de 75 ans en Suède, qui expliquent en partie ces critiques.

Ensuite, des voix apparaissent en Suède pour demander l'ouverture de nouvelles places en établissement et assurer un droit opposable à la prise en charge en établissement. L'allongement des files d'attente en établissement, le raccourcissement de durées de résidence concentrées sur la fin de vie, contribuent à voir le maintien domicile de plus en plus considéré comme une contrainte, en contradiction manifeste avec l'objectif affiché de respect du libre choix des personnes. Il a été indiqué à la mission que certaines municipalités en tension financière, indépendamment des places disponibles en établissement, repoussaient au maximum l'entrée en établissement beaucoup pour coûteux pour la municipalité que le domicile, en proposant des passages supplémentaires d'aide à domicile, notamment la nuit, et qu'une place en résidence autonomie était parfois accordée plutôt qu'une place en établissement qui aurait pourtant semblé adaptée.

Enfin, les proches aidants suédois dénoncent le report d'une partie de la charge de l'accompagnement au domicile sur l'aidant. Le déploiement depuis 2009 d'allocations pour les

aidants participe de cette dynamique21. Cette « pression » exercée sur les aidants remet en cause le contrat implicite au cœur du système de prise en charge suédois : les autorités publiques prennent en charge les personnes sans solliciter les solidarités familiales. Implicitement, le modèle suédois repose donc sur l'absence de responsabilité de l'aidant. Dans ce contexte, le maintien à domicile, dès lors qu'il mobilise fortement les proches aidants, est vécu comme un retrait de l'autorité publique de ses missions historiques.

***

Face au défi du vieillissement démographique, deux choix ont été effectués et assumés en Suède : la priorité au domicile d'une part, et la prévention de la perte d'autonomie d'autre part. Ces choix sont anciens. La mission a pu constater que les acteurs se les sont pleinement appropriés : à titre d'exemple, la prévention est pleinement intégrée dans la stratégie des élus locaux comme le principal levier pour résoudre l'équation financière liée au vieillissement démographique.

21. Une personne qui s'occupe d'un parent proche gravement malade peut bénéficier d'un congé rémunéré par la Caisse nationale d'assurance sociale à hauteur de 80 % de son salaire en cas d'accompagnement d'un proche en fin de vie, avec maintien de ses droits sociaux et garantie de retour en emploi. La subvention est plafonnée à 543 SEK (52,13 €) par jour. Elle peut également bénéficier d'une allocation versée par la municipalité.

ANNEXE N° 11 L'INTÉGRATION DU RISQUE PERTE D'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES DANS LE CHAMP DES LOIS DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

SELON L'ANALYSE PRÉSENTÉE PAR NICOLAS POLGE AU HAUT CONSEIL DU FINANCEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE LE 20 FÉVRIER 2019

L'intégration du risque de perte d'autonomie des personnes âgées dans le champ des LFSS doit être envisagée différemment selon qu'elle se fait après révision de la Constitution ou dans le cadre de l'actuel texte de celle-ci.

1. Si la procédure de modification de la Constitution lancée en 2018 est menée à son terme.

L'article 2 quater du projet résultant des délibérations de l'Assemblée nationale à l'issue de la troisième séance du 19 juillet 2018 réécrirait le 19e alinéa de l'article 34 de la Constitution la comme suit : « Les lois de financement de la sécurité sociale déterminent les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale et de la protection sociale obligatoire telle que définie par une loi organique. Compte tenu de leurs prévisions de recettes, elles fixent les objectifs de dépenses de la sécurité sociale et de cette protection sociale obligatoire, dans les conditions et sous les réserves prévues par une loi organique. ».

Cette rédaction est suffisamment claire pour conduire à déléguer à la loi organique la définition du périmètre de la nouvelle loi de financement, soit de manière large, dans les limites admissibles de la notion de protection sociale, soit de manière moins ambitieuse, voire par extension progressive à la suite de nouvelles interventions

2. Dans le cadre de la rédaction actuelle du texte de la Constitution.

La question est de savoir si le texte de la Constitution permet d'élargir le champ de la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale au risque de perte d'autonomie des personnes âgées.

La notion de sécurité sociale figure depuis l'origine dans le 17e alinéa de l'article 34 de la Constitution qui définit le domaine réservé à la loi : « la loi détermine les principes fondamentaux : (…) du droit du travail, du droit syndical et de la sécurité sociale. ». Introduit en 1996, le 19e alinéa de ce même article relatif aux LFSS en définit l'objet comme suit : « Les lois de financement de la sécurité sociale déterminent les conditions générales de

son équilibre financier et, compte tenu de leurs prévisions de recettes, fixent ses objectifs de dépenses, dans les conditions et sous les réserves prévues par une loi organique. ». La loi organique n°2005-881 du 2 août 2005 modifiée relative aux LFSS énumère ainsi les différentes dispositions que doit ou peut comporter une LFSS (article LO.111-3 du code de la sécurité sociale). Les risques qui y sont inclus comme gérés par des régimes obligatoires de base de sécurité sociale – maladie-maternité-invalidité-décès, accidents du travail et maladie professionnelles, retraite, famille – sont ceux champ de la sécurité sociale tel que défini par le code de la sécurité sociale.

