

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

Se sentir chez soi où que l'on soit

Tome 2 : Annexes

Dr Julien EMMANUELLI
Jean-Baptiste FROSSARD
Bruno VINCENT

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

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

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

SOMMAIRE

ANNEXE 1 : L'ÉVALUATION DES BESOINS D'AIDES A L'AUTONOMIE DES PERSONNES AGÉES ET DE LEURS PROCHES A DOMICILE.....	5
ANNEXE 2 : CONDITIONS ET LIMITES DE LA VIE A DOMICILE POUR LES PERSONNES AGÉES EN PERTE D'AUTONOMIE.....	23
ANNEXE 3 : AIDE ET ACCOMPAGNEMENT A DOMICILE DES PERSONNES AGÉES EN PERTE D'AUTONOMIE.....	65
ANNEXE 4 : L'HABITAT INCLUSIF POUR PERSONNES AGÉES	104
ANNEXE 5 : LES RESIDENCES AUTONOMIE.....	131
ANNEXE 6 : LES RESIDENCES SERVICES SENIORS	171
ANNEXE 7 : L'ACCUEIL ET L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES AGÉES EN PERTE D'AUTONOMIE EN ETABLISSEMENT POUR PERSONNES AGÉES DEPENDANTES (EHPAD)	207
ANNEXE 8 : L'ACCUEIL FAMILIAL DE PERSONNES AGÉES EN PERTE D'AUTONOMIE.....	282
ANNEXE 9 : COMPARAISON DES DIFFÉRENTS LIEUX DE VIE POUR PERSONNES AGÉES EN PERTE D'AUTONOMIE	291
ANNEXE 10 : PERSONNES AGÉES ET SYSTEME DE SANTE.....	311
ANNEXE 11 : PERSONNES AGÉES ET ACCOMPAGNEMENT DE LA FIN DE VIE	355
ANNEXE 12 : LES PROJECTIONS DEMOGRAPHIQUES D'AUGMENTATION DE LA POPULATION AGÉE EN PERTE D'AUTONOMIE PAR DÉPARTEMENT EN FRANCE A HORIZON 2050	385
ANNEXE 13 : CATEGORISATION DES DÉPARTEMENTS FRANÇAIS FACE A L'AUGMENTATION DE LA POPULATION AGÉE EN PERTE D'AUTONOMIE	407
ANNEXE 14 : SCENARIOS PROSPECTIFS DE REPARTITION DES PERSONNES AGÉES EN PERTE D'AUTONOMIE SELON LEUR TYPE D'HABITAT	465
ANNEXE 15 : ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES AGÉES EN PERTE D'AUTONOMIE AU DANEMARK	505

ANNEXE 1 : L'évaluation des besoins d'aides à l'autonomie des personnes âgées et de leurs proches à domicile

ANNEXE 1 :L'EVALUATION DES BESOINS D'AIDES A L'AUTONOMIE DES PERSONNES AGEES ET DE LEURS PROCHES A DOMICILE	5
1. LES DEMANDES D'AIDE ET D'ACCOMPAGNEMENT SE FONDENT SUR LES ATTENTES, BESOINS ET ASPIRATIONS DES PERSONNES AGEES ET DE LEURS PROCHES	7
1.1. LES ATTENTES, BESOINS ET ASPIRATIONS DES PERSONNES AGEES PORTENT PRINCIPALEMENT SUR DES DEMANDES D'AIDE AU MENAGE ET A LA VIE QUOTIDIENNE.....	7
1.2. MIEUX REpondre AUX ATTENTES, BESOINS ET ASPIRATIONS DES PERSONNES AGEES EN TERMES D'AMENAGEMENT OU DE CHANGEMENT D'HABITAT	8
2. PLUSIEURS OUTILS ONT ETE DEVELOPPES POUR PERMETTRE UNE EVALUATION DES ATTENTES ET DES BESOINS DES PERSONNES.....	10
2.1. LE RECUEIL DES ATTENTES DES PERSONNES ET DE LEURS PROCHES CONSTITUE LE PREMIER TEMPS DE L'EVALUATION DES BESOINS	10
2.2. ALORS QUE LA RECONNAISSANCE DES RESULTATS DES CLASSEMENTS PAR LA GRILLE AGGIR N'EST PAS ENCORE ACHEVEE SUR L'ENSEMBLE DU TERRITOIRE, LA FUSION DES DEUX SUPPORTS D'EVALUATION DES BESOINS DEVELOPPES PAR LA CNAV ET LA CNSA EST D'ORES ET DEJA PROGRAMMEE	11
2.3. L'EVALUATION DU NOMBRE DE PERSONNES AGEES A RISQUE DE FRAGILITE SOCIALE PERMET AUX CAISSES DE RETRAITES DE DETERMINER LES PRIORITES SELON LES TERRITOIRES.....	11
2.4. S'AGISSANT DES BESOINS D'INTERVENTION MEDICALE ET DES RISQUES D'HOSPITALISATION, LES OUTILS DEVELOPPES PAR L'INTELLIGENCE ARTIFICIELLE POURRAIENT PERMETTRE UNE MEILLEURE PREVENTION .	14
3. QUOIQU'ILS SOIENT DENONCES DEPUIS PLUS DE VINGT ANS, LES DEFAUTS DE LA GRILLE AGGIR N'ONT PAS ETE RESOLUS.....	15
3.1. UNE GRILLE UTILISEE DEPUIS PLUS DE 30 ANS (PRESTATION EXPERIMENTALE DEPENDANCE), DEPLOYEE ENSUITE AVEC LA PRESTATION SPECIFIQUE DEPENDANCE (1997) ET L'ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE (2001).....	15
3.2. LES NOMBREUX DEFAUTS DE LA GRILLE AGGIR ONT CONDUIT A DEUX REVISIONS DU GUIDE DE REMPLISSAGE (2008 ET 2017)	18
3.3. L'ALGORITHME DE LA GRILLE AGGIR N'A PAS EVOLUE DEPUIS LES ANNEES 1990 MALGRE DE NOMBREUSES CRITIQUES.....	19

L'élaboration de plans d'aide et d'accompagnement des personnes en situation de perte d'autonomie relève de différents dispositifs, selon le classement des personnes dans la grille AGGIR (Autonomie Gérontologie- Groupe iso-ressource) en 6 GIR (Groupe iso-ressource) :

- Pour les personnes classées en GIR 5 et en GIR 6 par la grille AGGIR, les prestations d'aides et de soutien à domicile peuvent être financées par la caisse de retraite principale du demandeur quand les ressources sont supérieures ou égales (hors aides au logement) à 961,08 € par mois, ou par le conseil départemental (prestation « aide-ménagère »), pour celles dont les ressources sont inférieures à ce montant. Le nombre d'heures d'accompagnement et de prévention à domicile par les caisses de retraite ne peut excéder 80 heures par an et est guidé par le score de fragilité des retraités (faible, intermédiaire et élevé), déterminé par la grille Fragire¹, qui prend en compte des éléments concernant l'état de santé de la personne, ses conditions de vie, sa motricité, son état psychique et cognitif, sa vie sociale... ;
- L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) est quant à elle universelle avec un taux de participation variable selon les ressources et versée par le conseil départemental aux personnes classées en GIR 1, GIR2, GIR3 et GIR4. Son financement est double (CNSA et département).

D'autres organismes peuvent apporter une aide financière dans des situations plus ponctuelles : caisses complémentaires de retraite, mutuelles, assurances...

On considère communément que l'évaluation des besoins des personnes se fonde, dans le cadre de l'évaluation APA par les équipes médico-sociales du département, sur la grille AGGIR. Néanmoins, la grille AGGIR n'est pas un outil d'évaluation des besoins d'aide mais un outil d'éligibilité à l'APA^{2 3}, qui s'insère depuis la loi d'adaptation de la société au vieillissement de 2015 dans un outil multidimensionnel d'évaluation des besoins⁴.

En qualité d'outil d'éligibilité, la grille AGGIR s'intègre également dans le dossier d'« évaluation des besoins des retraités et élaboration des plans d'aide » de l'inter-régimes, qui sera remplacé en

¹ La grille Fragire comporte des questions sur l'état de santé (perception de son état, hospitalisation récente, troubles du goût...), la motricité (chutes, soulever un poids, test de marche), condition de vie (êtes-vous aidant ?), vie sociale (internet, sentiment de solitude, ressources...), état psychique (bien-être général, heureux, fatigué, idées suicidaires, tests cognitifs).

² Article L232-6 du CASF : « L'équipe médico-sociale : 1° Apprécie le degré de perte d'autonomie du demandeur, qui détermine l'éligibilité à la prestation, sur la base de la grille nationale mentionnée à l'article L. 232-2 » ;

³ Rapport du comité scientifique pour l'adaptation des outils d'évaluation de l'autonomie présidé par Alain Colvez et remis au parlement en janvier 2003. Recommandation 2 : « Il est souhaitable que l'instrument d'éligibilité à l'APA s'intègre à l'intérieur d'un instrument d'évaluation multidimensionnel permettant d'élaborer un plan d'aide » « AGGIR doit être inclus dans l'instrument d'évaluation multidimensionnelle et en aucun cas utilisé isolément ».

⁴ Annexe 2-1 du CASF : « A domicile, le modèle AGGIR constitue l'une des dimensions du référentiel d'évaluation multidimensionnelle, prévu à l'article L232-6, et contribue ainsi, avec les autres dimensions, à l'évaluation de la situation et des besoins de la personne âgée, préalable à l'élaboration d'un plan d'aide »

2024 sur l'ensemble du territoire par l'« Offre de services coordonnée pour l'accompagnement de ma retraite » (OSCAR)⁵, qui intègre les aides techniques.

L'évaluation réalisée en établissement n'est pas analysée dans le cadre de cette annexe dans la mesure où cette évaluation a une incidence sur les moyens globaux des établissements par l'intermédiaire des GMP et PMP, réalisés par coupe, et non sur l'aide quotidienne apportée aux personnes individuellement⁶. Elle est d'autant plus déconnectée des besoins réels qu'elle repose sur des coupes réalisées tous les 5 ans (ou tous les 3 ans dans le cadre du CPOM) qui ne sont de surcroît pas toutes à jour (comme encore récemment montré par le rapport Pirès-Beaune) et qu'elle peut être affectée par les tensions entre les différents GIR, pour le tarif soins, pour l'application du tarif dépendance, pour l'éventuelle modification du GIR sur la part résident.

Elle est d'autant plus déconnectée des besoins réels qu'elle repose sur des coupes réalisées tous les 5 ans (ou tous les 3 ans dans le cadre du CPOM) qui ne sont de surcroît pas toutes à jour (comme encore récemment montré par le rapport Pirès-Beaune) et qu'elle peut être affectée par les tensions entre les différents GIR, pour le tarif soins, pour l'application du tarif dépendance, pour l'éventuelle modification du GIR sur la part résident.

1 Les demandes d'aide et d'accompagnement se fondent sur les attentes, besoins et aspirations des personnes âgées et de leurs proches

1.1 Les attentes, besoins et aspirations des personnes âgées portent principalement sur des demandes d'aide au ménage et à la vie quotidienne

En 2014, l'UNA a financé une étude qualitative⁷ par entretiens téléphoniques auprès de 1 500 personnes âgées de 50 à 80 ans qui bénéficient de l'intervention d'un service à leur domicile, pour eux-mêmes ou pour leurs proches. L'intervention au domicile des personnes de 75 à 80 ans porte majoritairement (près de 70 % des cas) sur de l'aide au ménage et à la vie quotidienne (aide à la préparation des repas, pour s'habiller...) :

⁵ Aides et services personnalisés pouvant être financés à travers le plan d'aide OSCAR : Accompagnement à domicile (entretien du linge, aide à la préparation du repas...) dans la limite de 7h par mois ; prestations de prévention dans la limite de 500 euros par an (petits travaux, livraisons de courses, aides techniques, accompagnement informatique...); orientation vers des programmes de prévention (atelier collectifs alimentation mémoire, logement... et enfin un forfait de coordination (lorsque le plan d'aides comporte des prestations diversifiées).

⁶ Outre ne pas être réalisée aux mêmes fins que l'évaluation APA domicile (logique de plan d'aide personnalisé versus logique d'affectation de moyens institutionnels déconnectée de la prise en charge réelle du résident), l'évaluation APA établissement ne se fait pas non plus dans les mêmes conditions (elle peut se faire sur un temps plus long avec plus de professionnels) ni avec les mêmes biais (la dépendance peut être majorée en Ehpad du fait qu'on y est aidé et qu'on a plus le temps d'observer les personnes)..

⁷ Baromètre UNA / Senior Strategic 2014.

- **20 % des répondants de 75 à 80 ans ont fait appel la première fois à un service pour des raisons de « difficultés à sortir de chez [s]oi ».** La variable d'activité « déplacement à l'extérieur » est l'une des 10 variables dites « discriminantes » de la grille AGGIR mais elle n'impacte pas en réalité le résultat en termes de classement dans les groupes GIR (cf. *infra*). La cotation C (à savoir quand la personne ne fait pas, même avec une aide extérieure) n'apporte aucun point.
- **L'événement déclencheur de l'intervention d'une structure d'aide à domicile** est majoritairement lié à un problème de santé, sortie d'hospitalisation, chute...
- Pour les bénéficiaires d'aide à domicile âgés de 75 à 80 ans, l'intervention de la structure est :
 - une nécessité (m'aide à faire ou fait à ma place) : 78 % ;
 - un apport de sécurité (me rassure) : 64 % ;
 - un appui au quotidien (me soulage dans mon quotidien) : 58 % ;
 - une présence régulière (rompre avec la solitude) : 44 % ;
 - un moment de convivialité, de plaisir : 25 %.
- Les bénéficiaires d'aide à domicile âgés de 75 à 80 ans seraient intéressés ou très intéressés par des propositions :
 - d'adaptation et aménagement du logement (près de 60 %) ;
 - d'animation de loisirs (54 %) ;
 - d'actions de prévention type ateliers nutrition, prévention des chutes...(48 %) ;
 - de déplacements et aide à la mobilité (44 %) ;
 - d'espaces de rencontres, d'échanges (38 %).

1.2 Mieux répondre aux attentes, besoins et aspirations des personnes âgées en termes d'aménagement ou de changement d'habitat

Les recommandations de bonnes pratiques de la HAS « Accompagner vers et dans l'habitat » fourniront des repères aux professionnels pour recueillir et répondre aux souhaits et aspirations des personnes en matière d'habitat.

Après avoir rappelé les différences essentielles entre habitat et logement (« habiter se différencie de se loger par « la sensation d'être « chez soi », de s'approprier un espace à vivre et pour vivre »), ainsi que l'indispensable sortie d'une approche dichotomique entre domicile et établissement (« La notion du chez-soi et de l'approche domiciliaire invitent chacun des acteurs à franchir les frontières entre le domicile et l'établissement mais également entre lieu de vie personnel et vie dans la cité »), la Haute Autorité de Santé précise dans la note de cadrage⁸ de cette recommandation attendue pour fin 2023 les constats suivants :

⁸ NOTE DE CADRAGE « Accompagner vers et dans l'habitat » Validée le 25 janvier 2022, HAS https://www.has-sante.fr/jcms/p_3316224/fr/accompagner-vers-et-dans-l-habitat-note-de-cadrage

- “De nombreux rapports et travaux de cadrage [...] s’accordent sur un certain nombre de points et en particulier :
 - La nécessité de pouvoir bénéficier d’un habitat qui intègre une « dimension d’intimité privative, comme en termes de libertés d’aller et venir, de centralité, d’accès aux services, aux commerces, aux transports, etc. » ;
 - La notion de chez-soi comme un principe structurant de la protection sociale et des accompagnements qui en découlent et une réponse en termes d’insertion pleine et entière dans la cité et du libre choix du mode de vie ;
 - **Le choix de son habitat doit résulter des souhaits et des aspirations de la personne et ne pas être conditionné à son seul niveau d’autonomie ;**
 - **Ce choix doit pouvoir se réaliser avec l’appui des ressources et des aides dont la personne a besoin, « sans que ceux-ci ne pèsent sur l’usage et le mode de vie » ;**
 - Aucune prescription de durée ou de condition n’est requise, [l’approche se substitue] à la logique de parcours conditionnée à l’évolution de la situation de la personne [âge, santé, handicap ou ressources économiques] ;
 - Pour concourir à cette nouvelle approche, les différentes politiques publiques dédiées (notamment, sociales, médico-sociales, de santé, du logement, de l’urbanisme) doivent converger et les acteurs locaux pouvoir déployer des réponses adaptées et coordonnées à l’échelle de territoires cohérents avec le bassin de vie de la personne.

Toutefois, si les ambitions sont bien présentes et que les études d’opinions portant sur le choix de lieu de vie corroborent le souhait quasi unanime à vouloir vivre chez-soi, les conditions actuelles sont encore loin de pouvoir le concrétiser ».

Ces recommandations de bonnes pratiques professionnelles doivent notamment permettre aux personnes :

- d’être pleinement actrices de leurs choix en matière d’habitat et du lieu dans lequel elles vivent, selon leurs souhaits ;
- de se sentir « chez elles » quel que soit leur lieu de vie, à chaque étape de leur parcours de vie ;
- de s’inscrire durablement dans leur habitat (logement, quartier...) et, selon leurs souhaits, dans la vie sociale et citoyenne.

2 Plusieurs outils ont été développés pour permettre une évaluation des attentes et des besoins des personnes

2.1 Le recueil des attentes des personnes et de leurs proches constitue le premier temps de l'évaluation des besoins

Le fascicule « Mots-clés de l'aide à l'autonomie »⁹ consacré à l'« évaluation » insiste sur l'importance de la qualité du recueil de la demande : « La demande exprimée doit être recueillie dans les termes mêmes de celui qui l'a émise. Il est important de savoir de qui vient la demande et à qui elle est destinée, en distinguant ce qui est propre au demandeur de ce qui est propre à la personne concernée par les réponses. »

Le « support pour l'évaluation de la situation et des besoins de la personne âgée et de ses proches » est en ligne sur le site de la CNSA¹⁰ et fixé réglementairement¹¹. Il comporte deux rubriques en lien avec la demande des personnes âgées et de leurs proches :

- Circonstances de la demande : nature de la demande, événements et situations de rupture (hospitalisation, décès d'un proche...);
- Expression de la personne (souhaits, projets) avec un cadre permettant de rapporter les propos de la personne et d'inscrire les commentaires de l'évaluateur.

Néanmoins, la mission a constaté au cours de ses investigations que le déploiement de ce support était très hétérogène en fonction des départements, et n'avait pas nécessairement été intégré de façon robuste dans les pratiques des équipes médico-sociales.

Le support de la CNAV prévoit également deux rubriques :

- Nature de la demande (et précision quant à la date de la précédente évaluation) ;
- Contexte de la demande (7 items décrivent des causes de ruptures de parcours) avec quelques lignes pour décrire ce contexte et un espace pour consigner la demande exprimée par la personne.

⁹ CNSA : <https://www.cnsa.fr/documentation-et-donnees/publications-de-la-cnsa/mots-cles-de-laide-a-lautonomie>

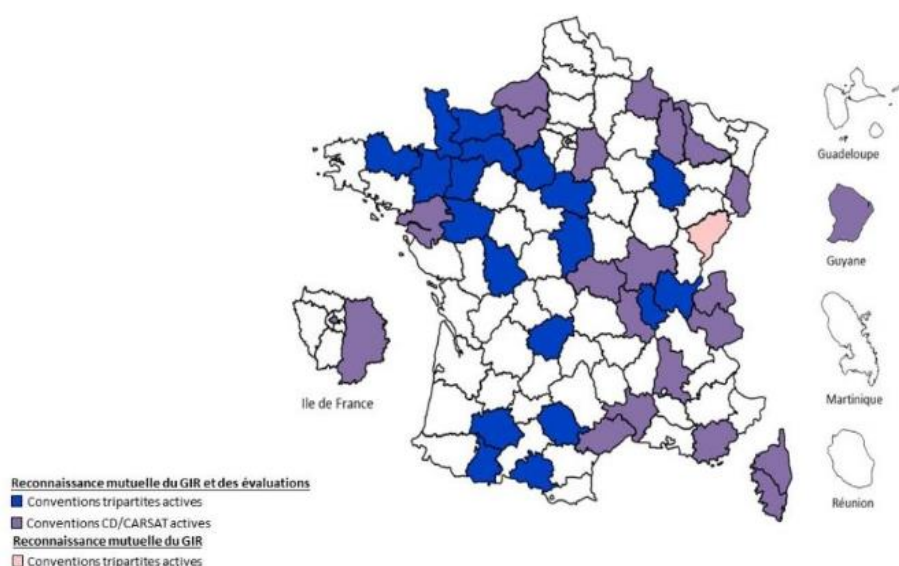
¹⁰ https://www.cnsa.fr/documentation/formulaire_evaluation_multidimensionnelle_ems_apa.pdf

¹¹ Le référentiel d'évaluation multidimensionnelle de la situation et des besoins des personnes âgées et de leurs proches aidants prévus à l'article L. 232-6 du code de l'action sociale et des familles est annexé à l'arrêté du 5 décembre 2016.