Le Conseil d'État a donné une application très extensive du périmètre de la sécurité sociale au sens du 17e alinéa de l'article 34, sans donc se limiter au champ de celle-ci posé par le code de la sécurité sociale. Sans aller aussi loin, le Conseil constitutionnel a donné des signes d'une interprétation de ce 17e aliéna plus large que celui du périmètre des LFSS posé par le 19e alinéa et de la LOLFSS qui le met en application. Toutefois, lorsqu'il a examiné la conformité à la Constitution des dispositions organiques relatives aux LFSS, il n'a jamais explicité sa compréhension de la notion de sécurité sociale au sens de ce 19e aliéna.

Dès lors soit la notion de sécurité sociale n'a pas le même sens au 17e et au 19e alinéa de l'article 34, pour ce dernier s'imposant une interprétation plus restrictive, soit cet article 34 doit recevoir une interprétation unitaire donnant un seul sens à la notion de sécurité sociale employée par les deux alinéas.

Aucune des deux lectures, restrictive ou extensive, du dix-neuvième alinéa ne s'impose avec évidence. La question ne pourrait être définitivement tranchée que par une décision du Conseil constitutionnel sur la conformité à la Constitution de nouvelles dispositions de la loi organique s'affranchissant de la conception restrictive pour évoluer vers la conception large en incluant le risque de perte d'autonomie des personnes âgées.

Toutefois l'article 34 comporte un dernier et 22e alinéa ainsi rédigé : *« Les dispositions du présent article pourront être précisées et complétées par une loi organique. »*. Le Conseil constitutionnel a estimé (décision n°2012-658 DC du 13.12.2012) que ce dernier alinéa, lu depuis longtemps comme permettant à la loi organique d'étendre le domaine réservé à la loi, habilite également la loi organique à étendre le périmètre des lois relevant des catégories particulières déjà instituées à cet article 34 (et donc les LFSS en son 19e alinéa). On devrait pouvoir en déduire qu'à supposer que s'impose une lecture restrictive de ce 19e alinéa et de la notion de sécurité sociale qui y figure, le dernier alinéa habiliterait la loi organique à étendre le périmètre de la loi de financement de la sécurité sociale au-delà de cette conception stricte.

ANNEXE N° 12 : LES PARTICIPANTS À LA CONCERTATION

1. LE CONSEIL D'ORIENTATION
2. LE COMITÉ SCIENTIFIQUE
3. LES ATELIERS THÉMATIQUES ET LE GROUPE DE TRAVAIL
4. LES RENCONTRES BILATÉRALES

LES INSTANCES DE GOUVERNANCE

Conseil d'orientation		
Membres du conseil d'orientation	**Pilote de la concertation, président du conseil d'orientation**	**Libault Dominique**
	HAS	Armenteras de Saxcé Anne-Marie
	Président du Conseil départemental du Bas-Rhin	Bierry Frédéric
	HCAAM	Brocas Anne-Marie
	France Silver Eco	Broussy Luc
	FNAR	Denis Sylvain
	Députée de Loire-Atlantique	Dufeu-Schubert Audrey
	HCFEA	Fragonard Bertrand
	CNPH	Gillot Dominique
	Députée de Haute-Garonne	Iborra Monique
	Député du Rhône	Isaac-Sibille Cyrille
	ARS Nouvelle Aquitaine	Laforcade Michel
	CNSA	Montchamp Marie-Anne
	Président du Conseil départemental de Dordogne	Peiro Germinal
	personne qualifiée	Piveteau Denis
	personne qualifiée	Ricordeau Pierre
	personne qualifiée	Van Lerberghe Rose-Marie
Auditions	Directeur Ehpad La Madeleine	Connangle Sylvain