2.2 Alors que la reconnaissance des résultats des classements par la grille AGGIR n'est pas encore achevée sur l'ensemble du territoire, la fusion des deux supports d'évaluation des besoins développés par la CNAV et la CNSA est d'ores et déjà programmée

En octobre 2022, la CNSA et les caisses de retraite tracent un bilan mitigé du dispositif de reconnaissance mutuelle des évaluations prévu par la loi d'adaptation de la société au vieillissement de 2015. Parmi les 56 conventions départementales signées, 38 conventions portent sur la reconnaissance du GIR et de l'évaluation et sont mises en œuvre de manière effective, les autres portent uniquement sur la reconnaissance du GIR (18) ;

Cartographie des conventions mises en œuvre pour la reconnaissance mutuelle des évaluations



La convention d'objectifs et de gestion de la CNAV 2023-2027 prévoit la généralisation, à compter de la date de cerfatisation du formulaire, **du dossier unique de demande d'aides à l'autonomie** à l'ensemble du territoire ainsi que du téléservice associé, en lien avec la CNSA et la MSA.

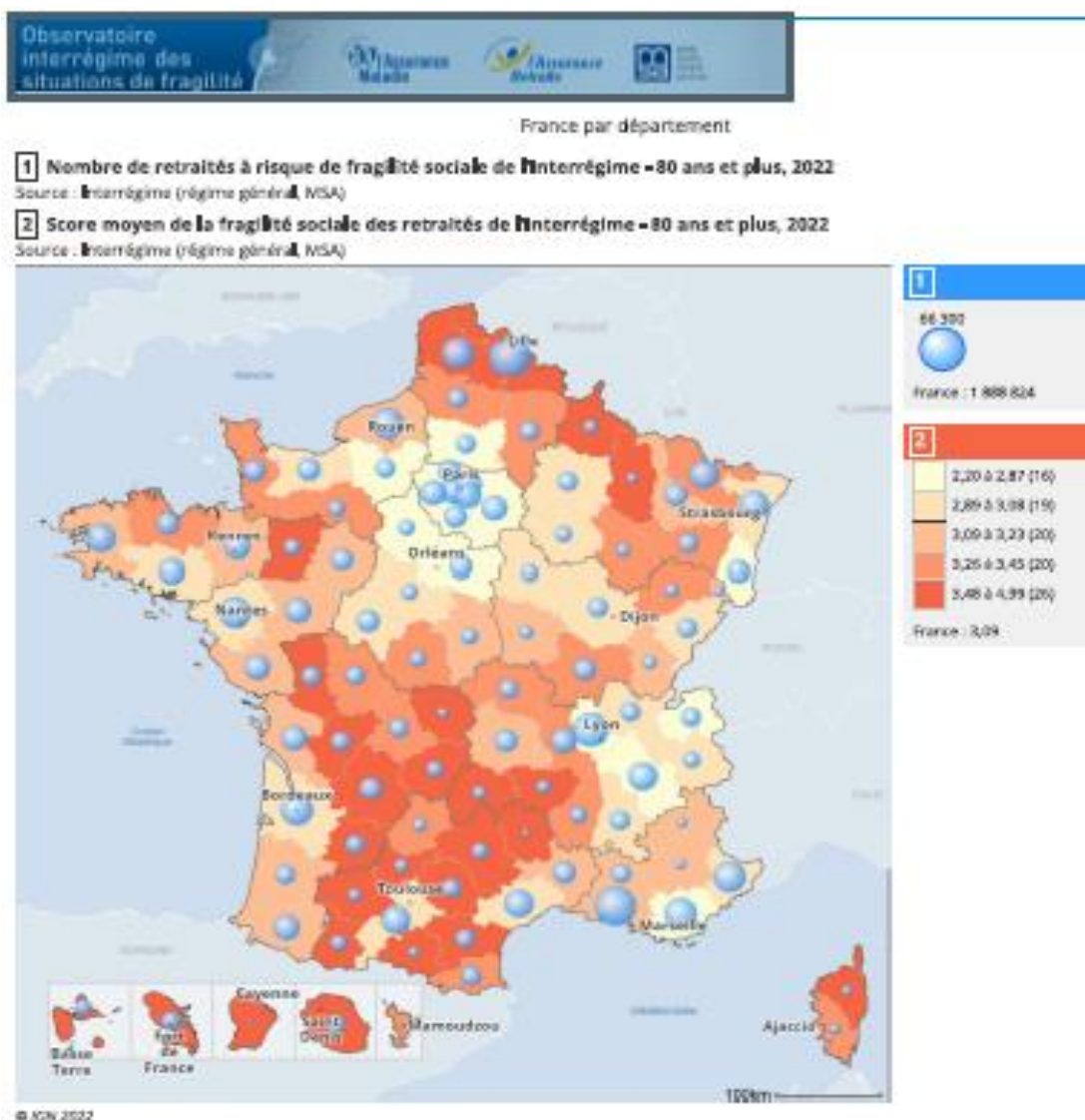
2.3 L'évaluation du nombre de personnes âgées à risque de fragilité sociale permet aux caisses de retraites de déterminer les priorités selon les territoires

Selon l'observatoire inter-régime des situations de fragilité, près de 2 millions de personnes âgées de 80 ans et plus présentent un score individuel de fragilité sociale supérieur ou égal à 3 en 2022.

Pour calculer ce score individuel, 3 facteurs de fragilité sociale¹² ont été retenus et à chacun de ces facteurs est associé un poids en fonction de la valeur de ce facteur. Ces trois facteurs sont :

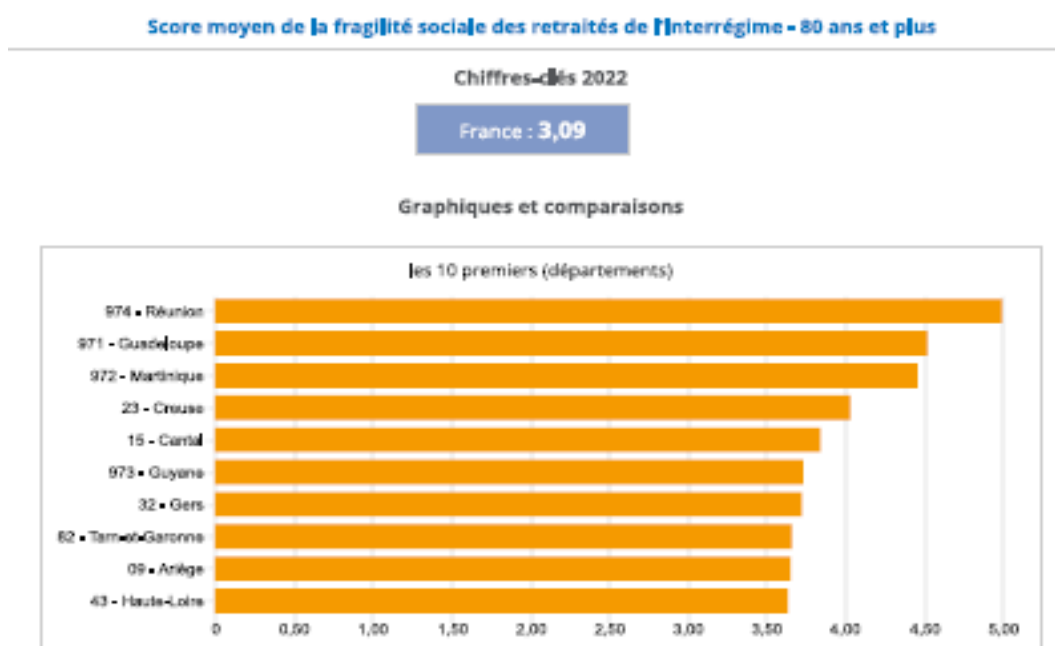
- L'âge du retraité ;
- Le bénéfice ou non d'une pension de réversion ;
- L'exonération ou non de la CSG.

Un indicateur composite est calculé au niveau territorial afin d'orienter la politique de prévention des risques du vieillissement et piloter les missions de l'inter régime (MSA-Carsat) selon les âges (actions collectives de prévention pour les 55-79 ans ; accompagnements individualisés pour les 80 ans et plus...).



¹² <https://www.observatoires-fragilites-national.fr/#c=home>

Les DROM sont particulièrement représentés dans les 10 départements avec une forte fragilité sociale des personnes de 80 ans et plus, certains départements de l'hexagone présentant également des taux de personnes âgées fragiles importants :



Les départements les moins touchés par la fragilité sociale se situent essentiellement en Ile de France (7 sur 10).



Ces données de fragilités sociales et la cartographie croisent la répartition des offres en termes d'habitat et d'accueil en hébergement (établissements privés en IDF par exemple).

2.4 S'agissant des besoins d'intervention médicale et des risques d'hospitalisation, les outils développés par l'intelligence artificielle pourraient permettre une meilleure prévention

A titre d'exemple, le dispositif médical numérique « Présage Care » basé sur l'IA se développe afin de prédire les passages en urgence avec 7 à 14 jours d'avance et de renforcer les relations aidants-aidé.

Les algorithmes de PRESAGE CARE (télésurveillance médicale à domicile) modélisent les évolutions de l'état de santé et permettent de prévenir les risques de décompensation et d'hospitalisation en urgence, quand l'état de santé s'aggrave. 15 risques majeurs sont analysés : dénutrition, chutes, isolement, souffrance psychique, risque de burn-out de l'aidant, trouble du comportement, douleurs, troubles du sommeil... Selon les résultats, les proches-aidants sont prévenus et un plan de prévention personnalisé est proposé afin de mettre en place des actions de prévention adaptée : mise en place d'actions préventives des chutes, lutte contre l'isolement, aide au bien-être psychologique, lutte contre la souffrance psychique des personnes âgées et/ou des aidants familiaux, lutte contre la dénutrition...

En 2023, Présage Care a pour ambition d'accompagner 20 000 personnes âgées sur tout le territoire français. Au total, près d'un million de personnes pourraient être concernées par ce dispositif médical qui peut être renseigné par tous (la personne, ses proches, les professionnels et en particulier les auxiliaires de vie) sur smartphone ou tablette à raison d'une fois par semaine, le recueil d'information prenant quelques minutes. Une étude multicentrique¹³ a été conduite dans trois régions de France (4 700 interventions à domicile) et a montré que Présage est fiable, prédictif (99,6 %), sensible (83 %), spécifique (86 %) avec une très bonne satisfaction (+90 %) et un impact majeur sur les hospitalisations et les décès (-80 %).

Le Dispositif Présage passe par une application smartphone pour les usagers (recueil hebdomadaire simple et rapide en 2 minutes), associée à une console web sécurisée pour les professionnels¹⁴ (suivi continu de l'état de santé) :

¹³ Joel Belmin, Patrick Villani, Charlotte Havreng-Théry, Stephanie Malvoisin, Mathias Gay, Stéphane Fabries, Fabrice Denis, Jacques-Henri Veyron : " Artificial Intelligence-based eHealth system to predict and reduce Hospitalization Amonght older adults" in JMIR Publications

¹⁴ Jacques-Henri Veyron, Charlotte Théry, Evelyne Gaussens, « Présage, système prédictif de prévention personnalisée », in *Regards*, vol. 61, no. 1, 2023, p. 101-116.

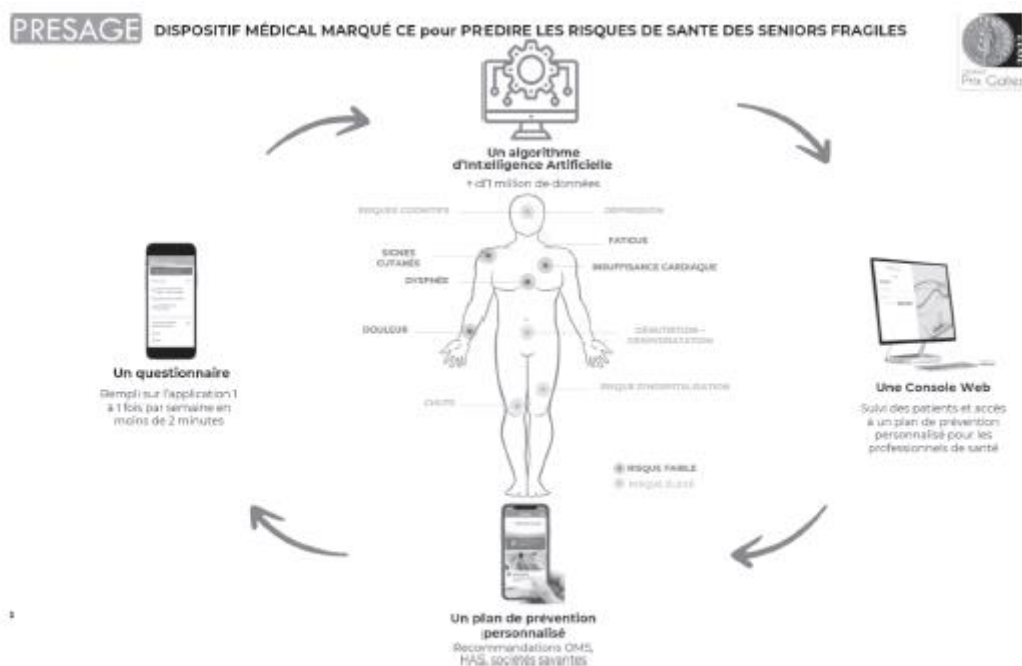


Figure 4 : fonctionnement de Présage permettant une prédiction des risques de santé avec 7 à 14 jours d'avance

Le même type de démarche se retrouve dans le dispositif Icope, présenté dans le rapport.

3 Quoi qu'ils soient dénoncés depuis plus de vingt ans, les défauts de la grille AGGIR n'ont pas été résolus

3.1 Une grille utilisée depuis plus de 30 ans (prestation expérimentale dépendance), déployée ensuite avec la prestation spécifique dépendance (1997) et l'allocation personnalisée d'autonomie (2001)

Un article de 1993 portant sur les « groupes iso-ressources de charges de soins gérontologique¹⁵ » présente les travaux conduits par les concepteurs¹⁶ de la grille AGGIR à partir du GERONTE en développant une « alliance objective entre conception médicale de la dépendance et des techniciens de l'informatique proposant une rationalisation algorithmique des situations de dépendance¹⁷ ». Cet article précise que le terme de « charge de soins » implique non seulement des temps de soins mais aussi la notion d'intensité des soins et le vécu des soins pour les soignants.

Les variables qui influent sur la détermination du GIR sont centrées sur le soin. Ainsi, l'annexe 2-1 du Code de l'action sociale et des familles (CASF), modifiée par décret du 9 mai 2017, où figurent la grille AGGIR et son guide de remplissage, indique que : « **Les groupes iso-ressources, qui**

¹⁵ Arnaud, Ducoudray, Leroux, Martin, Vetel « Les groupes Iso-Ressources de charges de soins gérontologiques » in Gérontologie et société 1993/1 n°64.

¹⁶ J-M Ducoudray, Robert Leroux et Jean-Marie Vetel

¹⁷ Jean-Yves Barreyre, « Penser la citoyenneté ou référencer l'autonomie ? », Vie sociale, 2006/2 (N° 2), p. 79-91. DOI : 10.3917/vsoc.062.0079. URL : <https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-2006-2-page-79.htm>

déterminent des besoins en soins de base, sont calculés à partir des huit premières variables d'activités corporelles et mentales (variables dites discriminantes) énumérées dans la grille AGGIR [Cohérence, Orientation, Toilette, Habillage, Alimentation, Elimination, Transferts, Déplacement à l'intérieur], les deux dernières évaluant l'isolement et le confinement d'une personne à son domicile [Déplacement à l'extérieur et Communication à distance]. »

Pour AGGIR, c'est donc le niveau de réalisation de 8 activités (sur les 17 évaluées¹⁸) par la personne dans son environnement habituel qui permet de classer les personnes dans 6 groupes GIR. Il est explicitement précisé que¹⁹ :

- Les aides matérielles et techniques font « partie intégrante de la personne » : « L'observation porte sur les activités effectuées par la personne seule, en excluant ce que font les proches-aidants et les soignants. En revanche, les aides matérielles et techniques sont prises en compte (lunettes, prothèse auditive, fauteuil roulant, poche de colostomie...) ». Par exemple, une personne amputée des deux jambes, dont les transferts sont assurés, qui se déplace avec un fauteuil roulant en tous lieux, dans un environnement adapté, n'aura aucune difficulté pour les déplacements. Cette personne, en tant qu'elle bénéficie d'une compensation technique suffisante (fauteuil), pourra être codé A (fait seule) pour l'activité « déplacement à l'intérieur » ;
- La difficulté de réalisation de l'activité « liée par exemple à des fonctions motrices ou à la lassitude de réaliser quotidiennement un type d'activité » n'a pas d'incidence sur la cotation. Si la personne réalise l'activité seule, spontanément, totalement, correctement et habituellement (cotation A) mais sur un temps très long (lassitude ou gêne, douleurs...), la cotation restera A ;
- Certaines activités comme la toilette ne sont évaluées que partiellement. La toilette du haut du corps n'inclut ainsi pas la toilette du dos (« le dos est volontairement ignoré car, à un âge très avancé, se laver le dos est une opération difficile pour la grande majorité des personnes »), ainsi que le lavage des dents (« le nettoyage de la denture a été supprimé car la grande majorité des personnes très âgées ne se lave pas plus les dents qu'elle ne nettoie son dentier »).

A l'inverse, dans l'outil d'évaluation GEVA, employé dans le champ du handicap, il n'existe pas de classement dans un groupe. La personne est éligible à la PCH si elle présente **une difficulté absolue pour la réalisation d'une activité ou une difficulté grave pour la réalisation d'au moins deux activités** parmi 20 activités²⁰ dans les registres de la mobilité, de l'entretien personnel, de la communication et des tâches et exigences générales (relation avec autrui).

¹⁸ Les variables dites discriminantes sont au nombre de dix : cohérence, orientation, toilette, habillage, alimentation, élimination, transferts, déplacement à l'intérieur et à l'extérieur, communication à distance ; Les variables illustratives sont au nombre de 7 et se rapportent aux activités de la vie quotidienne que sont la cuisine, le ménage, les transports, les achats, la gestion personnelle de son budget et de ses biens, les activités du temps libre, ainsi que le suivi du traitement médical.

¹⁹ Annexe 2-1 de CASF https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000034696537/

²⁰ Activités du domaine 1 : mobilité : – se mettre debout ;– faire ses transferts ;– marcher ;– se déplacer (dans le logement, à l'extérieur) ;– avoir la préhension de la main dominante ;– avoir la préhension de la main non dominante ;– avoir des activités de motricité fine.

- Contrairement à l'évaluation APA, la capacité fonctionnelle est ici « déterminée sans tenir compte des aides apportées, quelle que soit la nature de ces aides²¹. [...] Elle prend en compte les symptômes (douleur, inconfort, fatigabilité, lenteur, etc.), qui peuvent aggraver les difficultés dès lors qu'ils évoluent au long cours²². »
- L'ensemble des 20 activités sont prises en compte, contrairement à ce que l'on observe dans la grille AGGIR, qui ne pondère pas de la même façon l'ensemble des 8 activités. L'analyse de l'algorithme (cf. *infra*) montre par exemple que la réalisation non totalement et/ou non spontanément et/ou non correctement et /ou non habituellement (cotation B) de deux activités physiques à l'exclusion du déplacement intérieur (toilette, habillage, alimentation, élimination et transfert) classera la personne en GIR 4 (groupe H), mais que les cotations des variables psychiques (cohérence et orientation) en B n'apporteront dans ce cas aucun point.
 - Ce fonctionnement conduit à des situations complexes pour les proches des personnes atteintes de maladies neurocognitives (irritabilité, repli sur soi, difficulté à réaliser des activités complexes et familières...), même si les actes essentiels sont peu altérés ou les difficultés masquées ;
 - Les associations de familles de personnes atteintes de maladies neuro-évolutives font régulièrement part des difficultés rencontrées dans ces situations qui peuvent être classées en GIR 4, voire en GIR 5. « C'est souvent quand la personne malade est en GIR4, c'est-à-dire quand sa perte d'autonomie reste modérée, que l'on constate un besoin d'aide et d'accompagnement très important, notamment pour l'aidant²³. »
- La définition des activités est moins restrictive dans la grille GEVA. Par exemple, pour la toilette, « se laver » est défini de la façon suivante : « Laver et sécher son corps tout entier, ou des parties du corps, en utilisant de l'eau et les produits ou méthodes appropriées comme prendre un bain ou une douche, se laver les mains et les pieds, le dos, se laver le visage, les cheveux, et se sécher avec une serviette. » Néanmoins, il est noté dans les exclusions, entre autres, « se laver les dents ».

Activités du domaine 2 : entretien personnel : – se laver ; – assurer l'élimination et utiliser les toilettes ; – s'habiller ; – prendre ses repas.

Activités du domaine 3 : communication : – parler ; – entendre (percevoir les sons et comprendre) ; – voir (distinguer et identifier) ; – utiliser des appareils et techniques de communication.

Activités du domaine 4 : tâches et exigences générales, relations avec autrui : – s'orienter dans le temps ; – s'orienter dans l'espace ; – gérer sa sécurité ; – maîtriser son comportement. – entreprendre des tâches multiples.

²¹ La capacité fonctionnelle s'apprécie en prenant en compte tant la capacité physique à réaliser l'activité, que la capacité en termes de fonctions mentales, cognitives ou psychiques à initier ou réaliser l'activité.

²² Annexe 2-5 du CASF

²³ Huon Brigitte, vice -présidente déléguée France Alzheimer et maladies apparentées, « Les professionnels chargés de l'évaluation APA » La lettre de l'observatoire de la Fondation Médéric Alzheimer de Juillet 2019 (page 14, rubrique « la parole à ... »)

3.2 Les nombreux défauts de la grille AGGIR ont conduit à deux révisions du guide de remplissage (2008 et 2017)

Les insuffisances de la grille en tant que telle et de l'emploi qui en est fait dans le cadre de la construction des plans d'aide APA ont été pointées à de nombreuses reprises depuis plus de vingt ans :

- La grille ne prend pas en compte de façon suffisamment robuste les troubles neuro-cognitifs et les troubles du comportement. Par conséquent, des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, qui requièrent des besoins d'assistance et de présence régulières pour assurer leur sécurité ou leur stimulation, mais aussi pour permettre de mettre en place un logement adapté et de former les aidants à la gestion des troubles du comportement, peut être classée à des niveaux faibles de GIR, y compris dans des GIR 5 et 6, qui n'ouvrent pas droit à l'APA, ce qui peut avoir pour conséquence d'aggraver l'évolution des troubles ;
- La liste des dix variables dites discriminantes est trompeuse dans la mesure où seuls 8 de ces variables influent sur la détermination du GIR, les variables « déplacement à l'extérieur » et « communication à distance » n'ayant pas d'incidence sur le classement dans la catégorie. Or les capacités de déplacement à l'extérieur sont centrales pour la détermination du niveau d'autonomie et de la probabilité d'une évolution péjorative de l'état de la personne : la fréquence des sorties constitue un élément de premier plan pour les situations qui amènent à interroger la possibilité de poursuivre un maintien à domicile ;
- La grille permet de déterminer des niveaux d'incapacité et non un niveau global de dépendance et de besoins d'aide qui en découlent. Pour autant, le classement par GIR détermine des montants variables qui se trouvent de fait ne pas correspondre aux besoins d'aide et d'accompagnement des personnes et de leurs proches (dont les difficultés n'ont pas d'incidence sur le classement par GIR) ;
- Il n'existe pas de corrélation entre le niveau de dépendance tel qu'il est évalué par les GIR et le niveau de besoin. Ainsi, comme l'avait déjà montré la commission Colvez, une personne en GIR 4 ou en GIR 3 peut présenter un volume de besoins en termes d'heures d'aide à domicile (auxiliaires de vie) ou d'aides techniques supérieur à une personne classée en GIR 1 alité et bénéficiant de l'intervention de l'hospitalisation à domicile et/ou d'un SSIAD, l'implication forte des proches étant dans ce cas plus fréquente. « Une personne malade d'Alzheimer classée en GIR1, qui présente un niveau avancé de perte d'autonomie, a le plus souvent besoin d'un accompagnement sanitaire, pris en charge par l'Assurance maladie²⁴ » ;
- Par ailleurs, les faiblesses de la grille conduisent à des pratiques d'évaluation très variables selon les départements et les équipes médico-sociales, ce qui repose la question de la double fonction d'évaluateur et de financeur du département. Les départements mettent en œuvre des politiques de girage plus ou moins restrictives, une personne dans une

²⁴ Huon Brigitte, vice-présidente déléguée France Alzheimer et maladies apparentées, « les professionnels chargés de l'évaluation APA » La lettre de l'observatoire de la Fondation Médéric Alzheimer de Juillet 2019 (page 14, rubrique « la parole à ... »)

situation similaire pouvant être classée en GIR 2 ou 3 dans un département et en GIR 5 dans un autre, ce qui a été rapporté à la mission au cours de ses investigations.

Le guide de remplissage de la grille AGGIR a fait l'objet de deux ajustements, en 2008 et 2017, qui ont en particulier renforcé :

- L'importance pour les évaluateurs de prendre en compte les 4 adverbess avec une attention particulière pour « spontanément », qui permet de coter en B les activités pour lesquels il faut stimuler la personne afin qu'elle la réalise. Ces modifications doivent permettre de mieux prendre en compte les difficultés en lien avec des troubles psychiques et/ou cognitifs. Il en est de même concernant les précisions apportées pour l'adverbe « correctement²⁵ » ;
- L'importance de l'ordre d'évaluation des variables selon une logique en lien avec le déroulement d'une journée, et en veillant à placer l'orientation et la cohérence au terme de l'observation afin qu'elles bénéficient d'une logique d'enrichissement des variables (par exemple les difficultés pour alerter, qui n'ont pas d'impact sur le GIR mais doivent pouvoir éclairer la cotation de la cohérence) ;
- Le périmètre de certaines définitions a été précisé, levant des interrogations remontées par les équipes médico-sociales des départements. Ainsi, « le choix des vêtements, leur préparation (les chercher sur le lieu de rangement), leur mise à disposition et la décision d'en changer font partie de l'activité « habillage ». Pour d'autres activités, les déplacements associés ne sont pas inclus dans l'activité. Les équipes d'évaluation doivent prendre la mesure de toutes les précisions associées à chaque activité.

3.3 L'algorithme de la grille AGGIR n'a pas évolué depuis les années 1990 malgré de nombreuses critiques

Les critiques des professionnels sont nombreuses et diverses, et portent tant sur la fiabilité de mesure de l'outil, que sur la reproductibilité des évaluations, qui produisent des groupes très hétérogènes dans leurs besoins et dans leur trajectoire. Dans le cadre d'une enquête adressée par les membres de la mission IGAS chargée d'évaluer les dispositifs spécialisés en 2022, les médecins coordonnateurs, les professionnels des équipes spécialisées Alzheimer ainsi que les familles ont rappelé ce qui avait motivé en 2001 la mise en place du comité scientifique :

- « Pour la demande de l'APA, nous avons dû faire une demande de révision de la décision de refus. Cela nous a fait perdre un temps précieux, au détriment des conditions de vie de ma mère. En effet, c'est une sorte de "travailleur social" qui est venu au domicile de ma mère pour évaluer ses besoins, et malgré un dossier médical probant, ce monsieur a estimé que ma mère était GIR 5. Pourtant, sa maison était insalubre (elle refusait qu'un membre de la famille fasse son ménage depuis des mois, correspondant au temps de traitement de notre

²⁵ L'annexe 2-1 du CASF précise : « Spontanément suppose qu'il n'existe pas d'incitation ou de stimulation (ce point a souvent été sous-estimé entraînant des erreurs de codage), totalement suppose que l'ensemble des activités du champ analysé soit réalisé, habituellement fait référence au temps et à la fréquence de réalisation, et correctement recouvre trois aspects : la qualité de la réalisation, la conformité des usages et la sécurité vis-à-vis de soi et les autres ».

demande d'APA), Par ailleurs le "travailleur social" reconnaissait que la rampe d'escalier que mon frère avait installée était une très bonne chose, pour lui éviter des chutes. Il estimait donc qu'elle pouvait pourtant nettoyer les escaliers !?? et que si sa maison était aussi sale, c'était que ma mère était tout simplement quelqu'un de très sale !?? » (*Enfant de personne atteinte de la maladie d'Alzheimer*) ;

- « Les échelles de GIR ne sont actuellement plus adaptées et actualisées dans leur système de cotation, aux regards des troubles neurodégénératifs et psychiatriques des résidents entrant en EHPAD, pour avoir un accompagnement soignant de qualité et adapté. » (*Directeur d'EHPAD*²⁶)

Pour faciliter la lecture et la compréhension de l'algorithme de la grille AGGIR, la mission Igas de 2022 propose la présentation suivante :

Valeurs des variables selon code C ou code B : calcul des rangs (code A=0)										
Variables discriminantes	Modalités	Groupe A	Groupe B	Groupe C	Groupe D	Groupe E	Groupe F	Groupe G	Groupe H	
	C / B (cf. définitions ci-dessous*)	calculs des rangs avant classement en GIR 1 et GIR 2				...en GIR 3		...en GIR 4	... en GIR 4, GIR 5 et GIR 6	
Cohérence	C	2000	1500	0	0	400	200	150	0	
Orientation	C	1200	1200	0	0	400	200	150	0	
Toilette	C	40	40	40	0	400	500	300	3000	
Habillage	C	40	40	40	0	400	500	300	3000	
Alimentation	C	60	60	60	2000	400	500	500	3000	
Elimination	C	100	100	160	400	800	500	500	3000	
Transfert	C	800	800	1000	2000	800	500	400	1000	
Déplacement à l'intérieur	C	200	-80	400	200	200	500	200	1000	
Déplacement à l'extérieur	C	0	0	0	0	0	0	0	0	
Communication à distance	C	0	0	0	0	0	0	0	0	
Cohérence	B	0	320	0	0	0	100	0	0	
Orientation	B	0	120	0	0	0	100	0	0	
Toilette	B	16	16	16	0	100	100	200	2000	
Habillage	B	16	16	16	0	100	100	200	2000	
Alimentation	B	20	0	20	200	100	100	200	2000	
Elimination	B	16	16	20	200	100	100	200	2000	
Transfert	B	120	120	200	200	100	100	200	2000	
Déplacement à l'intérieur	B	32	-40	40	0	0	0	100	1000	
Déplacement à l'extérieur	B	0	0	0	0	0	0	0	0	
Communication à distance	B	0	0	0	0	0	0	0	0	
ventilation des rangs		Dès qu'un rang a été signalé, les sommations des autres rangs sont inopérants								
Sommation maximale (tout est coché en C) par groupe		4440	3660	1700	4600	3800	3400	2500	14000	
ventilation des rangs		Rang 1 : ≥ 4380; Rang 2 : ≥ 4140; Rang 3 : ≥ 3390	Rang 4 : ≥ 2016	Rang 5 : ≥ 1700; Rang 6 : ≥ 1432	Rang 7 : ≥ 2400	Rang 8 : ≥ 1200	Rang 9 : ≥ 800	Rang 10 : ≥ 650	Rang 11: ≥ 4000; Rang 12: ≥ 2000; Rang 13: < 2000	
Tester les valeurs du groupe suivant si :		Si < 3390 -> cf. groupe B	Si < 2016 -> cf. groupe C	Si < 1432 -> cf. groupe D	Si < 2400 -> cf. groupe E	Si < 1200 -> cf. groupe F	Si < 800 -> cf. groupe G	Si < 650 -> cf. groupe H		
Passage des rangs aux GIR		Rang 1 = GIR1 Rangs 2 et 3 = GIR2	Rang 4 = GIR2	Rangs 5 et 6 = GIR2	Rang 7 = GIR 2	Rang 8 = GIR 3	Rang 9 = GIR 3	Rang 10 = GIR4	Rang 11= GIR 4; Rang 12=GIR5; Rang 13= GIR 6	
*Modalité A : fait seul spontanément et totalement et habituellement et correctement (la modalité A n'apporte pas de points). Modalité B : fait seul non spontanément et/ou partiellement et/ou non habituellement et/ou non correctement. Modalité C : ne fait pas seul, ni spontanément, ni totalement, ni habituellement ni correctement. Il faut faire l'activité à la place de la personne, ou "faire faire" ou encore "refaire" en totalité et à chaque fois.										

²⁶ Les critiques sont nombreuses pour souligner l'inadaptation de la grille AGGIR aux troubles comportementaux et cognitifs. Voir par exemple : Roudier, M., & Al-Aloucy, M. J. (2004). Analyse en composantes principales de la grille AGGIR chez les patients âgés déments. *Revue neurologique*, 160(5), 555-558.

Les principales critiques trouvent ici des éléments de réponses :

- 8 variables réellement discriminantes (0 point pour les 2 autres variables dites « discriminantes », sans compter les variables illustratives) ;
- La cotation en B des variables cohérence et orientation a un poids faible voire nul (tout particulièrement pour les GIR4, GIR5 et GIR6). Ces variables ont un poids très important lorsqu'elles sont codées en C, mais un évaluateur, tout particulièrement quand il observe le quotidien d'une personne, considère difficilement que la personne est entièrement « incohérente » (terme par ailleurs très flou sur le plan médical) ; les deux sous-variables (communication et comportement) sont également difficiles à considérer entièrement comme « non fiable » pour la communication ou « non adapté » pour le comportement. Au regard de la temporalité de ces maladies et en particulier de la maladie d'Alzheimer, les capacités des personnes ne seront codées en C que durant les toutes dernières années ou mois²⁷. Avant ce stade, la cotation tendra à s'orienter vers B, tandis que l'apparition de troubles sévères qui justifie une cotation en C conduit directement à basculer du GIR 4 au GIR 2 ;
- La frontière entre GIR4 et GIR5 est parfois ténue. Ceci pose particulièrement des difficultés lorsque les personnes présentent des troubles cognitifs (cotés en B à ce stade) sans être atteints dans leur mobilité, ce qui peut être une source d'épuisement pour leurs proches.

Le comité scientifique présidé par Alain Colvez préconisait de conserver la grille AGGIR mais d'en faire un simple outil d'ouverture aux droits à l'APA (Gir 1 à 4), tandis que l'évaluation multidimensionnelle permettrait de déterminer les besoins d'aide et d'accompagnement. Quoique l'outil multidimensionnel soit aujourd'hui diffusé, les plafonds d'aide de l'APA sont toujours déterminés en fonction des GIR, alors même que l'absence de corrélation entre les groupes GIR et le niveau des besoins a été démontré. Il conviendrait par conséquent de supprimer ces distinctions et de permettre à toute personne éligible d'accéder au niveau d'aide maximum. Ceci permettrait de mettre en place un soutien renforcé pour les personnes classées en GIR 3 ou 4 qui présentent des besoins importants, et d'éviter l'entrée en établissement ;

Dans un contexte de reconnaissance mutuelle des évaluations par la grille AGGIR et de l'élaboration d'un dossier commun de demande et d'un guide d'évaluation multidimensionnel commun CNAV-CNSA, il serait par ailleurs opportun d'envisager une prise en charge par l'APA des personnes classées en GIR5 dont l'évaluation par la grille FRAGIRE de la CNAV mettrait en évidence des troubles cognitifs²⁸.

²⁷ Le rapport du comité scientifique pour l'adaptation des outils d'évaluation de l'autonomie rappelle que dans le cadre du suivi de la cohorte « Paquid », 49.3 % des personnes diagnostiquées démentes sont classées dans les groupes GIR 4, GIR 5 et GIR6. Plus de la moitié de ces personnes présentent une détérioration cognitive importante (MMS<18), en particulier les GIR 4.

²⁸ Le guide d'évaluation des besoins des retraités et élaboration des plans d'aide prévoit la réalisation de 2 tests cognitifs : le Set test d'ISAAC (STI) et le score de mémoire avec indiçage (SMI).

Du point de vue des pratiques d'évaluation, deux éléments doivent enfin être pris en compte de façon prioritaire :

- L'écoute de la volonté des personnes ;
- L'acceptation par les professionnels et les familles de la prise de risque de la personne âgée.

Par ailleurs, la réévaluation des besoins doit être conduite de façon plus régulière et dans des délais plus resserrés. Dans certains départements, la mission a constaté que les délais pour mettre en œuvre une réévaluation des besoins, notamment à l'occasion d'une sortie d'hospitalisation, étaient trop importants pour permettre de mettre en œuvre les aides nécessaires à préparer le retour à domicile. Dans un territoire visité par la mission, cette réévaluation pouvait ainsi requérir un délai d'un mois. La capacité à s'adapter avec souplesse à l'évolution des besoins doit être renforcée, quoique la possibilité de trimestrialisation des heures d'aide par les SAAD ait constitué un progrès notable de ce point de vue.

ANNEXE 2 : Conditions et limites de la vie à domicile pour les personnes âgées en perte d'autonomie

ANNEXE 2 :	CONDITIONS ET LIMITES DE LA VIE A DOMICILE POUR LES PERSONNES AGEES EN PERTE D'AUTONOMIE	23
1	AUCUNE SITUATION OBJECTIVE N'EMPECHE FORMELLEMENT DE VIVRE CHEZ SOI	26
1.1	LES LIMITES DU DOMICILE NE TIENNENT PAS STRICTEMENT A L'ETAT DE SANTE OU D'AUTONOMIE DE LA PERSONNE	26
1.2	L'ENTREE EN ETABLISSEMENT EST MULTIFACTORIELLE, ET CROISE DES ELEMENTS PROPRES A LA SITUATION DE LA PERSONNE ET DES RUPTURES DE PARCOURS	28
2	LA CAPACITE A VIVRE A DOMICILE DEPEND EN GRANDE PARTIE DES PROCHES-AIDANTS	31
2.1	L'AIDE DE L'ENTOURAGE CONSTITUE 80 % DE L'AIDE APPORTEE AUX PERSONNES AUX PLUS HAUTS NIVEAUX DE PERTE D'AUTONOMIE	31
2.2	LES PROCHES-AIDANTS JOUENT UN ROLE DETERMINANT DANS L'ENTREE EN ETABLISSEMENT	36
2.3	LES PROJECTIONS DEMOGRAPHIQUES PEUVENT LAISSER CRAINDRE UNE DIMINUTION DU NOMBRE DE PROCHES-AIDANTS, ET APPELLENT A UNE REFLEXION SUR LES AUTRES MODALITES D'AIDE POUR LES PERSONNES EN SITUATION D'ISOLEMENT SOCIAL	39
2.4	LES LOGEMENTS INTERMEDIAIRES PEUVENT POUR PARTIE REpondre A L'AFFAIBLISSEMENT DU RESEAU D'AIDE INFORMEL, MAIS NE COORDONNENT PAS LES INTERVENTIONS POUR LES PERSONNES EN SITUATION D'ISOLEMENT SOCIAL	42
2.5	LES RISQUES D'ABUS DE FAIBLESSE EXISTENT AUSSI A DOMICILE	44
3	PARALLELEMENT A L'AIDE INFORMELLE, LA VIE A DOMICILE SUPPOSE UNE AIDE PROFESSIONNELLE SUFFISANTE ET ADAPTEE AVEC LES MOYENS RH ET FINANCIERS REQUIS	44
3.1	DU FAIT DES DIFFICULTES DE RECRUTEMENT ET D'UN MANQUE DE DIVERSIFICATION DE L'OFFRE, L'ACCES A UNE AIDE A DOMICILE ADAPTEE N'EST PAS GARANTI	44
3.2	S'AGISSANT DU SUIVI EN SANTE, LES DIFFICULTES TERRITORIALES D'ACCES AUX SOINS ET L'INSUFFISANCE DES VISITES A DOMICILE SONT SUSCEPTIBLES DE FRAGILISER LA CAPACITE A VIVRE CHEZ SOI, ET CE MALGRE LA MISE EN PLACE DES DISPOSITIFS D'APPUI A LA COORDINATION	49
3.3	LE CONCEPT D'EHPAD « HORS LES MURS » N'A PAS ENCORE TROUVE SES MARQUES	51
3.4	QUOIQUE L'ETAT DE SANTE NE DETERMINE PAS EN TANT QUE TEL L'ENTREE EN ETABLISSEMENT, LES DIFFICULTES DE LA PERSONNE A SUIVRE LES PLANS DE SOINS PEUVENT RENDRE COMPLEXE SON ACCOMPAGNEMENT AU DOMICILE	52
3.5	EN CAS D'HOSPITALISATIONS REPETEES, L'ETABLISSEMENT PEUT S'IMPOSER COMME UNE SOLUTION PLUS SURE ET PLUS FONCTIONNELLE POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTE ET LES FAMILLES	55
4	LE MAINTIEN A DOMICILE NECESSITE UN TRAVAIL SUR L'ADAPTATION DE L'HABITAT ET DE L'ENVIRONNEMENT DE VIE	57

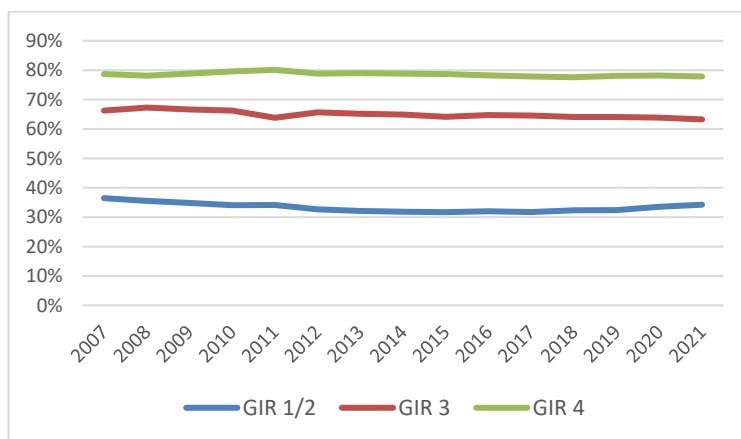
RAPPORT IGAS N°2023-014R (ANNEXES)

4.1	LES CARACTERISTIQUES DU LOGEMENT PEUVENT INFLUER DE FAÇON SIGNIFICATIVE LA POSSIBILITE DE CONTINUER A VIVRE CHEZ SOI.....	57
4.2	LES BESOINS D'ADAPTATION DU PARC PRIVE SEMBLANT PARTICULIEREMENT IMPORTANTS	58
4.3	DES DIFFICULTES SPECIFIQUES APPARAISSENT POUR LE LOGEMENT SOCIAL.....	61

La priorité accordée au domicile a été réaffirmée dans l'ensemble des productions publiques et plans nationaux consacrés aux personnes âgées au cours des soixante dernières années. Dès 1962, le rapport Laroque soulignait que l'aspiration première des personnes était de rester chez elles « aussi longtemps que possible », et que les politiques du grand âge devaient se donner comme ambition de permettre la réalisation de ce souhait. Les plans élaborés depuis le début des années 2000 (plan vieillissement et solidarité de 2003, plan solidarité grand âge de 2006, plan Alzheimer 2008-2012, plan maladies neuro-dégénératives 2014-2019, feuille de route maladies neuro-dégénératives...) ont réaffirmé cet objectif, en déclinant les actions à conduire pour permettre de repousser les limites du maintien à domicile (développement de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire, déploiement des équipes spécialisées Alzheimer, adaptation des logements, diversification de l'offre de services à domicile etc.)