Comité scientifique		
Membres du comité scientifique	**Gérontopôle, CHU, Université de Toulouse, président du comité scientifique**	**Pr Bruno Vellas**
	CNSA, université Paris Est-Créteil	Argoud Dominique
	CHRU besançon, CNCE, Observatoire national de fin de vie	Aubry Régis
	OCDE	Colombo Francesca
	Hôpital de Garches, MNH Group, CNSA	De Normandie Philippe
	Conservatoire National des Arts et Métiers, Ecole des Mines, Hôpital Sainte Anne et CNCE	Fleury Cynthia
	INED	Fontaine Roméo
	Université de Lorraine	Gramain Agnès
	Cap Gemini	Grass Etienne
	Université Paris Descartes Sorbonne	Guillemard Anne-Marie
	CHU et Université de Montpellier, collège professionnel des gériatres français	Jeandel Claude
	Université Paris IX, CNSA	Joël Marie-Eve
	OCDE	LLena Nozal Ana
	CHU de Bordeaux, Agir pour la télémédecine	Salles Nathalie
	Université de Bordeaux	Wittwer Jérôme

LES ATELIERS THÉMATIQUES

Atelier 1 – Gouvernance et pilotage		
Membres de l'atelier 1	**IGAS, coprésident atelier 1**	**Ferras Benjamin**
	IGAS, rapporteur atelier 1	**Fournel Jérémy**
	Députée de l'Eure, coprésidente atelier 1	**Tamarelle-Verhaeghe Marie**
	Centre hospitalier de la Risle et de l'EHPAD de Beuzeville (27)	Anquetil Bruno
	DGOS	Bethoux David
	DGCS	Bretenoux Jean-Guillaume
	Direction du budget	Chanchole Marie
	SPASAD, UNA	Daudu Olivier
	CNAV	Garlaud Frédérique
	CPAM de l'Eure	Holé Stéphane
	Conseil départemental de la Mayenne	Jezequel bruno
	ARS Nouvelle Aquitaine	Laforcade Michel
	CNSA	Laloue Frédéric
	FHF	Molina Clarisse
	CNAM	Moutel-Seiller Anne
	EHPAD, FEHAP	Pavot Luc
	Président du Conseil départemental de la Mayenne	Richefou Olivier
	FNADEPA	Riso Jean-Pierre
	SGMAS	Risselin Patrick
	UNAF	Vallat Jean-Philippe
	Conseil départemental de la Seine Saint Denis	Voisin Benjamin
Auditions	Conseil départemental des Hauts de Seine	Clair Elodie
	HAS	Julienne Katia
	Université Paris Sorbonne	Kessler Francis

Atelier 2 – Panier de biens et services et reste à charge		
Membres de l'atelier 2	**Cour des comptes et coprésidente de l'atelier 2**	**Assous Laurence**
	IGS et rapporteur de l'atelier 2	**Roucher Dorian**
	DGCS et coprésident de l'atelier 2	**Vinquant Jean-Philippe**
	DGCS	Arnaout Nadia
	DGOS	Bonnieu-Milot Pierrick
	INED	Bonnet Carole
	Association Paris St Jacques	Bouchaud Marie
	DSS	Butor Laurent
	CNSA	Corbin Stéphane
	IGAS	Fourcade Maryse
	Direction générale du trésor	Grignon Thierry
	fédération ADMR de Meurthe-et-Moselle	Laporte-Phoeun Nadia
	ADMR	Lucien Jean-Marc
	ARS de Corse	Magnavacca Joseph
	France Stratégie	Maigne Gautier
	EHPAD LNA Santé	Marlière Sandrine
	Direction du budget	Perus Fabien
	FEPEM	Piton Audrey
	Député de Seine-Saint-Denis	Ramadier Alain
	IGAS	Robineau François-Mathieu
	CNAM	Rouilleault Delphine
	Direction de la législation fiscale	Trebosc Olivier
	Petits frères des pauvres	Villez Alain
	DREES	Zakri Malika

Atelier 3 – Nouveaux financements		
Membres de l'atelier 3	**IGAS, rapporteur atelier 3**	**Fournel Jérémy**
	DSS, coprésidente atelier 3	**Lignot-Leloup Mathilde**
	INSEE, coprésident atelier 3	**Tavernier Jean-Luc**
	CTIP	Boivin-Champeaux Bertrand
	Direction générale du trésor	Albisson Louis
	direction du budget	Chanchole Marie
	FFA	Chneiweiss Arnaud
	Caisse des dépôts et consignations	De la Bretèche Laure
	Direction générale du trésor	De Romanet Pierre
	CNSA	Deguelle Etienne
	CNAM	Dessaint Joël
	UFC Que Choisir	Escot Matthieu
	Union nationale ADMR	Fourreau Christian
	AD-PA	Fregona Eric
	Direction générale du trésor	Grignon Thierry
	Direction générale du trésor	Guérin Laurent
	DREES	Héam Jean-Cyprien
	DASES de Paris	Hilleret Gaël
	DSS	Hoyrup David
	HCFPS	Lefèbvre Eric
	FHF	Lelièvre Annie
	OCIRP	Mayeur Pierre
	DGCS	Minot Boris
	CNSA	Moreau Céline
	FNMF	Ollivier Christophe
	ADF	Rapinat Jean-Michel
	Députée du Bas-Rhin	Wonner Martine
	DREES	Zakri Malika
Auditions	Comité scientifique	Fontaine Roméo
	Economiste	Masson André