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

Graphique 1 : Part des personnes bénéficiaires APA à domicile sur l'ensemble des bénéficiaires APA



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

Comme l'a souligné le Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA) en 2020, les proportions sont restées inchangées depuis un demi-siècle : « près de 9,5 % des personnes âgées de 75 ans ou plus vivaient en 2015 en maisons de retraite et établissements de santé (services de moyen et de long séjour), soit une proportion quasiment identique à celle observée en 1968 (9 %)²⁹ ».

A ce titre, les projections réalisées par l'administration à horizon 2030, qui visent une baisse de 4 à 5 points du taux de personnes vivant en établissement, représenteraient une rupture nette avec les tendances de long terme. Cette rupture serait d'autant plus profonde qu'elle intervient au moment où le nombre de personnes âgées en perte d'autonomie est appelé à passer progressivement de 2,9 M en 2022 (dont 1,4 M de bénéficiaires APA) à 3,4 M en 2030 (dont 1,6 M

²⁹ HCFEA, « Le recours des personnes âgées vulnérables aux emplois et services d'aide à domicile », avril 2020, p.9.

de bénéficiaires APA), puis à 4,8 M en 2050 (dont 2 M de bénéficiaires APA)³⁰. Elle supposerait à ce titre une amélioration d'ampleur des conditions de la vie à domicile, qui puisse conduire à faire reculer les situations-limites et à éviter l'entrée non souhaitée en établissement, le sujet ne pouvant être uniquement approché en termes de réduction des dépenses publiques induite par la diminution de la proportion de personnes en établissement (voir annexe « Aide et accompagnement à domicile »).

La présente annexe se concentre sur les conditions à réunir pour de telles améliorations au domicile privé, quoique certains de ses constats s'appliquent également aux domiciles partagés (résidence autonomie, résidence service seniors, habitat inclusif, colocation, béguinage...). Les développements spécifiques aux autres types d'habitats sont traités dans les annexes dédiées.

1 Aucune situation objective n'empêche formellement de vivre chez soi

1.1 Les limites du domicile ne tiennent pas strictement à l'état de santé ou d'autonomie de la personne

Les limites du « maintien à domicile » ne tiennent pas à la situation objective de la personne mais à la façon dont la personne et l'entourage interagissent avec cette situation³¹. Les pathologies ne sont pas en tant que telles des limites au domicile, les états aigus pouvant par ailleurs donner lieu à des hospitalisations lorsque cela est nécessaire³². « Ce n'est pas l'état de santé objectif qui décide une personne âgée à entrer en EHPAD, mais bien la perception qu'elle a de son état de santé. Cette évaluation toute subjective pourrait expliquer la présence en EHPAD de résidents présentant une faible dépendance, évaluée par des GIR 5 et 6³³. Aussi, un malaise, une chute sans gravité peuvent amener la personne âgée, par anticipation d'une dégradation de son état de santé et pour des raisons de sécurité, à faire le choix d'entrer en institution³⁴ ».

De nombreuses personnes vivent à domicile avec des pathologies lourdes, des troubles neuro-cognitifs avancés, en situation d'obésité morbide ou en fin de vie. A ce jour, plus d'un tiers des personnes classées en GIR 1-2 (c'est-à-dire pour lesquelles l'état de dépendance a fait l'objet d'une

³⁰ Selon le scénario intermédiaire du modèle Livia de la DREES.

³¹ Voir notamment Bernard Ennuyer, « Les limites du maintien à domicile et la question des coûts », dans Repenser le maintien à domicile, 2014, .235-254, Simeone I., Tanzi F., 1983, « Le maintien à domicile des personnes âgées : limites, dangers, et responsabilités », *La revue de gériatrie*, tome 8, N°4 et 5.

³² Henrard J.C, Ankri J., 2003, *Vieillesse, grand âge et santé publique*, Rennes, EHESP.

³³ Il faut également prendre en considération les personnes classées en GIR 5 et GIR 6 qui n'ont pas encore de répercussions sur les actes essentiels de la vie quotidienne. Le rapport du comité scientifique pour l'adaptation des outils d'évaluation de l'autonomie (janvier 2003) rappelle que l'étude réalisée dans le suivi de la cohorte Paquid a montré que 49,3 des personnes diagnostiquées démentes par le Mini Mental State sont classées dans les groupes GIR 4 à 6, et que plus de la moitié de ces sujets présentent une détérioration cognitive sévère selon le MMS (<18), en particulier les sujets classés en GIR 4.

³⁴ Muriel Manent et Véronique Protat, « Les facteurs déclenchant l'entrée en EHPAD : état de la connaissance bibliographique », Géroto-Clef, 2011.

évaluation médico-sociale formelle³⁵), qui nécessitent une prise en charge continue pour la quasi-totalité ou la totalité des activités de la vie courante, vivent à domicile. Les limites ne tiennent pas à la situation mais à la façon dont la personne envisage et accepte cette situation, à l'accès à une aide adaptée, à sa volonté de prendre le risque de rester chez elle en dépit de sa fragilité, et à la volonté des familles et des professionnels.

La prise de risque et la négociation

La vie à domicile pour des personnes en situation de perte d'autonomie implique un travail avec les professionnels et les familles sur l'acceptation de la prise de risque de la personne âgée. Comme le notait l'étude conduite pour la DREES en 2008, « la question des risques consentis et inacceptables apparaît comme un élément central des processus qui participent à rompre avec les orientations majeures du « maintien à domicile³⁶ » ». Pour de nombreuses personnes, l'entrée en établissement est vécue comme une contrainte, les pratiques de recueil de consentement pouvant être assez formelles, notamment lorsque la personne est en séjour hospitalier. La présence de services à domicile auprès de la personne fait partie des facteurs prédisposant à l'entrée en établissement (voir *infra*), notamment parce que la détection de difficultés par les services peut conduire à orienter les familles et les personnes vers une entrée en établissement ou parce que les limites rencontrées par les services dans leur accompagnement de la personne (agressivité, refus de l'aide, lourdeur de la charge, difficulté à assurer suffisamment de passages) peuvent constituer un facteur déclenchant pour l'orientation vers l'établissement.

L'étude de la DREES distingue à ce propos trois cas de figure :

- La personne est écartée des décisions au nom des risques encourus, jugée incompétente pour prendre la mesure des dangers, ce qui occasionne le plus souvent la résistance de la personne ;
- La priorité est donnée à la protection de l'aidant, les professionnels mettant au premier plan les intérêts des proches et notamment des enfants de la personne ;
- Le dispositif professionnel se protège contre une éventuelle mise en jeu de sa responsabilité, souvent à la faveur d'une alliance entre les familles et les professionnels.

A ce titre, l'idée d'un recentrage des établissements sur les GIR 1-2 qui guiderait la politique publique de « virage domiciliaire », comme toute projection qui aborderait le départ du domicile uniquement sous l'angle de l'état de santé ou de la situation d'autonomie de la personne, se fondent sur une représentation partielle et inadéquate du contexte et parcours de vie des personnes âgées autant que des motifs d'entrée en établissement, et ne correspondent pas aux résultats de la littérature.

³⁵ Le non recours à l'APA à domicile est considéré comme avoisinant les 20-28 % (<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/dd10.pdf>) et est vraisemblablement moindre à mesure que la perte d'autonomie s'accroît.

³⁶ Jean Mantovani, Christine Rolland, Sandrine Andrieu, « Etude sociologique sur les conditions d'entrée en institution des personnes âgées et les limites du maintien à domicile », DREES, Etudes et résultats, n°83, novembre 2008.

1.2 L'entrée en établissement est multifactorielle, et croise des éléments propres à la situation de la personne et des ruptures de parcours

La littérature distingue ainsi des éléments prédisposant à l'entrée en établissement, et des facteurs déclenchant l'entrée³⁷.

Au titre des facteurs prédisposants, on compte :

- **L'âge**, qui constitue le principal facteur d'entrée en établissement. A niveau de santé et à autonomie équivalents, la personne plus âgée tend à être moins maîtresse de sa décision, les enfants prenant la décision d'une entrée en établissement, notamment lorsqu'ils sont éloignés ;
- **L'état de santé perçu**, qui se distingue de l'état de santé objectif (voir *supra*). C'est traditionnellement à l'occasion d'une chute ou d'une hospitalisation que la perception de la fragilité augmente, et que l'entrée en établissement apparaît comme inéluctable (voir *infra*, facteurs déclenchants). En revanche, l'état de santé n'est pas nécessairement considéré comme un facteur prioritaire d'entrée en établissement par les experts interrogés (voir *infra* les résultats de la thèse de Jean-Michel Caire relative à l'entrée en établissement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer) ;
- **Le statut marital** a des effets ambigus sur l'entrée en établissement, la vie en couple pouvant influencer dans des directions diverses sur la situation des personnes (aide supplémentaire ou tendance au repli et à l'autarcie du couple qui peut être délétère en termes de risque de perte d'autonomie). Néanmoins, le célibat rend difficile le maintien à domicile lorsqu'il est associé à une faiblesse du réseau relationnel et du réseau d'aide informelle, ou à une situation d'isolement et de marginalité sociale : ainsi, 17 % des personnes sont célibataires en établissement, contre 7 % à domicile³⁸. Par ailleurs, le décès du conjoint constitue un facteur déclenchant central pour l'entrée en établissement (voir *infra*) ;
- **Les effets des troubles cognitifs** que sont les fugues répétées, les troubles du comportement et plus encore le moment où l'aidé ne reconnaît plus l'aidant³⁹ ; Dans le cadre d'une enquête auprès de proches-aidants de personnes atteintes de maladies d'Alzheimer et présentant des troubles du comportement à domicile (rapport 2022 de IGAS : « évaluation des dispositifs spécialisés de prise en charge des personnes atteintes de maladies neurodégénératives »), les proches ont décrits en moyenne près de 3 troubles avec plus d'une fois sur deux de l'anxiété et l'irritabilité puis de l'hypoactivité/apathie (43 %) qui ont

³⁷ Voir notamment Muriel Manent, Véronique Protat, « Les facteurs déclenchant l'entrée en EHPAD : l'état de la connaissance bibliographique », *Géronto-clef*, février 2011 ; Miller, Weissert, « Synthèse des facteurs prédictifs de placement en institution de personnes âgées en institution, 2000 ;

³⁸ IPP, Vieillir à domicile

³⁹ Synthèse des facteurs prédictifs de placement en institution de personnes âgées de 65 et plus. MILLER et WEISSERT, 2000. Etude sociologique sur les conditions d'entrée en institution des personnes âgées et les limites du maintien à domicile. DREES, n°83 – novembre 2008, MANTOVANI J., ROLLAND C., ANDRIEU S. L'entrée des personnes âgées en institution en Alsace. Rapport final, ORS Alsace, POLESI H., BENAÏM A., NORDEMAN P., IMBERT F. Pourquoi certaines personnes âgées n'envisagent-elles pas plus sereinement une éventuelle entrée en maison de retraite ? Etude Clic des aînés et l'ODS Observatoire des Données Sociales de Rouen.

des répercussions importantes sur les habitudes de vie du couple aidant/aidé, tout particulièrement sur leur vie sociale et également sur leurs habitudes de vie au quotidien (répartition des tâches...). Plus d'une fois sur trois, la personne présente de l'opposition et du refus, ce qui ne facilite pas la mise en place d'aide et d'interventions extérieures avec un risque important d'isolement et d'épuisement du proche aidant. Les troubles du rythme veille-sommeil sont fréquents et signalés par près d'un tiers des personnes. Ces troubles altèrent fortement la santé du proche et aggravent sa fatigue physique par un manque de sommeil. L'agressivité et les idées délirantes ne sont pas rares et concernent entre un cinquième et un quart des personnes. Les symptômes les plus « perturbateurs » que sont la désinhibition, l'agitation, la déambulation sont signalés dans 12 à 17 % des cas et témoignent de situations extrêmement difficiles vécues à domicile par le couple aidant-aidé.

- **Les antécédents d'hospitalisation et d'accueil en institution (accueil temporaire, accueil de jour)**, qui induisent une plus grande familiarité de la famille et de la personne âgée avec l'institution, un recours plus spontané à l'établissement, et une moindre culpabilité à y recourir ;
- **La richesse du réseau relationnel et la participation à la vie sociale** constitue le facteur prédominant. Ce facteur n'est pas strictement corrélé au statut marital, ni au fait d'avoir eu des enfants, même si certains résultats trouvent une plus forte probabilité d'entrée en institution pour les personnes sans enfant⁴⁰. En revanche, plus le nombre d'aidants potentiels est élevé, plus la probabilité de pouvoir continuer à vivre à domicile s'accroît : le fait de n'avoir qu'un aidant accroît ainsi la probabilité d'entrer en établissement. Ce résultat est particulièrement éclairant pour les dynamiques des années prochaines dans la mesure où le nombre d'aidants potentiels, du fait de la déconjugalisation et de la réduction du nombre d'enfants par famille, est appelée à décroître (les personnes âgées dépendantes actuelles ont eu de nombreux enfants – les babyboomers – tandis que les babyboomers eux-mêmes en ont eu moins). Par ailleurs, la réduction du nombre de sortie et le repli, qui peuvent être associés à une baisse de la mobilité et à des troubles de l'humeur (anxiété, dépression, troubles cognitifs, addictions) constituent des points critiques pour le maintien à domicile ;
- **L'inadaptation du logement**. L'inadaptation du logement peut constituer un facteur de premier plan pour une orientation en établissement ou en habitat intermédiaire, comme l'a constaté la mission auprès des habitats concernés, soit que le domicile privé ne soit pas accessible, soit qu'il présente des conditions trop peu adaptées aux limitations fonctionnelles de la personne ou à l'intervention des professionnels. Au-delà du logement, c'est l'ensemble de l'environnement de vie qui doit être considéré (difficultés éventuelles à sortir de l'immeuble, largeur des trottoirs pour les piétons, accessibilité des commerces, des services et des transports en commun, adaptation globale du quartier et de la ville aux personnes âgées, ainsi qu'aux personnes atteints de démence⁴¹) ;

⁴⁰ Freedman V.A., "Family structure and the risk of nursing home admission", The Journals of Gerontology: Series B, 51B(2), S61-S69, 1996.

⁴¹ A la suite des initiatives portées par le réseau « Villes amies des aînés », Rennes a ainsi mené des actions pour devenir une ville « dementia friendly ». Voir sur ce point, « Vers une société « dementia-friendly » envers les personnes vivant avec des difficultés cognitives : enjeux et moyens mis en œuvre », EHESP, 2018.

- **Les revenus et les ressources financières** ont des effets ambigus : l'entrée en établissement peut être retardée pour des personnes ou des familles qui ne disposent pas de ressources suffisantes. A l'inverse, lorsque le niveau de besoin à domicile devient très élevé et nécessite une permanence permanente, le recours à une aide adaptée (garde de nuit, présence de plusieurs heures quotidiennes...) devient inaccessible en dehors du dernier décile de la population (voir annexe « Aide et accompagnement à domicile »).

Ces facteurs constituent des éléments qui augmentent les probabilités d'une entrée future en établissement. C'est le plus souvent à l'occasion de **facteurs déclenchants** que ces facteurs prédisposants vont faire cheminer voire conduire à une entrée effective :

- **La défection du réseau d'aide**, notamment à l'occasion du décès du conjoint, de l'épuisement de l'aidant, ou du renoncement à l'aide de la famille qui prend la décision d'une entrée en établissement ;
- **Le manque de ressources d'aide ou de soin** ;
- **Plusieurs chutes consécutives**, qui, indépendamment de l'état de santé ou du niveau d'autonomie de la personne, matérialisent la fragilité⁴² de la personne et imposent la nécessité d'une mise en sécurité. « Suite à une chute, avec conséquences plus ou moins graves, la personne est hospitalisée, entre en convalescence, avant d'être rapidement orientée vers une structure de type EHPAD. Le poids de la chute dans la décision de placement ne tient pas seulement à ses éventuelles conséquences objectivables, mais apparaît surtout liée à sa dimension symbolique. La chute sanctionne un état de fragilité de la personne dans lequel elle n'apparaît plus en mesure de se gouverner elle-même. Elle signifie le statut d'une vieille femme devenue « dépendante »⁴³, justifiant en tant que telle de devenir l'objet de décisions exogènes. Le risque de la chute signifie tous les autres (celui de l'isolement, de la malnutrition...) en même temps qu'il en fait abstraction. Il apparaît comme le risque socialement inacceptable par excellence. La reconnaissance exogène du danger coupe court à la réflexion sur les éventuels moyens mobilisables au service d'une prévention de l'accident. La combinaison « risque de chute » et « isolement » apparaissent comme les

⁴² « Le terme de fragilité employé dans la littérature géro-geriatrique vise à décrire la réduction multi-systémique des réserves fonctionnelles qui apparaît chez certaines personnes âgées, limitant les capacités de leur organisme à répondre au stress, même mineur. Cet état d'instabilité physiologique expose l'individu à un risque de décompensation fonctionnelle, de perte d'autonomie, d'institutionnalisation et de décès. » « Le phénotype de fragilité identifié par Fried comporte les cinq dimensions suivantes : fatigue ou mauvaise endurance, diminution de l'appétit, faiblesse musculaire, ralentissement de la vitesse de marche, sédentarité ou faible activité physique. » Nicolas Sirven, « Fragilité et prévention de la perte d'autonomie, Une approche en économie de la santé », Irdes, Questions d'économie de la santé, n° 184, février 2013.

⁴³ La dépendance à autrui pour réaliser les actes essentiels de la vie (définition légale de la dépendance depuis 1997) correspond à une limitation de l'autonomie fonctionnelle (faire seul les activités) qui ne doit pas être confondue avec l'autonomie décisionnelle. Les limitations de l'autonomie fonctionnelle ne signifient pas que l'avis de la personne dépendante ne doit pas être recherché. A défaut du consentement, lorsque la personne n'est plus en mesure de l'exprimer, la recherche de l'assentiment doit être systématique pour apprécier les conditions dans lesquelles la personne souhaite vivre.

composantes les plus courantes et les plus souvent évoquées pour justifier le besoin de faire appel à des ressources nouvelles⁴⁴ » ;

- **Une dégradation brutale de l'état de santé (chute, accident vasculaire cérébral, œdème aigu du poumon, décompensation d'un diabète, décompensation d'une pathologie psychiatrique, troubles du comportement aigus...), un état de dénutrition, altération de l'état général ou toute autre cause d'hospitalisation ;**
- **L'aggravation de l'isolement** lorsque la personne ne peut plus se déplacer seule, qui peut être renforcée par le décès du conjoint et l'éloignement de l'entourage. Comme cela a été indiqué à la mission par les gestionnaires d'habitats alternatifs, la décision de chercher un autre type d'habitat correspond à deux pertes de capacités dans les activités de la vie quotidienne : la capacité à cuisiner, et la capacité à conduire (variables dites « illustratives » qui n'ont pas d'incidence sur le classement en GIR, l'item « déplacement extérieur », pourtant classé dans les variables discriminantes, n'ayant pas non plus d'incidence sur le groupe iso-ressource et sur l'accès à la prestation ou son niveau ; cf annexe « Evaluation des besoins »). La perte de la conduite peut en effet accroître l'isolement des personnes, notamment lorsqu'elles ne vivent pas dans un centre urbain, à proximité immédiate des services et des commerces. Pour des personnes à plus haut niveau de perte d'autonomie, l'incapacité totale à se déplacer rend très difficile le maintien au domicile lorsque la personne est isolée, et ne peut donc plus avoir d'interactions quotidiennes ;
- **La présence de services professionnels à domicile**, qui peuvent favoriser l'orientation des personnes vers des établissements lorsque la situation se dégrade.

2 La capacité à vivre à domicile dépend en grande partie des proches-aidants

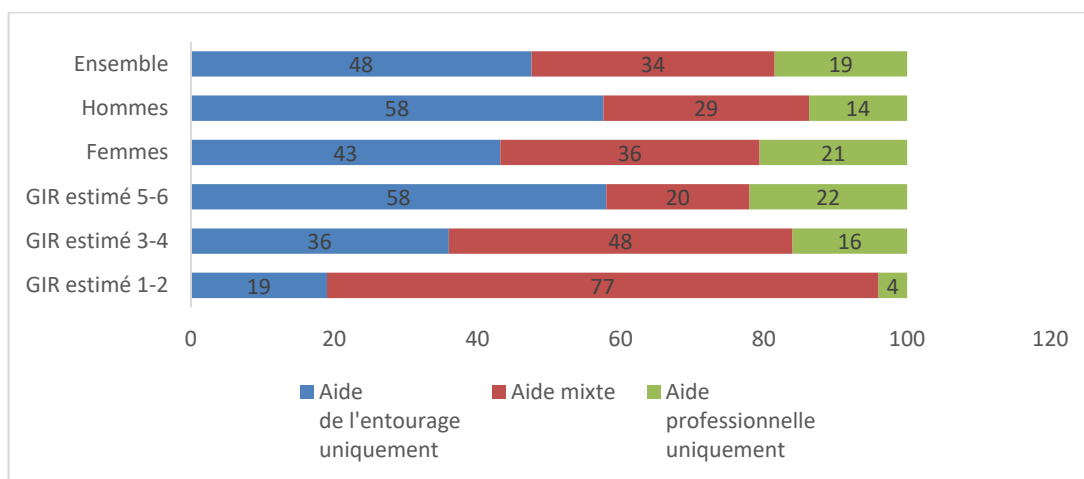
2.1 L'aide de l'entourage constitue 80 % de l'aide apportée aux personnes aux plus hauts niveaux de perte d'autonomie

81 % des personnes âgées qui bénéficient d'une aide à domicile reçoivent une aide de leur entourage, contre 19 % qui déclarent ne recevoir qu'une aide professionnelle⁴⁵. Au sein de la première catégorie, 48 % ne reçoivent d'aide que de l'entourage, et 34 % reçoivent une aide professionnelle et une aide de l'entourage. La part des personnes qui ne reçoivent qu'un type d'aide diminue avec le niveau de dépendance : pour les personnes estimées en GIR 1-2, 77 % reçoivent une aide mixte, 19 % une aide de l'entourage uniquement, 4 % une aide uniquement professionnelle.

⁴⁴ DREES, Etudes et recherches, Jean Mantovani, Christine Rolland, Sandrine Andrieu, « Etude sociologique sur les conditions d'entrée en institution des personnes âgées et les limites du maintien à domicile », n°83, novembre 2008.

⁴⁵ Le terme d'« aide professionnelle » recouvre ici tous les types de professionnels : aides à domicile, aides-soignants, infirmiers...

Graphique 2 : Part de l'aide de l'entourage, professionnelle et mixte par sexe et GIR estimé de la personne aidée (en %)



Source : DREES, *Etudes et résultats*, « Un senior à domicile sur cinq aidé régulièrement pour les tâches du quotidien », 2019

Parmi les aidants quotidiens (44 % des aidants, dont 26 % plusieurs fois par semaine), l'aide est en moyenne de 3 heures par jour. 36 % sont un conjoint et 48 % un enfant de la personne aidée, tandis que 5 % ne sont pas membres de la famille. 50 % d'entre eux résident avec la personne aidée. En dehors du conjoint, 23 % cohabitent avec la personne, dans 40 % des cas à la faveur d'une « re-cohabitation » après le décès du conjoint⁴⁶.

La population des proches aidants

Synthèse du dossier de la DREES, n°45, novembre 2019

Xavier Besnard, Mathieu Brunel, Nadège Couvert, Delphine Roy, « Les proches aidants des seniors et leur ressenti sur l'aide apportée. Résultats des enquêtes « CARE » auprès des aidants (2015-2016) »

« En France métropolitaine, 3,9 millions de proches aidants déclarés par une personne âgée de 60 ans ou plus vivant à domicile lui apportent une aide régulière, en raison de son âge ou d'un problème de santé, pour l'un au moins des trois grands types d'aides (vie quotidienne, soutien moral, aide financière ou matérielle). La moitié des proches aidants sont des enfants du senior, un quart sont des conjoints. Les conjoints et enfants des seniors représentent 8 proches aidants sur 10. Les seniors vivant en établissement d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD, EHPA, USLD) sont également aidés par 720 000 proches aidants.

La majorité des aidants des seniors vivant à domicile sont des femmes (59,5 %). Plus le lien familial avec la personne âgée aidée est fort, et moins la majorité de femmes est importante. Parmi les aidants qui cohabitent avec la personne aidée, conjoints et enfants cohabitants, on trouve ainsi presque autant d'hommes que de femmes.

⁴⁶ Roméo Fontaine, « L'implication des proches aidants dans le maintien de l'autonomie des personnes âgées », *Med Sci*, décembre 2020, p. 1188-1195.

Par ailleurs, la relation d'aide s'inscrit le plus souvent dans une situation de proximité géographique. En effet, la plupart des aidants habitent à proximité immédiate du senior puisque les trois quarts des enfants aidants qui ne cohabitent pas avec le senior habitent à moins de 30 km et à moins de 40 minutes du domicile du senior.

Les enfants cohabitants connaissent une situation de vie plus défavorable que les enfants non cohabitants. Ils sont moins souvent en couple (26 % contre 71 % des enfants non cohabitants), 62 % sont sans enfants (contre 18 % chez les enfants non cohabitants). Ce phénomène touche principalement les hommes (74 % des hommes cohabitant avec leur parent aidé n'ont pas d'enfants, contre 51 % des femmes). La situation sur le marché de l'emploi est également défavorable aux enfants cohabitants : ils sont ainsi plus souvent au chômage (12 %) et inactifs pour cause d'invalidité (9 %) que les enfants non cohabitants (7 % et 3 % respectivement).

Le nombre total de proches aidants est relativement stable selon l'âge de la personne aidée pour les seniors âgés de moins de 75 ans. Il augmente ensuite jusqu'à 85 ans, avant de diminuer aux grands âges, âges auxquels la dépendance accrue suscite des départs en institution, et auxquels les seniors aidés sont par ailleurs davantage exposés à la mortalité. Toutefois, le nombre de conjoints aidants est relativement stable auprès des seniors âgés de moins de 85 ans. L'augmentation du nombre d'aidants observée chez les seniors âgés de 75 ans à 85 ans correspond surtout à une intervention croissante des enfants.

Les activités de la vie quotidienne les plus fréquemment déclarées sont les aides aux courses (62 %), aux démarches médicales (53 %), aides aux tâches administratives (43 %) et aides au bricolage (40 %). La participation aux aides à la vie quotidienne est très importante quelle que soit la catégorie d'aidants. Parmi l'ensemble des proches aidants, **les aidants cohabitants** – et a fortiori les enfants aidants qui cohabitent avec le senior – **sont ceux qui sont impliqués dans le plus grand nombre d'aides à la vie quotidienne. L'aide apportée est genrée puisque toutes catégories d'aidants confondues, les femmes aident plus souvent pour le ménage (+6,9 points de pourcentage), la gestion administrative (+5,7) et pour se laver ou s'habiller (+4,5 points).**

Un peu moins d'un aidant sur deux (47 %) déclare au moins une conséquence négative de l'aide apportée au senior sur sa santé. Ces effets négatifs sont moins souvent déclarés lorsque le lien familial avec le senior est plus distant : le fait de déclarer au moins une conséquence négative sur la santé est plus fréquent parmi les aidants conjoints (64 %) que parmi les enfants cohabitants (45 %) ou non cohabitants (44 %). »

Les personnes classées en GIR 1 et 2 qui vivent à domicile déclarent pour la moitié d'entre eux recevoir une aide de l'entourage d'une durée de plus de 35 heures par semaine pour les activités de la vie quotidienne, l'aide professionnelle venant en complément, à 9 heures par semaine pour la moitié d'entre eux. Dans l'état actuel du système, l'augmentation du volume de besoin d'aide correspond pour l'essentiel à une augmentation du volume d'aide apportée par les proches-aidants. Ainsi, le volume médian d'aide professionnelle est multiplié par 4,5 entre un GIR 4 et un GIR 1-2, de 2h à 8h55 par semaine, lorsqu'il est multiplié par 6 pour l'aide de l'entourage, de 5h55 à 35h40 par semaine.

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

	Volume total médian d'aide déclarée ¹ [Q1 ; Q3] ¹	Volume médian d'aide apportée par l'entourage	Volume médian d'aide apportée par un professionnel
Ensemble	7 h 55 [3 h ; 20 h 50]	5 h	0 h 55
GIR estimé 1-2	53 h 40 [29 h 40 ; 95 h 25]	35 h 40	8 h 55
GIR estimé 3	27 h 45 [14 h 50 ; 61 h 20]	19 h 35	5 h
GIR estimé 4	10 h 10 [4 h ; 22 h 45]	5 h 55	2 h
GIR estimé 5-6	5 h [2 h ; 11 h 55]	3 h	0 h

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

L'augmentation du besoin d'aide conduit davantage à augmenter la charge qui pèse sur l'aidant qu'à augmenter le nombre d'aidants. En effet, plus d'un senior aidé sur deux reçoit une aide d'un seul membre de son entourage, à laquelle peut s'ajouter ou non celle d'un professionnel. En termes de volume horaire, les aides de l'entourage et les aides professionnelles sont sans commune mesure : les aidants apportent quatre fois plus de temps d'aide que les aides de professionnels pour les GIR 1 à 3. Cela semble indiquer une faible substituabilité entre aide de l'entourage et aide de professionnels, ce qui peut expliquer certaines entrées en Ehpad lorsque l'aide de l'entourage ne suffit plus à suivre l'évolution des besoins de la personne âgée. Si les personnes en GIR 1-2 ont en moyenne un nombre légèrement plus élevé de proches-aidants, la différence est sans lien avec l'augmentation du nombre d'heures d'aide :

Tableau 2 : Nombre moyen d'aidants de l'entourage et volume médian d'aide apportée à domicile par GIR estimé

GIR estimé	Nombre moyen d'aidants de l'entourage	Volume médian d'aide apportée par l'entourage
GIR 1-2	1,7	35h40
GIR 3	1,5	19h35
GIR 4	1,5	5h55

Source : DREES, enquêtes CARE, 2016, traitement mission

Selon la typologie construite par la DREES, un quart des aidants (tous types d'aïdés confondus⁴⁷), soit 1,84 million de personnes, appartiennent à la catégorie des aidants « les plus impactés ». Au sein de cette catégorie, 26 % appartiennent au groupe A, qui comprend les aidants apportant 34 heures ou plus d'aide par semaine, et 24 % au groupe B, qui comprend les aidants apportant de 20 à moins de 34 heures par semaine.

Or l'état de santé de l'aidant tend à se dégrader à mesure de l'augmentation de l'aide apportée.

Les effets sur la santé physique et psychique de l'aide sont bien documentés et mettent notamment en lumière dans la population des proches-aidants :

- Une dégradation de la santé physique, qui se traduit par une prévalence plus élevée de maladies chroniques, de maladies coronariennes et AVC, d'un taux de cholestérol et d'indices d'hormones de stress plus élevés ;
- Une dégradation plus importante encore de la santé mentale, avec un niveau plus élevé de syndromes dépressifs, et une vulnérabilité plus marquée à l'isolement social, en particulier pour les proches-aidants de personnes lourdement dépendantes ;
- Une moindre continuité de soins et une surconsommation de médicaments ;
- Selon certaines études, un taux de mortalité supérieur au sein de la population des aidants⁴⁸.

Les femmes aidantes apparaissent comme la population la plus touchée par la dégradation de la santé psychique, et présentent une prévalence élevée de symptômes dépressifs, tandis que les conjoints et les proches aidants cohabitant avec la personne aidée déclarent de façon générale une santé plus dégradée.

A l'inverse, lorsque l'aide apportée est modérée, le fait d'être aidant peut avoir des effets bénéfiques sur la santé. A un âge avancé, l'apport d'une aide légère (peu d'heures d'aide hebdomadaires, aide partagée entre plusieurs personnes de l'entourage et professionnels) est associé à risque réduit de mauvaise santé mentale chronique. Quoique ces aidants puissent déclarer des niveaux plus élevés de stress, ces éléments sont compensés par le sentiment de satisfaction, la qualité de la relation et le sens trouvé dans l'aide apportée.

Ces résultats rejoignent les attentes des proches-aidants, qui concernent avant tout un accompagnement social et médico-social approprié pour les personnes aidées. Comme l'a rappelé le rapport de l'IGAS relatif au soutien aux aidants et aux solutions de répit, les premières attentes des aidants concernent la lisibilité des aides et des offres de services disponibles pour améliorer l'aide extérieure apportée à la personne aidée et ainsi les soulager, le soutien psychologique, la qualité de l'accompagnement, notamment pour les démarches administratives et les formations.

⁴⁷ Les Dossiers de la DREES, « Les proches aidants : une population hétérogène », n°110, mai 2023. Cette étude analyse la population des aidants quelle que soit la personne aidée à domicile (personne âgée, enfant, personne malade...) Les chiffres donnés ne s'appliquent donc pas à la catégorie des proches aidants d'une personne âgée en situation de perte d'autonomie.

⁴⁸ Une revue de littérature relative à ces questions peut notamment être trouvée dans le travail suivant : Observatoire Régional de Santé, Ile-de-France, « Santé des proches aidants et interventions en santé publique. Analyse de la littérature internationale », octobre 2020.

Dans ces conditions, la volonté de maintenir plus longtemps les personnes à domicile implique d'interroger deux aspects :

- **Le renoncement des proches-aidants** à accompagner la personne à domicile, que ce renoncement soit le fait d'un épuisement, d'une charge trop lourde au regard de leurs disponibilités, ou d'une angoisse vis-à-vis de la santé et de la sécurité de la personne ;
- **La situation des personnes qui n'ont pas ou peu d'aidants**, du fait d'un isolement social et familial, et dont la proportion pourrait augmenter dans les années à venir.

2.2 Les proches-aidants jouent un rôle déterminant dans l'entrée en établissement

La richesse du réseau d'aide informel diminue la probabilité d'entrer en établissement. A l'inverse, la disponibilité d'un seul proche-aidant majore le risque de placement⁴⁹, et *a fortiori* l'absence d'aidant⁵⁰. Pour des personnes qui disposent d'un faible réseau informel, et vivent dans des situations de relatif isolement familial, la perte de mobilité, l'incapacité à sortir de chez soi et l'incapacité aux transferts peuvent constituer des facteurs déclenchants, qui conduiront la personne ou les équipes professionnelles à envisager une entrée en établissement. Par ailleurs, si les plans d'aide APA sont susceptibles de financer des aides à la vie sociale et aux transports, le recours à ces aides décroît lorsque les besoins d'aide aux activités de la vie quotidienne augmentent, dans la mesure où les besoins les plus immédiats sont privilégiés dans les limites du plafond⁵¹. Ainsi, la volonté de repousser les limites du domicile suppose un renforcement important des actions destinées à maintenir la vie sociale, et sur le volume d'aide professionnelle susceptible d'être apportée à ces personnes. Cette réflexion paraît d'autant plus critique que les projections démographiques anticipent une augmentation du nombre de personnes isolées (voir *infra*).

L'épuisement de l'aidant peut conduire à renoncer à garder la personne aidée au domicile. En particulier, la dégradation de la santé évoquée plus haut, éventuellement couplée à une hospitalisation du proche-aidant, peut entraîner une entrée en établissement de la personne aidée. Au cours de ses investigations, la mission a été dépositaire de témoignages d'aidantes allant en ce sens : ces aidantes, en majorité des conjointes elles-mêmes âgées, exprimaient à la fois un lourd sentiment de culpabilité à l'idée de « placer » leur mari ou leur parent, et une impossibilité à continuer à supporter la charge continue de l'aide, qui ne leur laissait plus un instant de vie libre. Ces sentiments ont été formalisés à travers la grille de Zarit, qui établit une échelle de pénibilité ou d'évaluation du « fardeau » de l'aidant, un résultat élevé sur la grille étant un facteur prédictif de l'entrée en établissement⁵². L'échelle de Zarit a notamment permis de déterminer que 93 % des proches-aidants se sentent épuisés, 90 % déprimés, et que 79 % déclarent souffrir d'une affection physique. Ce sont d'abord les changements d'humeur et le déclin moral de la personne aidée qui suscitent des sentiments négatifs chez les proches-aidants :

⁴⁹ Branch et Jette, 1982 ; Miller et Weissert 2000

⁵⁰ Van Houvten C H, Norton E.C., Informal care and health care use of older adults, Journal of Health Economics, 2004, 23, p.1159-80.

⁵¹ Rapport IGAS, Bensadon

⁵² Idem

- Sa tristesse (62 % des aidants) ;
- Sa passivité (l'apathie) et son incontinence (60 %) ;
- Sa démotivation et son repli sur soi (56 %)⁵³.

Viennent ensuite par ordre décroissant le changement de la personnalité, l'anxiété, la non-reconnaissance de l'entourage et la violence.

Le renoncement à l'aide peut tenir à l'éloignement géographique des aidants potentiels, notamment des enfants, à une charge trop lourde au regard de leur disponibilité ou du volume d'aide qu'ils sont prêts à apporter, ou à la difficulté que représentent les comportements de la personne aidée. Dans ce cas, l'entrée en établissement peut résulter d'une *intention de « placer »* de la famille, dans laquelle la volonté de la personne est prise en compte de façon variable.

Exemples d'entrée en établissement

DREES, Etudes et recherches, Jean Mantovani, Christine Rolland, Sandrine Andrieu, « Etude sociologique sur les conditions d'entrée en institution des personnes âgées et les limites du maintien à domicile », n°83, novembre 2008

M. A

« La fille aînée (77 ans) a été interviewée et se place comme l'actrice principale du soutien à ses parents (avec sa sœur unique), d'abord l'organisation d'une aide à domicile, de plus en plus lourde, pendant trois ans, puis la décision de les faire entrer dans un établissement. Avec plus de 10 intervenants différents (aide ménagères, infirmières, gardes de nuit), le domicile était devenu « une maison courant d'air », une « petite entreprise » très coûteuse à entretenir (4000 euros mensuels) et les deux filles épuisées par la présence, l'attitude demandeuse de la mère et la gestion. L'objectif étant qu'ils ne soient jamais seuls car « maman ne voulait plus rester seule ». [...]

Le choix de la maison de retraite, nommée « résidence », désignée comme un « hôtel », a été présenté sur l'argument de la « sécurité » du fait d'une présence permanente et nombreuse de personnel mais aussi sur l'argument du soulagement apporté aux filles : « ils ont fait accepter le placement ce qui était le mieux pour nous ».

S'il y a eu négociation, c'est avec soi-même et un certain sentiment de culpabilité des filles (au moins de la fille aînée), certainement c'est aussi sentiment d'échec, de ne pas avoir su tenir jusqu'au bout. [...]

La cadre de santé signale la fréquence des entrées en institution décidées par les familles, sans négociation avec les parents, présentées comme des séjours provisoires, dont il s'ensuit des situations de non-dit difficiles pour le personnel. »

⁵³ Pierre Charazac, Isabelle Gaillard-Chatelard, Isabelle Gallice, « L'aidant et son fardeau », dans *La relation aidant-aidé dans la maladie d'Alzheimer*, Paris, Dunod, 2017.

M. et Mme M (M. de 84 ans atteint d'Alzheimer)

« Il semble qu'il a été très dur pour Mme de garder son mari dont elle dit qu'il était « caractériel », qu'« il ne m'écoutait pas du tout à moi ». Mme justifie le placement à ce niveau et en termes de risque : « il a toutes ses jambes quand même. Mais alors après...en plus il ne m'écoute pas...il est très dur...en choses...et puis c'est très dangereux parce que derrière nous avons un canal... ». Le risque dit-elle était qu'il se produise « une catastrophe » et « il serait même devenu méchant ». « Mon gendre m'avait dit si jamais vous le gardez là à quelque moment, vous le retrouverez noyé en bas », « il n'y avait pas d'autres solutions ».

M. et Mme N (femme de 82 ans atteinte d'Alzheimer)

« Couple sans enfant, M. se dit « le seul soutien de sa femme ». L'entrée en institution, c'est lui qui l'a décidée « seul », sur les conseils divers : « on m'a dit, tu vas y perdre la boule » (si tu la gardes). Et dans les propos de M., apparaissent les difficultés à supporter la maladie, à supporter voir sa femme « se dégrader ». « C'est dégradant » pour le malade et l'entourage, répète-t-il. [...]

Il ne signale pas le rôle de la coordinatrice du CLIC et du médecin généraliste dans le processus d'entrée en institution. Tous deux disent l'avoir accompagné dans cette décision, l'avoir « poussé », dit le médecin, car c'était « la seule solution », sur le motif qu'il « ne pouvait plus s'en occuper » à cause de son incontinence (qui devient un facteur de placement quand on estime que le mari ne peut plus gérer ce problème), du risque de fugue, du risque de chute, donc cela « devenait dangereux pour elle » et puis « il n'arrivait plus à avoir une vie à lui ». Sécurité pour elle et pour lui. »

L'angoisse vis-à-vis de la sécurité de la personne est un élément déterminant pour expliquer le renoncement au maintien à domicile. Plusieurs éléments sont susceptibles d'accroître les craintes :

- **La chute** constitue un motif de premier plan. Comme l'a notamment montré l'étude sociologique de la DREES citée *supra*, la chute est un facteur déclenchant par sa dimension symbolique. Elle suscite l'angoisse des enfants, et/ou de la personne elle-même, d'une nouvelle chute, et peut conduire à une demande d'entrée en établissement alors même que l'état de la personne ne s'est pas dégradé. Le travail sur la prévention des chutes est à ce titre essentiel⁵⁴, aussi bien pour sécuriser l'appartement par l'intervention d'un ergothérapeute et pour mettre en place des solutions de domotique et d'intelligence artificielle que pour développer l'activité physique et la mobilité. La mobilisation de l'expertise hospitalière pour former et conseiller les professionnels de santé et favoriser le développement de plateformes est également déterminant ;
- **L'errance** avec des risques de sorties du domicile, en particulier pour les personnes atteintes de troubles neuro-cognitifs ;
- **La nuit** peut également être source d'angoisse, en particulier quand la personne vit seule. L'inaccessibilité financière de solutions type garde de nuit à domicile conduit les personnes à rester seules au cours de la nuit, ce qui peut susciter une crainte des familles (capacité à

⁵⁴ Cour des comptes, La prévention de la perte d'autonomie

se relever en cas de chute, possibilité d'accidents, risque d'errance pour des personnes chez qui la distinction jour/nuit s'est estompée). Dans certains services à domicile rencontrés par la mission, le développement d'astreintes de nuit, couplées à des solutions d'intelligence artificielle (système de détection de mouvements anormaux et de détection des chutes, montre connectée permettant de géolocaliser la personne), paraît permettre de lever de nombreux freins à la vie à domicile pour des personnes présentant des risques durant la nuit.