Atelier 4 – Parcours des personnes âgées		
Membres de l'atelier 4	**DSS et rapporteur de l'atelier 4**	**FARNAULT Alexandre**
	Coprésident atelier 4	**LIBAULT Dominique**
	Vice Présidente du Conseil départemental du Nord coprésident atelier 4	**Mannarino Geneviève**
	gériatre	ABRAHAM Eliane
	Boston Consulting Group	AUDIER Agnès
	SGMAS	BATAILLON Rémy
	Fondation Médéric-Alzheimer	BERARD Alain
	Nexem	Casseron Adrien
	FNAR	DENIS Sylvain
	UNIOPSS	Dervieu Laurène
	FEDEPSAD	Fayolle Arnaud
	Députée de Seine maritime	Firmin Le Bodo Agnès
	APHP	HANON Olivier
	Générations mutualistes	Haumesser Guénaëlle
	CNAM	HAUSHLATER Eric
	CHU Montpellier	Jeandel Claude
	CNSA	KIEFFER Simon
	ANAP	Krichen Mona
	DGOS	KURTH Thierry
	ANAP	LUSSIER Marie Dominique
	DGCS	MARAIS Marie Claude
	Conseil départemental de l'Yonne	MARION Guillaume
	ANAP	MARTINON Sophie
	ANC CLIC	POUSSE Pascal
	ARS Bourgogne Franche Comté	Pribile Pierre
	HAS	Rodde-Dunet Marie Hélène
	FEHAP	SOVRANO Jean-Christian
	UNASSI	Spitzer Mireille
Auditions		Evelyne GAUSSENS
Atelier 4 personnes auditionnées	Hôpital gériatique Les Magnolias	LUSSIER Marie dominique
	M2A Nord-Est	CORMIER Claude
	M2A Nord-Est	MICHEL Virginie (M2A Nord-Est)
	ARS Île-de-France/DTARS-75	NOËL Manon
	M2A Nord-Est	PLICHART Matthieu (M2A Nord-Est)
	ARS Île-de-France/DTARS-75 - DÉLÉGATION TERRITORIALE	VILLEDIEU Marie-Noëlle

Atelier 5 – Prévention et bien vieillir		
Membres de l'atelier 5	**Société française de gériatrie et de gérontologie, coprésident atelier 5**	**Aquino Jean-Pierre**
	CNSA, coprésident atelier 5	**Corbin Stéphane**
	CNAV, rapporteur atelier 5	**Le Marrec Clémence**
	FFA	Bernardi Philippe
	Gériatre	Berrut Gilles
	CNSA	Bonnet Manon
	FFA	Chneiweiss Arnaud
	Collectivité de Corse	Cianelli Marie
	ARS Pays de Loire	Coiplet Jean-Jacques
	CETAF	Deville Norbert
	ARS Pays de Loire	Duveaux Christophe
	Old'up	Fuchs Marie-Françoise
	CNAV	Garlaud Frédérique
	Conseil départemental de Seine-Maritime	Gireau Anne
	Santé Publique France	Hamel Emmanuelle
	Députée de la Sarthe	Karamanli Marietta
	FNAQPA	Lacour Clémence
	La Poste	Mallet Delphine
	DGCS	Natali Jean-Philippe
	CNAM	Oumeddour Saïd
	Seniors Autonomie	Poulet Alain
	MSA	Rascle Magalie
	AGIRC-ARRCO	Saint-Laurent Anne
	Mutualité Française	Salgado Séverine
	Gériatre	Tchalla Achille
	DGS	Vanhecke Eliane
	CNAM	Vernay Patricia

Atelier 5 – Prévention et bien vieillir		
Auditions	FFA	Bernardi Philippe
	Wimoov	Alapetite Mathieu
	Anthropologue	Arbuz Georges
	Haut Conseil de Santé Publique	Berr Claudine
	Institut Pasteur de Lille	Bonneau Didier
	Haut Conseil de Santé Publique	Bonnet Dominique
	Institut Pasteur de Lille	Boulanger Eric
	Unccas	Calmes Benoit
	Fédération des centres sociaux et socioculturels de France	Cantarutti Alain
	EHESP	Chambaud Laurent
	Synadiet	Chapteuil Christelle
	AG&D Méthode Montessori	Durand -Molleur Véronique
	EHESP	Huteau Gilles
	SFGG	Lambert Pascal
	RFVAA	Lefebvre Pierre-Olivier
	Génération en mouvement	Lemoine Henri
	Service public de l'information en santé (SPIS)	Marsico Giovanna
	CGSS La Réunion	Miquel Frédéric
	Université Versailles Saint Quentin en Yvelines	Orlikowski Patrick
	ANSA	Pons Johann
	Notre Temps	Renucci Carole
	ANSA	Rickley Ben
	EHESP	Routelous Christelle
	MONALISA	Serre Jean-François
	France Bénévolat	Thierry Dominique
	Synadiet	Ventura Gabrielle