Dans ces conditions, le développement de l'aide aux aidants constitue une priorité, sous la forme d'une suppléance à domicile, d'une offre plus forte d'accueil temporaire des personnes aidées, d'une meilleure information sur l'offre de services, notamment par le biais des plateformes de répit, et d'aides financières plus lisibles et qui permettent effectivement aux aidants d'interrompre partiellement leur activité (l'allocation journalière de proche aidant, mise en place en 2020, est plafonnée au 01^{er} janvier 2023 à 66 jours par an, et 62,44 €/jour, soit 4 092 €/mois). La mission renvoie sur ce point aux constats, conclusions et recommandations du rapport de l'IGAS relatif au soutien aux solutions de répit.

2.3 Les projections démographiques peuvent laisser craindre une diminution du nombre de proches-aidants, et appellent à une réflexion sur les autres modalités d'aide pour les personnes en situation d'isolement social

Les projections démographiques tendent à anticiper un plus faible nombre d'aidants potentiels du fait de plusieurs évolutions sociétales, notamment l'augmentation des séparations et des divorces, y compris à des âges élevés, la réduction du nombre d'enfants, la participation croissante des femmes au marché du travail et l'éloignement géographique croissant des enfants et de leurs parents⁵⁵. En particulier, les projections récentes de l'IPP ont conduit aux résultats suivants :

- **La baisse continue du nombre moyen d'enfants**, pour les femmes et pour les hommes. Les personnes en perte d'autonomie en 2020 ont en moyenne entre 2,3 et 2,4 enfants pour les femmes et entre 2,1 et 2,2 enfants pour les hommes. Cette moyenne devrait s'établir en 2040 de 2 à 2,1 pour les femmes, et de 1,9 à 2,1 pour les hommes ;
- **La proportion d'hommes sans enfant** augmente continuellement à partir des générations nées dans les années 1930. Ainsi, si 13 % des hommes nés dans les années 1930 n'ont pas eu d'enfant, c'est le cas de 20 % des hommes nés dans les années 1960. Cette augmentation ne s'observe pas pour les femmes ;
- **L'augmentation du nombre d'hommes âgés n'ayant ni conjoint ni enfant**, qui passerait de 6 % en 2015 à 8 à 11 % en 2040. Cette augmentation ne s'observerait pas pour les femmes : la part de femmes sans conjoint ni enfant serait stable entre 2025 et 2040, après une diminution entre 2015 et 2025.

⁵⁵ Colombo F. Llana-Nozal A., Mercier J. Tjadens F., 2011, « Help Wanted ? Providing and Paying for Long-Term Care », OECD Health Policy Studies.

Ces projections doivent recevoir un certain nombre de nuances :

- **La diminution du nombre d'enfants ne signifie pas nécessairement une baisse du volume d'aide apportée par les enfants.** Comme expliqué *supra*, la charge de l'aide tend à se rapporter sur un faible nombre d'aidants, dans 75 % des cas un ou deux. Au sein des fratries, la répartition de l'aide est corrélée aux configurations familiales, à la présence d'un conjoint et au sexe du parent aidé et de l'enfant, et non au nombre d'enfants. Ces effets ont été largement documentés dans la littérature. Relevons toutefois que si la diminution du nombre d'enfants venait à avoir pour effet d'augmenter la part des personnes âgées n'ayant qu'un seul aidant, cela pourrait accroître la demande d'entrée en établissement, dans la mesure où le fait de n'avoir qu'un aidant accroît la probabilité d'entrer en établissement ;
- **Les projections réalisées par l'IPP sur les conjoints ne permettent pas de déterminer la part des personnes âgées vivant en union libre.** En particulier, la littérature récente a montré que l'augmentation des divorces s'accompagnait d'une augmentation des remises en couple, y compris à des âges plus élevés. Chez les personnes âgées, les hommes se remettent davantage en couple que les femmes⁵⁶ ;
- **Les nouvelles structures familiales, liées à l'augmentation du nombre de divorces et de remises en couple, induit une augmentation du nombre d'ex-conjoints et de beaux-enfants,** qui pourraient également compter au nombre des aidants potentiels. Les personnes ont également plus de frères et sœurs survivants que les générations précédentes ;
- **Si la taille des fratries se réduit, le nombre de générations coexistantes s'accroît,** ce qui pourrait induire une diversification des aidants potentiels. En France, la coexistence de 4 générations est passée de 26 % pour les femmes âgées de 50 ans nées en 1920 à 44 % pour celles nées 30 ans plus tard, en 1950.
- **Enfin, les cercles de mobilisation des proches-aidants concernent en premier lieu les conjoints puis les enfants mais, en l'absence de ce type de proches, il est vraisemblable (cas observé par la mission lors d'un café des aidants) que les frères et sœurs de la personne aidée (3^e cercle de mobilisation), notamment quand ils sont plus jeunes, pourraient fournir de l'aide.** Ce point qui, à la connaissance de la mission, n'a pas été investigué par la littérature, pourrait jouer un rôle non négligeable pour les premières générations du baby-boom : en effet, ces personnes nées dans l'immédiate après-guerre sont souvent les aînés de fratries nombreuses. Il interviendra par construction moins ensuite pour les benjamins des familles dont l'entrée dans la dépendance surviendrait ultérieurement à leurs aînés.

Si les effets des évolutions démographiques et sociales restent ambigus, l'augmentation de la proportion d'hommes sans enfant ni conjoint n'en constitue pas moins une zone de risque pour la capacité des personnes à rester à domicile, et pour la mise en œuvre du « virage domiciliaire ». Dans le contexte de l'accroissement du nombre de personnes âgées en perte d'autonomie, cette évolution pourrait conduire à un besoin en aide professionnelle augmentant plus vite que le nombre de personnes aidées, et à une augmentation des situations-limite au domicile.

⁵⁶ Roméo Fontaine.

De façon plus générale, cette réflexion doit être l'occasion de construire des dispositifs plus aboutis pour les personnes à domicile en situation d'isolement, que cet isolement résulte de la situation familiale antérieure ou d'événements de vie (décès du conjoint, perte de mobilité, rupture de lien avec l'entourage...). Pour des personnes qui ne pourraient faire appel à leurs proches en cas de besoin, et pour qui le lien social se délite, parfois jusqu'à une solitude complète, le domicile est susceptible de devenir un lieu d'enfermement, de rupture et de repli⁵⁷. Sur ce point, le rapport de Jérôme Guedj, « Déconfinés mais toujours isolés ? La lutte contre l'isolement, c'est tout le temps ! », a dessiné un certain nombre de pistes en termes de soutien aux aidants, d'accroissement de l'activité des bénévoles et de meilleur accompagnement professionnel. Des initiatives sont par ailleurs conduites pour le développement de tiers-lieux et d'espaces de vie sociale qui permettent d'accroître les possibilités d'échange et de partage pour les personnes.

Dans le cadre d'une réflexion sur le domicile comme « alternative à l'EHPAD », **certains éléments prioritaires doivent être considérés** :

- **La capacité à déployer un volume d'aide, notamment professionnelle, suffisant pour donner aux proches-aidants la place qu'ils sont le mieux à même d'occuper (assurer un lien affectif, familial et social**, et non habiller, faire manger, laver, voire soigner la personne), ou pour compenser l'absence de proche-aidant lorsque la personne est isolée. S'agissant d'une personne en GIR 1-2, si l'on reprend les moyennes évoquées plus haut, l'aide apportée par l'aidant informel est de 35h par semaine, contre 9h pour l'aidant professionnel. L'aide professionnelle moyenne dont aurait besoin une personne à haut niveau de perte d'autonomie serait donc de 6h par jour, ce qui est inenvisageable dans le cadre des plans d'aide actuels, sauf pour les personnes appartenant au premier décile de revenus de la population (voir annexe « Services d'aide à domicile), abstraction faite ici de la mobilisation des patrimoines privés des personnes âgées. Ce point requiert **une réflexion en profondeur sur la solvabilisation des personnes âgées dépendantes** et les freins au recours à des aides professionnels.
- **La capacité des services autonomie à domicile à assurer la fonction de coordination**, cette coordination étant à l'heure actuelle assurée par les proches-aidants. En particulier, la prise de rendez-vous, l'accompagnement chez les professionnels de soin, la gestion des plannings devrait pouvoir être gérés par les services, dans une fonction de gestionnaire de cas, ce qui supposeraient des financements spécifiques ;
- **Le développement, au sein de ces services, des prestations de vie sociale prises en charge dans les plans APA** (accompagnement vers les services, tiers-lieux, participation aux activités culturelles, visites de vie sociale à domicile...) doit être un objectif de premier plan, pour prévenir les situations de rupture sociale, autant que la mobilisation des bénévoles.

⁵⁷ L'isolement doit être appréhendé sur ce point comme sentiment d'isolement, dans sa dimension subjective. Le sentiment d'isolement varie en effet de façon importante en fonction de l'histoire de vie de la personne et de ses attentes, la solitude au domicile pouvant être vécue de façon très variable selon les individus et leurs caractéristiques. Voir sur ce point Jean-Louis le Goff, Romain Poupart, « Lutter contre l'isolement social des personnes âgées », dans *Gérontologie et Société*, 2021/3, vol.43, n°166, p. 233-249.

2.4 Les logements intermédiaires peuvent pour partie répondre à l'affaiblissement du réseau d'aide informel, mais ne coordonnent pas les interventions pour les personnes en situation d'isolement social

Le développement des logements intermédiaires⁵⁸ répond à plusieurs limites de la vie à domicile, notamment lorsqu'elles résultent d'un affaiblissement de l'aide informelle. Ces aspects, présentés dans les annexes dédiées, sont reprises ici de façon synthétique :

- **Ils répondent aux craintes relatives à la sécurité de la personne.** Au sein des habitats visités par la mission, les chutes répétées ont été mentionnées comme un facteur central déclenchant la demande d'entrée en habitat intermédiaire, selon les mêmes modalités que pour les EHPAD. L'inclusion dans un collectif et la présence d'une structure professionnelle constituent un facteur de réassurance pour les familles et les habitants. Néanmoins, ces habitats intermédiaires ne disposent pas de professionnel formé pour assurer le relevage des personnes qui chutent, sauf lorsqu'ils sont adossés à un EHPAD ou ont intégré un service d'aide à domicile. A ce titre, le relevage suppose l'intervention des SDIS, comme au domicile, même s'il arrive régulièrement, au vu des investigations de la mission, que des professionnels non formés assurent également cette tâche ;
- **Ils offrent la possibilité d'une reconfiguration de la vie sociale**, en ménageant des possibilités d'interactions collectives entre habitants, tout en préservant la part privée du logement. Cet aspect doit néanmoins être appréhendé avec un certain nombre de réserves, dans la mesure où les cohabitants ne sont pas nécessairement choisis, et où le désir d'interagir avec les autres résidents n'est pas partagé par toutes les personnes qui viennent habiter dans ce type de logements⁵⁹ ;
- **Dans le cas des habitats partagés susceptibles d'accueillir des personnes en lourde perte d'autonomie, comme les maisons Alzheimer, ils permettent de soulager l'aidant à double titre.** D'une part, la personne aidée est accompagnée dans un lieu sécurisant, et peut bénéficier d'une présence en continue à domicile, au prix néanmoins d'un reste à charge élevé. D'autre part, le fait d'installer la personne aidée dans un lieu familial, qui demeure un habitat, et non de la « placer » en institution, pourrait diminuer de façon significative le sentiment de culpabilité du proche aidant. Quoiqu'il ne s'agisse pas d'un habitat partagé, les études conduites sur le village Alzheimer de Dax, qui repose sur une logique domiciliaire, tendent ainsi à montrer dans les résultats préliminaires présentés oralement à la mission que le fardeau des aidants (score sur l'échelle de Zarit) décroît après l'entrée au village, tandis qu'il se maintient dans le cas d'une entrée en EHPAD⁶⁰.

⁵⁸ Par « logement intermédiaire », nous entendons ici toutes les formes de logement autres que les Ehpads où ils existent une part de vie collective : résidences, habitats inclusifs, colocations intergénérationnelles, accueil familial... Le mot « intermédiaire » ne fait pas référence à un éventuel parcours résidentiel des personnes mais au fait que la vie quotidienne est partiellement partagée avec d'autres personnes sans l'être aussi fortement que dans les Ehpads.

⁵⁹ Voir sur ce point Hugo Bertillot, Damien Vanneste, « L'expérience de la vie collective par les habitants d'un béguinage pour personnes âgées », *Vie sociale*, n°40, 2022, et l'annexe Habitat inclusif.

⁶⁰ Résultats provisoires communiqués à la mission par les chercheurs de l'Inserm réalisant l'évaluation du dispositif. G Zarit lui-même (Zarit SH, Reeve KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *The gerontologist*. 1980 ;20(6):649-655), l'institutionnalisation entraîne une diminution

Néanmoins, la capacité de ces habitats à accueillir des personnes sans aidant informel n'est pas assurée. Au sein des habitats visités par la mission, en particulier ceux destinés à des personnes en lourde perte d'autonomie, plusieurs ont indiqué qu'une implication importante des proches aidants était nécessaire pour envisager un accueil ou poursuivre le maintien dans les lieux pour les personnes dont l'état de santé se dégrade au fil du temps. L'habitat n'assure en effet aucune fonction de coordination, ne prend pas les rendez-vous, et n'accompagne pas les personnes à leurs rendez-vous médicaux ; il n'assure pas non plus de coordination des services à domicile, ou de coordination de ces services et des équipes de soin. Dans une maison visitée par la mission, l'accueil de personnes isolées était possible en raison d'un fonctionnement fortement intégré (aides à domicile présentes en continu de jour comme de nuit) et de la présence de professionnels du soin (infirmière et médecin) aux fonctions de coordination de l'habitat et de présidence de l'association gestionnaire.

Cette question demande à être travaillée de façon spécifique. Si l'on souhaite que les habitats intermédiaires comme les habitats partagés puissent accueillir des personnes isolées ou avec une faible implication des aidants (décès du conjoint, enfants éloignés et/ou peu présents...), les fonctions de coordination devront être renforcées et financées tout comme en habitat ordinaire, non seulement en termes de coordination du projet de vie, mais aussi en termes de coordination quotidienne des intervenants et des soins pour les personnes. La capacité à assurer les transports nécessaires des personnes (vers l'accueil de jour ou vers les rendez-vous médicaux) devra également être consolidée tout comme en habitat ordinaire, que ces prestations soient réalisées par l'habitat ou par le service autonomie à domicile (ce qui supposerait une augmentation des plans d'aide APA).

Néanmoins, de telles évolutions constitueraient une modification profonde du projet des habitats intermédiaires, qui se sont avant tout construits comme de nouveaux types de domicile (à cet aune, ce sont aujourd'hui avant tout des alternatives au domicile et non des alternatives à l'Ehpad). Le renforcement des fonctions de coordination et d'accompagnement au sein de ces logements consacrerait une forme de transition vers un modèle plus proche d'un établissement médico-social, ce qui est étranger à la culture de nombreux porteurs de projets, en particulier dans le champ des résidences. De nombreux gestionnaires rencontrés par la mission se sont montrés très défavorables à une évolution de ce type, qui leur semblerait dénaturer l'essence même du projet, qui est de proposer un domicile privé et non de s'orienter vers un fonctionnement institutionnel.

Deux autres pistes pourraient être envisagées pour se substituer aux aidants en cas d'isolement de la personne :

- L'octroi de missions plus étendues aux mandataires judiciaires. La mission n'a pas investigué cette hypothèse, qui supposerait néanmoins une transformation profonde de la culture, de l'organisation et du volume des mandataires ;
- La mobilisation de ressources externes, (ex. SAAD, associations), de façon à ce qu'une personne externe puisse assumer le rôle de proche aidant (sur le modèle de ce qui avait été

du fardeau objectif mais pas nécessairement du fardeau subjectif, du moins dans un premier temps. A long terme il a été montré que l'institutionnalisation était associée à une réduction significative du fardeau de l'aidant

expérimenté dans le cadre de Mona Lisa). Une telle solution paraît intéressante mais incertaine si l'on considère son déploiement à grande échelle. Elle ne pourrait, en tout état de cause, fonctionner qu'à un niveau local de grande proximité et en traitant la question du financement de ce rôle de coordination.

2.5 Les risques d'abus de faiblesse existent aussi à domicile

A domicile, les interlocuteurs de la mission ont souvent évoqué les risques d'abus de faiblesse, les personnes en perte d'autonomie, surtout celles atteintes de troubles cognitifs, étant particulièrement vulnérables (elles ne vérifient pas leur chéquier ou leur carte bleue, font parfois facilement confiance et/ou sont pour certaines intimidables)⁶¹, ce risque étant parfois considéré comme plus difficile à prévenir que dans le secteur de l'institutionnalisation plus balisée par la loi et plus soumis au contrôle. Plus généralement, si le domicile devient synonyme d'isolement, le risque de maltraitance non identifiée peut s'accroître du fait d'absence de regards extérieurs ou collectifs.

La présence étroite de l'entourage permet de limiter certains risques (dépôt de plainte, blocage de chèque, refus du démarchage), notamment quand un des membres est curateur, quoiqu'il faut noter des cas où les abus émanent des proches eux-mêmes (ex. usage de la carte bleue sans consentement).

3 Parallèlement à l'aide informelle, la vie à domicile suppose une aide professionnelle suffisante et adaptée avec les moyens RH et financiers requis

3.1 Du fait des difficultés de recrutement et d'un manque de diversification de l'offre, l'accès à une aide à domicile adaptée n'est pas garanti

Les difficultés qui pèsent sur l'attractivité des métiers restreignent la capacité des services à domicile à intervenir à la hauteur des besoins des personnes, une part significative des demandes devant être refusée ou réalisée uniquement partiellement. (Sur ces questions, voir l'annexe « *Les services d'aide à domicile* »)

L'évaluation des besoins n'est pas suffisamment robuste, et les réévaluations conduites dans des délais et avec une régularité qui peuvent être insuffisants. (Sur ces questions, voir l'annexe « *Evaluation des besoins* »)

Dans la perspective de « repousser les limites » du domicile, les systèmes d'aide sont trop peu axés sur la prévention de la perte d'autonomie et la réhabilitation. Du point de vue de la prévention primaire et secondaire, la prévention des chutes et la lutte contre l'isolement

⁶¹ Exemple d'abus cités : changement d'un lit abimé avec un lit Ikea à 100 € facturé 3000 €, appel d'un plombier pour un évier bouché qui fait passer la carte bleue jusqu'à blocage, transformation d'un chèque de prêt fait à un employé (pratique déjà illicite en soi) de 1000 € en 10 000 €.

constituent des objectifs prioritaires. La prévention des chutes représente un enjeu central, dans la mesure où elle constitue un facteur déclenchant d'entrée en établissement. A la suite du rapport de la Cour des Comptes relatif à la prévention de la perte d'autonomie, qui avait souligné les faiblesses de la politique de prévention sur ce point, le gouvernement a déployé en 2022 un plan antichute des personnes âgées centré autour de 5 axes : repérage et alerte, aménagement du logement, aides techniques à la mobilité, activité physique et téléassistance. Si les objectifs sont ambitieux et passent notamment par une rénovation des aides à l'adaptation des logements (voir *infra*), certains segments restent à interroger :

- Dans la mesure où le recours aux aides techniques décroît lorsque les besoins augmentent pour favoriser l'aide à la personne, en raison du bridage des plans d'aide APA, la capacité à apporter des aides techniques (notamment des solutions domotiques) aux personnes en limite de maintien à domicile n'est pas démontrée ;
- La faiblesse des prestations de vie sociale (accompagnement à la sortie, promenades, mobilisation d'un psychomotricien...) doit être résolue dans la perspective d'une augmentation de l'activité et de la stimulation des personnes ;
- De façon surprenante, le plan antichute n'inclut pas dans ses objectifs la lutte contre l'iatrogénie médicamenteuse, qui constitue l'un des premiers motifs des chutes. Il paraît indispensable que cet élément soit ajouté à l'action en ce domaine. Cette action ne concerne pas uniquement les personnels soignants, mais des actions d'information et de communication plus fortes auprès de la population sur les effets des médicaments et les usages (somnifères, anxiolytiques, automédication etc.).

Par ailleurs, un travail reste à conduire en prévention tertiaire sur la façon de réagir aux chutes, pour prévenir l'effet d'emballement qui peut suivre l'événement (augmentation brutale de la perception de la fragilité de la personne, sans rapport direct avec son état, angoisse des familles, angoisse de la personne qui l'incite à moins se déplacer (syndrome post chute), lassitude éventuelle des services et des professionnels après plusieurs relevages avec hospitalisation...)

Le travail de prévention doit permettre de façon globale de ralentir la progression des pathologies ou des limitations fonctionnelles et de mobiliser les capacités des personnes pour préserver leur autonomie. Dans la mesure où la durée moyenne de perception de l'APA est de 3 ans pour les hommes et de 4 ans pour les femmes⁶², tout recul de l'aggravation des troubles peut conduire à ce que ces troubles n'interviennent pas avant le décès. Les actions de prévention et de réhabilitation sont en particulier centrales pour les personnes chez qui le cumul des limitations fonctionnelles peut conduire à une situation critique pour le domicile (plusieurs limitations dans les actes de la vie quotidienne, éventuellement avec une incontinence mal gérée), et pour les personnes avec troubles cognitifs, notamment lorsque ces troubles sont associés à des troubles du comportement.

De façon générale, les interventions sont insuffisamment diversifiées, ce qui ne permet pas de déployer toutes les ressources nécessaires au maintien à domicile (voir annexe « Les services à domicile »). S'agissant par exemple des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, le rapport de l'IGAS de juillet 2022 relatif aux dispositifs spécialisés de prise en charge des personnes

⁶² Boneschi S., Zakri M., « La durée de perception de l'allocation personnalisée d'autonomie est de 3 ans et demi en moyenne », DREES, Etudes et résultats, 1082, 2018.

atteintes de maladies neurodégénératives a souligné que le maintien à domicile de ces personnes supposait une amélioration quantitative et qualitative des équipes spécialisées Alzheimer (ESA), ainsi qu'une meilleure capacité à intervenir à domicile à des stades avancés de la maladie, ou au moment du développement des troubles du comportement (équipes mobiles psycho-gériatrique, unités cognitivo-comportementales etc).

Nicole Bohic, Delphine Corlay, Louis-Charles Viossat

Inspection Générale des Affaires Sociales

« Evaluation des dispositifs spécialisés de prise en charge des personnes atteintes de maladies neurodégénératives », juillet 2022

[188] Comme l'ont souligné à de nombreuses reprises l'OCDE, Alzheimer International et de nombreux autres interlocuteurs de la mission, une prise en charge accrue et plus longue à domicile des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée est une orientation souhaitable, y compris pour les personnes avec des troubles psychologiques et du comportement modérés. Cela correspond à la préférence des personnes elles-mêmes, aide à ralentir la progression des différents stades de la maladie, permet d'offrir une meilleure qualité de vie qu'en établissements, et est souvent moins coûteux.

[189] A cette fin, il convient tout d'abord de mieux articuler les équipes spécialisées Alzheimer (ESA) avec les autres offres existantes et futures, notamment les médecins traitants, qui semblent souvent mal les connaître, mais aussi les auxiliaires médicaux de ville, les psychologues, les accueils de jour, les hôpitaux de jours, les plateformes de répit, etc...

Recommandation n°6 Mieux articuler les ESA avec les médecins traitants, les auxiliaires médicaux de ville, les psychologues et les autres offres existantes (accueils de jour, hôpitaux de jour, plateformes de répit...)

[190] Les ESA gagneraient également à disposer d'une animation nationale, par la CNSA, et régionale, par les ARS, qui soit plus structurée, afin de développer les synergies entre elles, de disposer de ressources communes additionnelles, de diffuser le savoir-faire...

Recommandation n°7 Créer un dispositif d'animation d'un réseau national des ESA, incluant éventuellement aussi les autres formes d'accueil de jour en ville.

[191] Un maintien à domicile plus long pour plus de personnes atteintes par la maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée avec des troubles psychologiques et du comportement passe d'abord par un meilleur accès aux services fournis par les ESA. Pour cela, la mission recommande de doubler le nombre des bénéficiaires des ESA, a minima, au cours de la période de la future feuille de route maladies neurodégénératives. Il conviendrait de couvrir en priorité les départements déficitaires et de laisser les ARS déterminer la meilleure méthode pour assurer la couverture la plus complète possible du territoire (cf. annexe ESA pour des exemples de méthode).

[192] Il convient également d'étoffer l'offre de services des ESA au-delà des troubles cognitifs afin de permettre le maintien à domicile de plus de personnes atteintes de troubles du comportement légers voire modérés et de reculer l'institutionnalisation autant que possible.

[193] Le coût de cette mesure peut être estimé à environ 100 M€ par an, sur la base de 150 k€ par ESA et par an à périmètre d'offres constant et un surcroît de 30 % du coût à raison du renforcement des services rendus.

Recommandation n°8 Doubler le nombre des bénéficiaires des ESA dans le cadre de la feuille de route maladies neurodégénératives (MND) en couvrant en priorité les départements déficitaires et en étoffant leur offre de services pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée ayant des troubles psychologiques et du comportement modérés à sévères

[194] De nombreuses initiatives existent au plan local, comme la mission a pu le constater, pour le soutien des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée. Mais, comme le montre l'enquête réalisée par la mission auprès des ESA, l'offre demeure encore trop réduite quand les troubles du comportement augmentent et un financement accru, de la part des FIR notamment mais également de la CNSA le cas échéant, serait utile. De même, il serait particulièrement utile, comme le montre l'expérience internationale (OCDE) ainsi que l'enquête de la mission auprès des ARS, que la CNSA notamment finance davantage, dans la continuité de la mesure 4 de la stratégie de mobilisation et de soutien 2020-2022 « Agir pour les aidants », la formation des aidants à la prévention, au repérage et à la prise en charge de ces troubles ainsi que les services d'aide à distance (par téléphone, par visioconférence, 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7) afin de savoir faire face quand une crise se déclenche tout en évitant des hospitalisations, notamment en urgence, inutiles et même parfois néfastes.

Recommandation n°9 Financer les innovations locales de soutien des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée ayant des troubles psychologiques et du comportement modérés à sévères

Recommandation n°10 Développer massivement la formation des aidants et les différents services d'aide à distance aux aidants et aux proches

Certains segments d'aide ont été insuffisamment développés pour permettre un soutien à domicile des personnes présentant un besoin de surveillance ou une présence régulière, notamment pour les personnes atteintes de troubles neuro-cognitifs avec trouble du comportement :

- Comme l'a souligné le rapport du HCFEA relatif au soutien à l'autonomie des personnes âgées, **les objectifs inscrits il y a 15 ans dans la stratégie de 2005-2006 n'ont pas du tout été atteints, en particulier s'agissant des solutions d'accueil temporaire dans les établissements** (accueil de jour, hébergement temporaire). Fin 2021, on recense 13 671 places en accueil temporaire et 12 019 places en accueil de jour, soit 25 690 places, moins de la moitié des 58 000 places visées en 2006 par le rapport Le Bouler, avec une répartition territoriale très hétérogène⁶³. Ces dispositifs, notamment l'accueil de jour, peuvent pourtant représenter des apports déterminants pour permettre une suppléance de l'aidant, et une prévention de l'aggravation de la maladie pour la personne aidée, mais le déficit d'information sur cette offre, le reste à charge et les enjeux de transport de la personne vers le lieu d'accueil de jour en freinent le développement ;

⁶³ HCFEA, « Le soutien à l'autonomie des personnes âgées à horizon 2030, 2021.

- **La nuit reste un enjeu essentiel et trop peu investi.** Le développement de l'accueil de nuit reste résiduel⁶⁴, les solutions de garde de nuit très coûteuses, et la suppléance à domicile la nuit insuffisamment déployée⁶⁵. La nuit est pourtant le moment où se jouent beaucoup des situations-limites du domicile : pour des personnes sujettes aux chutes ou ayant une mobilité très réduite (difficulté ou incapacité aux transferts), le fait de laisser seule la personne une fois les aides passées pour la tournée du soir et « la porte fermée » suscite l'angoisse des familles, et éventuellement de la personne elle-même, qui peut craindre de n'avoir personne pour la secourir en cas de chute ou de difficulté. Pour des personnes atteintes de troubles neuro-cognitifs, dont maladie d'Alzheimer, et sujettes à des déambulations nocturnes ou à une perte de la distinction jour/nuit, la situation peut susciter l'épuisement de l'aidant cohabitant, la peur des familles vis-à-vis d'errances avec sortie du domicile et de mise en danger nocturnes, ou des dispositifs d'enfermement de la personne qui méconnaissent ses besoins et augmentent potentiellement ses troubles du comportement, en la plaçant dans une situation de frustration et d'anxiété (réclusion, abandon, tentatives désespérées d'ouvrir une porte close). Si les dispositifs de téléalarme, de téléassistance et de repérage des chutes par l'intelligence artificielle permettent une meilleure surveillance des difficultés, ces outils ne peuvent se substituer à la présence humaine, qu'ils viennent faciliter et soutenir. La mission a pu constater au cours de ses investigations des dispositifs mis en place par des services à domicile consistant en une astreinte de nuit, ou le recours dans des habitats partagés à un étudiant occupant un logement à titre gracieux, en échange d'une présence la nuit en cas de difficulté ;

Au-delà de l'existence de l'offre, la limite du domicile est d'ordre financier, dans la mesure où les besoins importants d'aide ne peuvent pas être couverts à domicile à moins de disposer de ressources élevées (voir les analyses et estimations présentées dans l'annexe « Les services à domicile »). Ces difficultés se posent notamment :

- **Pour les personnes présentant des limitations très importantes dans les activités de la vie quotidienne** (incapacité aux transferts, incontinence...), qui peuvent nécessiter la présence de plusieurs aides (utilisation d'un lève-malade, personne en situation d'obésité...) pour la vie quotidienne, indépendamment des passages des auxiliaires de vie et éventuels personnels soignants ;
- **Pour les personnes ayant un besoin de présence continue pour assurer leur sécurité**, notamment les personnes atteintes de troubles neuro-cognitifs avec errance et déambulations.

⁶⁴ Selon l'enquête de la Fondation Médéric Alzheimer reprise par le HCFEA, moins de 1 % des établissements ayant répondu à l'enquête ont déclaré disposer de places (2 en moyenne) dédiées à accueillir des personnes uniquement la nuit.

⁶⁵ Voir IGAS, « L'offre de répit pour les aidants ».

3.2 S'agissant du suivi en santé, les difficultés territoriales d'accès aux soins et l'insuffisance des visites à domicile sont susceptibles de fragiliser la capacité à vivre chez soi, et ce malgré la mise en place des dispositifs d'appui à la coordination

Du point de vue du soin, les difficultés sont bien connues et ont fait l'objet de nombreuses analyses sur lesquelles on ne reviendra pas ici. On se contentera de rappeler que les enjeux qui s'attachent aux soins de ville fragilisent particulièrement l'accompagnement des personnes âgées à domicile, pour lesquelles se combinent des polyopathologies, des problèmes de mobilité et d'isolement, et un besoin élevé de recours à des professions dont la densité ne connaît pas de trajectoire favorable au regard de la démographie (médecins généralistes, infirmiers, ergothérapeutes⁶⁶...) :

- La répartition territoriale hétérogène des médecins, kinésithérapeutes et infirmiers, avec des difficultés renforcées sur des territoires vieillissants et peu attractifs ;
- Une tendance à la spécialisation qui fragilise l'offre de soins primaires et l'accès au médecin généraliste, qui est à l'origine, dans deux cas sur trois, de la mise en place d'une aide professionnelle⁶⁷ ;
- Un recours hétérogène et en baisse à la visite à domicile, la mission ayant constaté des possibilités d'accès très variées selon les territoires visités, qui tiennent à la fois à la densité et à la démographie médicale, et à des modalités d'organisation des soins de ville. En 2019, les médecins généralistes ont ainsi coté 382 visites en moyenne, contre 530 en 2012 : en 20 ans (de 1997 à 2016), le nombre de visites a été pratiquement divisé par trois⁶⁸. Les tarifs des visites à domicile ont néanmoins fait l'objet de revalorisations significatives : tarif de 70 € pour la visite longue à domicile concernant le suivi des personnes âgées de plus de 80 ans souffrant d'une affection de longue durée (avenant n°6 à la convention médicale signé en juin 2018), et passage de 35 € à 70 € pour la visite à domicile de personnes âgées de plus de 80 ans souffrant d'une affection de longue durée et réalisée par le médecin traitant. Parallèlement, la CNAM a conduit en avril 2022 une revalorisation des indemnités de déplacement et des indemnités kilométriques ;
- Un développement encore insuffisant des équipes mobiles (soins palliatifs, gériopsychiatrie, équipe mobile gériatrique...) et de l'hospitalisation à domicile (voir annexes dédiées)

⁶⁶ Selon l'IFE Champagne Ardennes, les effectifs d'ergothérapeutes (14 000) demeurent insuffisants pour couvrir les besoins, qui s'accroissent sous l'effet du vieillissement de la population et des besoins renforcés d'action en prévention, en accompagnement des personnes présentant des troubles de l'apprentissage ou des troubles du spectre autistique, des personnes atteintes de maladies neuro-dégénératives etc..

⁶⁷ « La prise en charge en médecine générale des personnes âgées dépendantes vivant à leur domicile », DREES, Etudes et résultats, n°869, 2014.

⁶⁸ A. Colin, *Etat des lieux de la visite à domicile par les médecins généralistes en France*, thèse de médecine, 2019.

Un accès insuffisant aux soins de ville peut en effet conduire à un passage aux urgences ou à une hospitalisation en MCO évitable, ce qui induit des risques de dégradation de l'état de la personne et des risques supérieurs d'entrée en établissement (voir annexe « Hôpital »).

Au-delà de l'accès aux soins, la coordination et la cohérence des interventions entre les différents professionnels constituent des éléments déterminants pour permettre le maintien à domicile. Deux difficultés peuvent en effet survenir :

- Un défaut de communication entre professionnels, notamment entre la sphère sanitaire et la sphère médico-sociale, qui empêche de trouver une solution adéquate pour la personne, par exemple en sortie d'hospitalisation, les services sociaux de l'hôpital jouant un rôle de premier plan pour assurer la liaison avec les services domiciliaires ;
- Une multiplication des intervenants mal coordonnés à domicile, qui transforment le domicile lui-même en lieu de passage et tend à l'« institutionnaliser », en donnant à la personne le sentiment de ne plus vivre chez elle.

De ce point de vue, les évolutions des dispositifs de coordination ont eu des effets ambigus

La mise en place des dispositifs d'appui à la coordination (DAC) a considérablement élargi le champ d'intervention vis-à-vis des dispositifs précédents (notamment des MAIA - Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie) en l'étendant à toutes les personnes malades, quel que soit leur âge, et a recentré la coordination dans le domaine du sanitaire. Au cours de ses investigations, la mission a constaté des effets contrastés selon les territoires :

- Les dispositifs d'appui à la coordination (DAC) n'ont pas pleinement repris la fonction de « gestionnaire de cas » qui était portée par les MAIA, et qui permettait d'assurer un véritable accompagnement au niveau de la personne, en s'adressant également aux familles, pour se concentrer sur l'appui aux professionnels et la recherche de solutions par la mise en réseau des professionnels. Le DAC apporte peu d'appui opérationnel et n'est pas en position d'effecteur, contrairement au service qu'apportaient les MAIA, quoique dans certains territoires visités des DAC issus des MAIA aient gardé une forte culture opérationnelle avec des visites à domicile et des équipes d'intervention. Or la fonction de gestionnaire de cas opérationnel présente un intérêt spécifique pour les cas complexes en limite de maintien à domicile, en assurant une prise en main directe de la situation dans des périodes critiques ;
- Le recentrement de la coordination sur le domaine sanitaire a pour partie privé le dispositif de sa composante médico-sociale. Néanmoins, il permet d'offrir un interlocuteur solide pour les professionnels du soin, qu'il est plus difficile d'inscrire dans le processus de coordination que les professionnels du médico-social ;
- Les territoires sur lesquels la mission a constaté un bon niveau de satisfaction vis-à-vis du DAC avaient notamment fortement intégré le DAC dans le travail des CPTS, développé un bon réseau de connaissance avec le réseau des soins de ville, et déployé un travail sur la présence du DAC aux urgences (régulation des entrées et préparation des sorties et retours à domicile), en articulation avec les services sociaux de l'hôpital. Le lien pouvait également être fait par le DAC avec le médecin traitant à l'occasion d'un relevage de chute effectué par le SDIS, de façon à envisager les solutions à mettre en œuvre en termes de prévention et d'adaptation du logement.

3.3 Le concept d'Ehpad « hors les murs » n'a pas encore trouvé ses marques

Les Ehpad « hors les murs » ou Ehpad « à domicile » correspondent à des dispositifs déployés à titre expérimental dans le cadre de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2018. S'inscrivant dans la dynamique de transformation des Ehpad, le principe de ces dispositifs (centres de ressources territoriales) vise la mise à disposition d'expertises et de compétences médicales et paramédicales pour des personnes âgées à domicile (projeter une intervention à l'extérieur auprès de personnes vivant à domicile)

Après l'élaboration d'un cahier des charges national autour du principe d'une coordination des acteurs et dispositifs intervenant à domicile, d'un appui gériatrique de l'Ehpad au domicile, et d'une sécurisation de la personne âgée à son domicile, via l'installation d'objets connectés adaptés aux besoins de la personne) des appels à projets ont été lancés dès 2019. Ralenti par la crise Covid, le développement de ces dispositifs s'est amplifié dans les trois dernières années dans une dizaine de régions. Se caractérisant par la diversité des statuts de porteurs de projet (Croix Rouge Française, Mutualité française, CH, Ehpad...) et des dispositifs porteur (essentiellement des Ehpad, mais aussi des dispositifs d'HAD et des SSIAD), ces expérimentations ne sont pas encore évaluées.

La mission a pris connaissance de certaines d'entre elles (Ehpad hors les murs de la ville de Paris, DivaDOM Pays de Loire, Ehpad@DOM Sartrouville⁶⁹). Sans être en mesure de se prononcer sur leur qualité ni leur efficacité, la mission relève que ces dispositifs poursuivent des finalités plus ou moins communes, certains étant conçus comme du maintien à domicile alternatif à l'Ehpad, d'autres appréhendés comme une étape préparant à l'entrée à l'Ehpad. L'autre point saillant est qu'il s'agit plutôt de coordination et de soutien renforcés à domicile que d'Ehpad projeté hors des murs (plusieurs acteurs déclarant d'ailleurs ne pas comprendre le terme d'Ehpad hors les murs), souvent à forte dimension sanitaire (peu de social). Enfin, le ciblage paraît restreint sur le plan quantitatif (au terme de l'expérimentation, il pourrait y avoir plusieurs centaines de CRT s'occupant chacun de la coordination d'une trentaine de personnes âgées) et qualitatif (nécessité d'être à proximité du centre ressources, de disposer d'un domicile aménagé ou aménageable, exclusion des personnes présentant des troubles du comportement). Enfin, le modèle économique est complexe et non stabilisé la plupart du temps.

⁶⁹ Collaboration EHPAD / SAAD + SSIAD destinée à des personnes âgées en perte d'autonomie résidant à Sartrouville, ce dispositif assure 24h/24 et 7 j/7 des prestations similaires à celles proposées à des résidents hébergés en EHPAD. Cette solution alternative et personnalisée permet aux seniors d'être accompagnés par une équipe de professionnels dédiés (auxiliaires de vie, aides-soignants, infirmiers, psychomotriciens, psychologues, animateurs...) avec pour objectif d'aller jusqu'au décès de la personne mais si dégradation santé personne et domicile plus envisageable, intégration dans l'Ehpad.

3.4 Quoique l'état de santé ne détermine pas en tant que tel l'entrée en établissement, les difficultés de la personne à suivre les plans de soins peuvent rendre complexe son accompagnement au domicile

Les personnes âgées sont concernées à plus de deux tiers par une pathologie, et un tiers sont polyopathologiques, le nombre de pathologies étant plus élevé parmi les personnes résidant en établissement.

L'état de santé des personnes âgées

Eléments du rapport du HCFEA, « Le soutien à l'autonomie des personnes âgées à horizon 2030 », 2021

Les deux pathologies traitées le plus fréquemment à 60-74 ans et à 75 ans et plus sont l'hypertension et l'hyperlipidémie.

Plus de 66 % des personnes âgées de 75 ans et plus sont traitées pour hypertension artérielle et 39 % pour hyperlipidémie. 23 % sont traitées par anxiolytiques et hypnotiques (problèmes d'anxiété et de sommeil) et 16 % par antidépresseurs. 14 % reçoivent un traitement pour le diabète. 29 % sont traitées pour une pathologie cardiovasculaire.

En 2016, les polyopathologies concernent au moins 1 personne sur 5 à partir de 65 ans et au moins 1 personne sur 3 à partir de 85 ans, en particulier des hommes. Entre 45 et 85 ans, les pathologies les plus présentes sont le diabète et la maladie coronaire, la prévalence de ces pathologies persistant davantage avec l'âge pour les hommes. A partir de 85 ans, la démence et l'insuffisance cardiaque font partie des pathologies les plus souvent présentes. Les maladies respiratoires chroniques sont présentes à tous les âges.