Atelier 6 – Métiers		
Membres de l'atelier 6	**DGOS, coprésident de l'atelier 6**	**Albertone Mathias**
	FEHAP, coprésidente de l'atelier 6	**Casagrande Alice**
	DGCS, rapporteur de l'atelier 6	**Jousset-Antiphon Nelly**
	Conservatoire national des Arts et Métiers	Bertezene Sandra
	UNCCAS	Bodo Frédéric
	ARS Centre Val de Loire	Bouygard Anne
	FNAPAEF	Brialix Claudette
	CNSA	Eudier Violaine
	SYNERPA	Falguières Carole
	FNAAS	Gontard Guillaume
	CNP de gériatrie	Jeandel Claude
	FEDESAP	Jourdan Julien
	IGAS	Lanouzière Hervé
	Croix Rouge	Lauvray Ingrid
	Collège infirmier français	Le Fahler Isabelle
	Députée du Nord	Lecocq Charlotte
	DGCS	Legras Charlys
	FESP	Peraldi Olivier
	FNAAFP/CSF	Perrault Claire
	Conseil départemental de Savoie	Troadec Anne
	FNADEPA	Vêques-Malnou Annabelle
	France Assos Santé	Vervialle Alexis

Atelier 6 – Métiers		
Auditions	DGEFP	AGBO Kathleen
	Centre de soins infirmiers Soignons Humain	ALSAC Guillaume
	Université Aix-Marseille	Arborio Anne Marie
	Fondation Médéric Alzheimer	BERARD Alain
	Usagers et professionnels du champ du handicap	BOUBEKEUR Malika
	Le Noble Age Santé	BOULANGER Christophe
	EHPAD	BRAUD Florence
	ANACT	BURENS Isabelle
	Réseau québécois de recherche sur le vieillissement	CARBONNEAU Hélène
	Cour de cassation	CARON DEGLISE Anne
	Fondation Médéric Alzheimer	CASTEL-TALLET Marie-Antoinette
	Service d'aide à domicile Alenvi	DE SAINT BLANCARD Thibault
	INRS	DEFRANCE Marie
	Usagers et professionnels du champ du handicap	DOUCOURE Line Lartigue
	MAIA, département de Savoie	Gaëlle SILVESTRIN
	INRS	GAYET Carole
	Usagers et professionnels du champ du handicap	GILLOT Dominique
	DGEFP	LEOST Hervé
	ARACT PACA	NALBANDIAN Yves
	Groupe la Poste	PLOYARD Philippe
	Pôle Emploi	POUX Catherine
	Service d'aide à domicile Alenvi	VIGNAUD Isabelle
	Centre de soins infirmiers Soignons Humain	VILLALONGA Laurence

Atelier 7 – Aidants, familles et bénévolat		
Membres de l'atelier 7	**Assemblée nationale, coprésident atelier 7**	**Vidal Annie**
	DGCS, coprésidente atelier 7	**Tagliana Cécile**
	CNSA, rapporteur de l'atelier 7	**Deguelle Etienne**
	Haut-commissariat à l'engagement civique	Blanc Yannick
	FNAR	Bourges Solange
	Direction générale du travail	Boutounet Anne-Laure
	ANDRH	Breton-Kueny Laurence
	DREES	Brunel Mathieu
	CNRS	Bungener Martine
	CNSA	Corcuff Elodie
	ARS Hauts de France	Defebvre Marguerite-Marie
	France Bénévolat	Demoulin Françoise
	France Alzheimer	Durand Benoît
	Conseil départemental de l'Eure	Gagneux Emmanuel
	direction de la jeunesse, de l'éducation populaire et de la vie associative	Hel-Thélier Sylvie
	Groupe La Poste	Hulin Laurence
	ANDRH	Le Deley Bénédicte
	Association française des aidants	Leduc Florence
	La Poste Services à la personne	Ployard Philippe
	DSS	Sauneron Sarah
	MONALISA	Serres Jean-François
	DGCS	Simon Mélodie
	UNA, CIAAF	Tellier Nathalie
Auditions	Université Paris Sud	Hirsch Emmanuel
	Mutualité Française	Blanc Pauline
	Macif	Boulat Jean-François
	CNAV	Caron-Thibault Gauthier
	Vacances Répit Familles	Cécillon Jacques
	Fondation France Répit	De Rohan Chabot Henri
	Observatoire RSE	Fort Géraldine
	CNPCH	Gillot Dominique
	Mutualité Française	Hamon Priscilla
	CCAS de Laval	Lemoine-Fabre Isabelle
	PRO BTP	Michel Jean-David
	CCAS de Laval	Nicolle Danielle
	Voisins solidaires	Périfan Atanase
	Délégué interministériel service universel	Petrynka Laurent
	CCMSA	Rascle Magalie
	Observatoire RSE	Recorbet Lydie
	SAAD	Villa Dominique

Atelier 8 – Offre de demain pour les personnes âgées		
Membres de l'atelier 8	**ARS Ile de France**	**Bourquin Marc**
	CNSA et coprésidente atelier 8	**Burstin Anne**
	IGF et rapporteur atelier 8	**Roucher Dorian**
	Conseil départemental de la Gironde	Auzilleau Stéphane
	DGOS	Biga Julie
	REGIES 95 SPASAD	Boissel Christian
	ABRAPA, UNA, FEHAP	Caramazana Jean
	Fondation Aulagnier	Gard Emmanuel
	HAS	Ghadi Véronique
	ADPA	Gizolme Romain
	Conseil départemental de la Gironde	Goulfier Pascal
	Association Monsieur Vincent	Huet Ombline
	Députée de Haute-Garonne	Iborra Monique
	Groupe Colisée	Jeandel Christine
	CNSA	Kieffer Simon
	UNA	Lartigue-Doucouré Line
	CNSA	Mangin Rémi
	CNSA	Micheau Julie
	DGCS	Minot Boris
	Communauté d'établissements et services "Le Trait d'Union de Cailly"	Mongaux-Masse Marie-Pascale
	DGCS	Morin Catherine
	ASRIF	Ollivet Catherine
	Députée de l'Aude	Robert Mireille
	UNA	Vincentelli Vincent
Audition	Credoc	Sandra Hoibian

Atelier 9 – Offre de demain pour les personnes âgées		
Membres de l'atelier 9	**Conseil d'État, coprésidente atelier 9**	**Bonnet-Galzy Marie-Caroline**
	Chambre régionale des comptes d'Île-de-France, rapporteur	**Duthil Gilles**
	Président du Conseil départemental de Meurthe et Moselle, coprésident atelier 9	**Klein Mathieu**
	ADF'+A4	Pezet Bruno
	IGAS	Acker Dominique
	WIMOOV	ALAPETITE Mathieu
	La Poste	Batel Virginie
	ANAH	Brouard-Masson Jessica
	France Silver Eco	Broussy Luc
	Président du Conseil départemental du Lot et Garonne	Camani Pierre
	CNSA	Chevalier Cécile
	ANAH	Daou Soraya
	Petits frères des pauvres	De Guibert Armelle
	Députée des Yvelines	De Vaucouleurs Michèle
	Communautés de communes Somme Sud-Ouest	de Waziers Isabelle
	CDC	Depommier-Cotton Laurent
	PIMMS du canton de Chauffailles (71)	Desmelay Francine
	Numanis	Gayraud Eric
	DGITM	Grail Cédric
	SNCF	Guechi Carole
	Cour des comptes	Jamet Pierre
	France urbaine	KIENTZ Patrick
	GIP Habitat	Lahaye de Fréminville Frédérique
	FNAAFP/CSF	Landreau Stéphane
	France urbaine	LAPLANE Pierre
	FNAPAEF	Legay Lucien
	direction générale de l'urbanisme, de l'habitat et de la construction DGLAN	Leplat Claire
	DGCS	Marais Marie-Claude
	ADCF	Mauroux Simon
	UNCCAS	Mesnage Hélène-Sophie
	ADCF	Perdrix Marie-Luce
	FESP	Pesque Marjorie
	Défenseur des droits	Pideri Vanessa
	CGET	PILON Catherine
	AGIRC-ARCO	Saint Laurent Anne
	Petits frères des pauvres	Turbet-Delof François-Xavier

Atelier 10 – L'hôpital et la personne âgée		
Membres de l'atelier 10	**DGOS et coprésidente atelier 10**	**Escalon Sylvie**
	DGOS et rapporteur atelier 10	**Machu Anne-Noëlle**
	CHU de Bordeaux et coprésident atelier 10	**Vigouroux Philippe**
	ANAP	Aftimos Stéphanie
	ANAP	Bérard François
	DGOS	Biga Julie
	AP-HP	Bourgarit-Durand Anne
	ANAP	Daclin Marc
	Député de l'Aisne	Delatte Marc
	Collège infirmier français (CIF)	Derrick Margareth
	ARS Auvergne Rhône-Alpes	Grall Jean-Yves
	Collège national professionnel de gériatrie	Jeandel Claude
	Hôpital Sainte-Anne	Lamy Catherine
	FHF	Mokede Alexandre
	DGCS	Natali Jean-Philippe
	AP-HP FNEHAD	Nivet Laurence
	FHP-SSR	Noël Eric
	Irdes	Or Zeynep
	CNSA	Périsset Catherine
	CHU de Bordeaux	Salles Nathalie
	HAS	Schramm Stéphanie
	CHU de Besançon	Sechter Daniel
	ANAS	Souciet Corinne
Auditions	comité de national de suivi du plan maladies neurodégénératives	Clanet Michel
	Cheffe de projet PMND	Pasquay Corinne
	société française de gériatrie et de gérontologie	Guérin Olivier
	ADCF	Perdrix Marie-Luce
	FESP	Pesque Marjorie
	Défenseur des droits	Pideri Vanessa
	CGET	PILON Catherine
	AGIRC-ARCO	Saint Laurent Anne
	Petits frères des pauvres	Turbet-Delof François-Xavier

Groupe de travail données de gestion et interopérabilité des systèmes d'information		
Membres de l'atelier 11	**DREES et coprésident atelier données de gestion et interopérabilité**	**Aubert Patrick**
	CNSA et coprésident atelier données de gestion et interopérabilité	**Lawin Macair**
	ANAP - rapporteur atelier données de gestion et interopérabilité	**Ptakhine Elsa**
	DGCS	Amaral Philippe
	EDEES	Lebrun Gérard
	EDESS	Ameline Philippe
	La Croix Rouge	Arnault Vincent
	ASIP Santé	Bachem Sébastien
	EDESS	Ball Jean
	DREES	Bazin Mahel
	ANAP	Beauchamp Yves
	CNSA	Bernard Jean-Luc
	ASIP Santé	Berthelot Morgane
	INED/HCFEA conseil de l'âge	Bonnet Carole
	La Croix Rouge	Bouchaud Audrey
	ARS Centre Val de Loire	Brocca Jérôme
	Interop Santé	Cauvin Jean Luc
	LNA Santé	Chaland Stéphane
	CNAV	Charrier Odile
	LESSIS	Cimino Mariane
	Interop Santé	Dron Jean-Charles
	ARS Bourgogne Franche Comté (Nièvre)	Duboudin Cédric
	Esanté Solutions	Duvernois Jérôme
	CNSA	Endrino Cécilia
	ASIP Santé	Eon Florence
	DGCS	Erault Chantal
	INED/HCFEA conseil de l'âge	Fontaine Roméo
	Orange Healthcare	Frontigny Nadia
	CNAV	Garlaud Frédérique
	CNAM	Gastaldi Ménager Christelle
		Gibaud Isabelle
	Lessis	Gougerot Dominique
	ANAP	Huet Benoit
	LNA Santé	Jouatel Laurent
	CNSA	Jullien-Ngo Mai
	CNAV	Lachaussée Chantal
	CNSA	Lamiaux Jean-Michel
	CNSA	Lamiaux Jean-Michel

Groupe de travail données de gestion et interopérabilité des systèmes d'information		
Membres de l'atelier 11	Croix Rouge	Lauvray Ingrid
	ANAP	Lemouel Bénédicte
	ARS Bourgogne Franche Comté	Lerhun Bertrand
	CNSA	Leroy Kowalsky Patrick
	DREES	Marquier Rémy
	CNAM	Ménager Christelle
	CNSA	Moreau Céline
	DREES	Nicoleau Javier
	ANAP	Pruvot Axelle
	CNSA	Quideau Jean-Christophe
	CNAM	Rachas Antoine
	ASIP Santé	Rey-Arles Sabine
	DREES	Rey-Arles Sylvie
	EDEES	Rougerie François
	DREES	Roy Delphine
	EDESS	Rumeau Eric
	CNAM	Saillenfest Olivier
	ASIP Santé	Sauvage Pascal
	EDESS	Sénégou Régis
	CNAV	Tarrieu Laurent
	CNAM	Thomas Martine
	Mairie de Paris	Turan-Pelletier Gaëlle
	CNSA	Weber Amandine

LES RENCONTRES BILATÉRALES

44 (Seine-Maritime)
Action Logement
ADESSADOMICILE
ADF
ADMR
ADMR
ADPA
Agevillage.com et Formations Humanitude
ANAP
ANCHL
ANDASS
ANFE
ARPAVIE
ARPAVIE
ARS Hauts-de-France
ARS Île-de-France
ARS Île-de-France
ARS Martinique
ARS Normandie
ARS Normandie
ARS Nouvelle-Aquitaine
ARS Provence-Alpes-Côte-D'azur
ASAMAD (association de soins et d'aide au maintien à domicile) - Martinique
Associés en Finance
CAISSE DES DÉPOTS
CAISSE DES DÉPOTS
Centre Emma Ventura – Fort-de-France
CFDT
CFDT
CFDT
CFE-CGC
CGT
CHU BORDEAUX
CNAMTS
CNOPP
CNSA
CNSA
CNSA

44 (Seine-Maritime)
Comité de suivi du plan national des maladies neuro-dégénératives
CONSEIL DÉPARTEMENTAL BAS-RHIN
CONSEIL DÉPARTEMENTAL BAS-RHIN
CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE LA DORDOGNE
CONSEIL Départemental de la Mayenne
CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE MEURTHE ET MOSELLE
CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE SEINE-SAINT-DENIS
CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES PHARMACIENS
CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES PHARMACIENS
Croix Rouge
CSMF (Confédération des Syndicats Médicaux Français)
CTIP
DASES de Paris
Défenseur des droits en charge de la lutte contre les discriminations et de la promotion de l'égalité
Défenseur des droits en charge de la lutte contre les discriminations et de la promotion de l'égalité
Défenseur des droits en charge de la lutte contre les discriminations et de la promotion de l'égalité
Délégation interministérielle à la prévention et à la lutte contre la pauvreté
Député de Seine-Maritime
Député des Côtés d'Armor
Député des Deux Sèvres
Députée de l'Eure
Députée des Deux Sèvres
Dessine moi mon répit
Dessine moi mon répit
Digital airways (Seine-Maritime)
EHESP

44 (Seine-Maritime)
Ehpad « Sainte Marthe » (Charente)
Ehpad « La Villa des poètes » (Bouches-du-Rhône)
Ehpad Albert du Bosquiel Bondues (Nord)
Ehpad Villa des Aubépins (Seine-Maritime)
Eventbots (Seine-Maritime)
Familink (Seine-Maritime)
FEDEPSAD
FEDEPSAD
FEDEPSAD
Fédération ADMR de Meurthe-et-Moselle
FÉDÉRATION FRANCAISE DES PSYCHOMOTRICIENS
FÉDÉRATION FRANCAISE DES PSYCHOMOTRICIENS
FEHAP
FEHAP
FESP
FESP
FFA
FFA
FHF
FHF
FNAAFP/CSF
FNAAFP/CSF
FNADEPA
FNADEPA
FNAQPA
FNAQPA
FNI (Fédération Nationale des Infirmiers)
FNMF
FNMF
FNMF
Fondation Médéric Alzheimer
Fondation Médéric Alzheimer
Fondation Médéric Alzheimer
Fondation Médéric Alzheimer
Force ouvrière intersyndicale des salariés des EHPAD et des services à domicile
Formation expérimentale accompagnant à domicile

44 (Seine-Maritime)
Formation expérimentale accompagnant à domicile
Formation expérimentale accompagnant à domicile
FRANCE ALZHEIMER
FRANCE ALZHEIMER
France Assos Santé
France Assos Santé
France Assos Santé
FSU
FSU
Groupe EC6
Groupe SOS
Groupe SOS
HCCIE
IFSI/IFAS Œuvres de la Croix Saint Simon
IGAS
Institut Pasteur de Lille
Intuitu personae : aidante et infirmière libérale
IRCEM
JOBS HOPPS
KORIAN
LES GÉNÉRALISTES CSMF
LES GÉNÉRALISTES CSMF
LES MAISONS DE MARIANNE
LES MAISONS DE MARIANNE
LES MAISONS DE MARIANNE
LES MAISONS DE MARIANNE
LNA SANTÉ
LNA SANTÉ
Maison des aidants de Feron-Vrau (Lille)
MEDEF
MEDEF
MG FRANCE
Ministère de la Cohésion des territoires et des Relations avec les collectivités territoriales
NEXEM
NEXEM
OCIRP
Petits frères des pauvres
Petits frères des pauvres

44 (Seine-Maritime)
ReSanté-Vous (Charente)
RES-EUROCONSEIL
Saveurs et Vie
SML (Syndicat des Médecins Libéraux)
SNIIL (Syndicat National des Infirmières et Infirmiers Libéraux)
SNIL
SNRA
Société française de gériatrie et de gérontologie
Soins coordonnés
Soins coordonnés
SYNERPA
SYNERPA
SYNERPA
SYNERPA
U2P
UFAT
UFAT
UNA
UNAF
UNASSI
UNCCAS
UNCCAS
UNIOPSS
UNIOPSS
UNPS
UNPS
UNPS
UNSA
UPSADI
UPSADI
VYV Care
VYV Care
VYV Care

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

Conception : PARIMAGE – Edition : Dicom – Mars 2019