En 2018, pour les plus de 85 ans :

- 34,9 % des femmes et 24,9 % des hommes n'ont pas de pathologie ;
- 34 % des femmes et 33 % des hommes ont une pathologie ;
- 19,1 % des femmes et 23,3 % des hommes ont deux pathologies ;
- 8,1 % des femmes et 11,7 % des hommes ont trois pathologies ;
- 3,9 % des femmes et 7,1 % des hommes ont quatre pathologies ou plus.

Comme indiqué *supra*, l'état de santé de la personne n'est pas un critère prioritaire pour les limites du domicile dans la littérature. Le travail de consensus auprès d'experts conduit dans la thèse de Jean-Michel Caire sur les personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée, *Etude anthropo-systémique des conditions de maintien à domicile dans le cas d'une maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée* offre ainsi une hiérarchie intéressante des critères de maintien à domicile, qui ne positionne l'état de santé physique et psychologique de la personne qu'en 21^e position sur 24, les positions supérieures étant occupées par des considérations relatives à l'acceptation de la personne, à l'aïdant, à l'accès aux soins et à l'accompagnement, à la qualité de l'accompagnement et aux critères de cohérence et de coordination entre les intervenants.

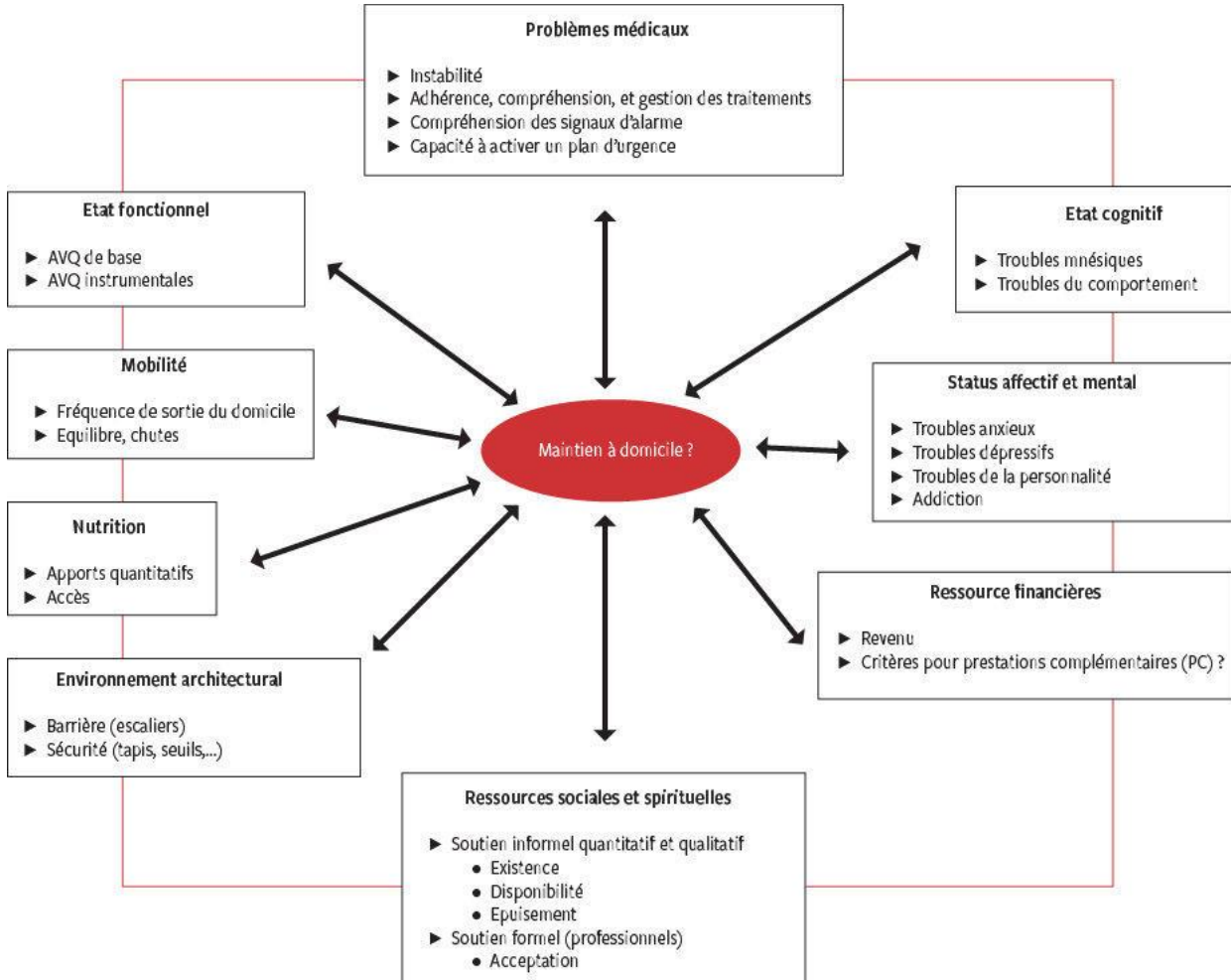
1	Acceptation de l'aide provenant des ressources extérieures
2	Maintien des activités personnelles de l'aidant
3	Accès aux ressources de répit
4	Désir de l'aidant de s'occuper de la PMAA
5	Mise en commun des objectifs et respect de l'opinion de l'aidant et de l'aidé
6	Formation de l'aidant à la gestion des troubles du comportement
7	Possibilité de réévaluation des besoins et ajustement des services
8	Accès à des ressources de maintien à domicile
9	Reconnaissance par l'équipe de l'expertise de l'aidant
10	Prise en compte des valeurs et intérêts de la PMAA ou apparentée et de l'aidant
11	Cohérence des approches utilisées entre les différents intervenants
12	Collaboration efficace avec l'équipe
13	Capacité de gestion du stress par l'aidant
14	Présence d'un épuisement avéré de l'aidant
15	Détérioration de l'état de santé physique et psychologique de l'aidant
16	Communication efficace avec l'équipe de soins
17	Accès à des conseils spécialisés et professionnalisés
18	Acceptation de la situation par l'aidant
19	Maintien des habitudes de vie dans le couple et pour les individus
20	Souplesse dans la prestation des services offerts
21	Etat de santé physique et psychologique de la PMAA
22	Respect du choix de la PMAA de rester à son domicile
23	Disponibilité d'un réseau de soutien social
24	Présence de risques avérés d'abus ou de négligence pour la PMAA

Source : Jean-Michel Caire, *Etude anthropo-systémique des conditions de maintien à domicile*, thèse de l'Université de Bordeaux, 2015

La difficulté liée aux pathologies tient davantage au fait de mettre en place des réponses d'urgence et d'alarme en cas de besoin, ou aux difficultés de la personne à suivre le traitement, lorsque les personnels sont confrontés à un refus de soin ou à une difficulté à suivre le plan de soins et à faire intervenir les professionnels adaptés, dont la HAD. La régularité de la prise des médicaments (par exemple dans le cadre d'un traitement d'une maladie de Parkinson) peut par exemple soulever des problèmes qui nécessiteront la vigilance d'un proche-aidant, lorsque la personne n'est pas suivie de façon pluriquotidienne par des services d'aide à domicile ou de soins infirmiers à domicile. C'est vis-à-vis de ces difficultés de rupture de soins que les équipes mobiles,

et en cas de complexité particulière les DAC, peuvent jouer un rôle prépondérant, la capacité des différents professionnels à élaborer des réponses communes déterminant en grande partie la possibilité d'un maintien au domicile.

Graphique 3 : Exemple de schématisation des points critiques du domicile et des réponses susceptibles d'être apportées



TABEAU 1		Dimensions à évaluer pour définir les limites du maintien à domicile
Avec quelques exemples de points critiques et de ressources potentielles.		
Dimensions et points critiques à évaluer	Exemples de ressources et réponses possibles	
Problèmes médicaux		
• Instabilité, difficultés de la personne à suivre les traitements, à suivre et identifier les indicateurs d'alarme, incapacité à élaborer et/ou initier un plan d'action en cas d'alarme	• Soins à domicile, implication proches et entourage; visite à domicile du médecin; consultations gériatriques de 2 ^e ligne	
Status fonctionnel		
• Dépendance AVQ instrumentales: confection repas, gestion finances, gestion médicaments • Dépendance AVQ de base: difficultés aux transferts	• Repas à domicile, traiteur; assistante sociale, curateur; semainier, aide par pharmacie • Programme de réadaptation à domicile	
Problèmes de mobilité		
• Chutes, fréquence des sorties	• Adaptation domicile par ergothérapeute; programme de réadaptation à domicile; téléalarme	
Nutrition		
• Accès, capacité à confectionner les repas; limitations financières	• Repas à domicile, traiteur, restaurant; assistante sociale	
Problèmes cognitifs		
• Troubles du comportement de type agressivité; troubles du jugement avec mise en danger; désorientation avec déambulation et errance	• Sécurisation du domicile; Equipe mobile de psychiatrie de l'âge avancé; fréquentation Centre Accueil Temporaire (CAT)	
Santé mentale		
• Anxiété; troubles dépressifs; troubles de personnalité; addiction	• Equipe mobile psychiatrie de l'âge avancé; hôpital de jour de psychogériatrie; CAT	
Environnement		
• Accès et barrières architecturales, sécurité extérieure et intérieure	• Adaptation par ergothérapeute	
Réseau social		
• Isolement social	• CAT; associations (Pro Senectute, Alzheimer, Pro XY,...)	

Source : *Revue médicale suisse*, 2018, 14, 1993-770

3.5 En cas d'hospitalisations répétées, l'établissement peut s'imposer comme une solution plus sûre et plus fonctionnelle pour les professionnels de santé et les familles

Les hospitalisations répétées concourent à l'entrée en établissement à trois titres :

- La complexité de gestion pour les familles et les professionnels des aller-retours domicile/hôpital et la familiarisation progressive des familles et/ou des personnes âgées elles-mêmes avec l'idée d'une solution institutionnelle ;
- La difficulté à trouver des solutions pour un retour au domicile adapté (délais d'intervention d'un ergothérapeute, délais d'intervention des SSIAD ou de l'HAD, délais de mise en œuvre des adaptations nécessaires du logement ou des réévaluation des besoins d'aide par les

⁷⁰ Pr Christophe Büla, Drs Marc Humbert, Sylvain Nguyen, Kristof Major et Céleste Joly Schwartz, « Maintien à domicile : quelles dimensions prendre en compte chez les personnes âgées ? », *Revue médicale suisse*, 2018, 14, 1993-7.

équipes médico-sociales du département...). Au cours de ses investigations, la mission a constaté sur ce point des réalités territoriales très disparates, qui tenaient notamment à la disponibilité des SSIAD et à leur capacité à réagir dans des délais resserrés pour accompagner la sortie d'hospitalisation, mais aussi des SAAD, qui sont essentiels pour une grande partie des sorties d'hospitalisation (voir *infra* les corrélations entre l'offre de SAAD et les dépenses de SSR) ;

- La dégradation des personnes induite par le passage à l'hôpital, en particulier lorsque l'entrée se fait par les urgences. Pour les personnes âgées, 40 % des admissions passent par les urgences, contre 15 % pour les personnes âgées de 30 à 70 ans⁷¹. En 2021, le taux d'hospitalisation potentiellement évitable s'élève à 25,80 pour 1 000 pour les plus de 75 ans, contre 4,95 pour 1 000 pour les 18 ans et plus, 49 % des hospitalisations potentiellement évitables étant liées à une déshydratation⁷². Cette dégradation peut induire deux effets. D'une part, une insuffisante prise en compte du degré d'autonomie dont jouissait la personne avant l'entrée à l'hôpital. D'autre part, l'hospitalisation peut induire une confusion, une perte de repères, une détérioration de l'état de santé physique (par exemple du fait d'une mobilité insuffisante de type « lit-fauteuil » ; qualité gustative de l'alimentation trop souvent insuffisante) et cognitif, l'aggravation de la perte d'autonomie, l'incontinence etc⁷³, qui rendront complexe la continuité de la vie à domicile. (voir annexe « Système de soins »)

Ces constats sont partagés par tous les acteurs, les solutions bien connues et rappelées depuis de nombreuses années : une meilleure régulation des admissions aux urgences, une augmentation des capacités d'admission directe, ce qui suppose également de disposer d'un nombre plus important de lits de médecine gériatrique de courts séjours et de disponibilité d'équipe mobiles gériatriques pour intervenir dans les services de spécialité, et un travail sur le retour d'hospitalisation, les dispositifs étant sur ce point très dispersés entre les différentes caisses de sécurité sociale⁷⁴. Du côté de la prévention, la HAS a rappelé dans sa note de juillet 2015 les points clés pour la diminution des passages aux urgences : réduction de la prescription des médicaments inappropriés, prévention des chutes, planification anticipée des soins chez les patients présentant des troubles cognitifs et réalisation d'actes de télémédecine⁷⁵.

L'importance du maillage territorial de l'offre d'aide à domicile, de SSIAD et d'infirmiers libéraux doit également être soulignée. En effet, les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer résidant sur des territoires avec une bonne accessibilité aux soins médico-sociaux ont des dépenses d'hospitalisation inférieures de 3 % à 4 % par rapport à ceux résidant des territoires ayant une

⁷¹ ANAP, « Les parcours des personnes âgées sur un territoire : retours d'expérience

⁷² ATIH, indicateurs HPE 2021

⁷³ Voir sur ces points Aminzadeh F., Dalziel W.B., « Older Adults in the Emergency Department : A Systematic Review of Patterns of Use, Adverse Outcomes, Effectiveness of Interventions », *Annals of Emergency Medicine*, 2002, 39, 238-47, et Boyd C.M, Landefeld C.S., Counsell S.R., Palmer R.M., Fortinsky R.H., Kresevic D., Burant C., Covinsky K.E., "Recovery of Activities of Daily Living in Older Adults After Hospitalization for Acute Medical Illness : Functional Recovery After Hospitalization", *Journal of the American Geriatrics Society*, 2008, 56, 2171-2179.

⁷⁴ Voir notamment sur ce dernier point le rapport de la Cour des Comptes, « La prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées »

⁷⁵ HAS, « Note méthodologique et de synthèse documentaire. Comment réduire les hospitalisations non programmées en EHPAD », juillet 2015. Les principes rappelés ici pour les EHPAD s'appliquent de façon générale à la réduction des hospitalisations pour les personnes âgées.

faible offre médico-sociale. Pour les personnes résidant dans des territoires ayant une bonne offre de SAAD, les soins de SSR sont de 7 % moins élevés (pour une dépense moyenne annuelle de 11 000 € par personne atteinte de maladie d'Alzheimer ou apparentée, dont 4 000 € d'hospitalisation, 2 000 € de SSR et 4 700 € de soins ambulatoires). La baisse peut atteindre 11 % pour les dépenses d'hospitalisation et 35 % pour les soins de SSR s'agissant des départements dont l'indice d'offre médico-sociale est le plus favorable. Ceci ne signifie pas que l'offre médico-sociale conduise à une baisse des dépenses de santé par personne, dans la mesure où les personnes qui résident dans des territoires bien pourvus en offre médico-sociale constatent des dépenses ambulatoires plus élevées. Néanmoins, une offre médico-sociale forte permet de limiter les hospitalisations, de favoriser un recours accru à l'ambulatoire pour répondre aux besoins de soin, et une meilleure préservation des capacités des personnes en vue de leur maintien à domicile⁷⁶.

Par ailleurs, les niveaux de dégradation des personnes âgées à l'hôpital régulièrement rapportés demandent à être expertisés et à faire l'objet d'un travail spécifique. Dans la mesure où les plus de 80 ans représentent 14 % des séjours en MCO et 42 % des séjours en hospitalisation complète en SSR⁷⁷, il ne paraît pas acceptable que les établissements n'aient pas organisé leur activité et leurs pratiques de façon à prévenir ces dégradations. Cette question justifierait une mission spécifique de l'inspection générale, relative à la qualité de la prise en charge et à la prévention de la survenue ou de l'aggravation de la perte d'autonomie des personnes âgées dans les établissements hospitaliers. Cela nécessiterait plus globalement de promouvoir une plus grande approche populationnelle dans la prise en charge des personnes à l'hôpital.

4 Le maintien à domicile nécessite un travail sur l'adaptation de l'habitat et de l'environnement de vie

4.1 Les caractéristiques du logement peuvent influencer de façon significative la possibilité de continuer à vivre chez soi

La proximité des services et des commerces peut poser des difficultés lorsque la personne ne parvient plus à conduire, ou que son périmètre de mobilité se réduit. Cet enjeu ne renvoie pas en soi à des actions relatives au logement mais à des questions d'urbanisme, pour rendre la ville habitable en proximité. Il devrait donc intéresser en premier lieu les acteurs locaux en charge de l'aménagement urbain et des transports de proximité (communes, intercommunalités, syndicats mixtes) mais aussi les acteurs nationaux (ex. Agence nationale de la rénovation urbaine - ANRU).

L'accessibilité du logement se définit par la possibilité pour les personnes à mobilité réduite de pouvoir entrer et sortir de leur logement : entrée de plain-pied, ascenseur, rampe, largeur des portes et des ouvertures... Cette accessibilité se définit par le respect des obligations du code de la construction et de l'habitation, notamment de son article R.162-2, qui prescrit la possibilité

⁷⁶ Voir pour ces calculs Penneau A., Or Z., « Les inégalités territoriales de financement et d'accessibilité des soins médico-sociaux : quel impact sur les dépenses de santé des seniors ? », Questions d'économie de la santé, n°279, mai 2023.

⁷⁷ ATIH, Analyse de l'activité hospitalière, 2021.

pour toute personne, « avec la plus grande autonomie possible, de circuler, d'accéder aux locaux et équipements, d'utiliser les équipements, de se repérer et de communiquer. » La loi du 23 novembre 2018 portant évolution du logement, de l'aménagement et du logement (ELAN) a fixé une norme de 20 % de logements accessibles pour les logements neufs (hors maisons individuelles), le reste des logements devant être évolutifs. Le caractère évolutif se définit par la capacité des personnes en fauteuil roulant à accéder au bâtiment, au logement et aux lieux d'aisance, ainsi que par la possibilité de rendre le logement accessible par des travaux de faible ampleur, sans toucher aux éléments de la structure.

L'adaptation du logement renvoie à des éléments individuels et non réglementaires : est adapté un logement qui répond aux besoins de la personne considérée. Elle est donc obtenue par les aménagements intérieurs qui permettent de faciliter la vie de la personne en situation de perte d'autonomie, ainsi que l'aide informelle et professionnelle. Ces aménagements peuvent aller de reconfiguration de l'ameublement (retrait des tapis pour éviter la chute, réaménagement des pièces pour faciliter les passages) à l'adaptation des pièces (douche à l'italienne, cuisine accessible, installation de chemins lumineux avec détection de mouvements pour prévenir les chutes la nuit, fixation de prise électrique en hauteur) ou à des équipements professionnels pour permettre le travail des aides à domicile (installation de rails pour les transferts, lève-malades, verticalisateurs...). L'ensemble des solutions domotiques et d'intelligence artificielle peuvent être incluses dans le domaine de l'adaptation.

4.2 Les besoins d'adaptation du parc privé semblent particulièrement importants

De façon générale, la probabilité d'être propriétaire croît nettement avec l'âge, faisant des personnes âgées la catégorie de population où la fréquence des propriétaires est la plus forte. Si ces derniers ont pu par le passé avoir des logements en moyenne plus petits, plus vétustes et moins souvent localisés en zone urbaine⁷⁸, il semble que les évolutions récentes font apparaître une situation qui leur est plus favorable⁷⁹. Cette donnée pourrait s'expliquer par le fait que les dernières générations ont bénéficié de la hausse du prix de l'immobilier depuis les années 2 000, mais doit être mise en regard avec la part importante de personnes âgées résidant dans des logements non adaptés, et l'affaiblissement des niveaux de ressources après 85 ans.

Au-delà des normes réglementaires fixées pour les constructions neuves, plusieurs aides permettent de financer des équipements et travaux d'adaptation :

- Les aides techniques comprises dans le cadre du plan d'aide APA. Néanmoins, ces aides ne peuvent financer que des aménagements très limités, et le taux de recours est anecdotique. En 2017, si la moitié des plans incluent des aides techniques (aides à la mobilité, téléalarme,

⁷⁸ Minodier C., Rieg C., 2007, « Le patrimoine immobilier des retraités : une approche descriptive », in Bonvalet C., Drosso F., Benguigui F., Huynh P.M. (dir.), *Vieillesse de la population et logement : les stratégies résidentielles et patrimoniales*, Paris, PUCA, La Documentation française, p.87-127.

⁷⁹ Les conditions de logement des ménages résidant en France en 2020, datalab Ministère du logement, décembre 2022. « "Par rapport à 2013, la surface par occupant augmente sensiblement pour les ménages âgés principalement du fait de la hausse de la taille moyenne des logements qu'ils occupent ».

portage de repas, transport, accueil de jour...), seuls 0,3 % des bénéficiaires de l'APA avaient recours à des aides à l'aménagement du logement dans le cadre du plan d'aide ;

- Le dispositif « MaPrimeAdapt' » qui doit être mis en œuvre à partir du 1^{er} janvier 2024 fusionnera plusieurs systèmes d'aide qui préexistaient, et qui avaient été dénoncés pour leur complexité et leur manque de lisibilité⁸⁰ : aide « Habiter facile » de l'Anah, crédit d'impôt pour l'aide à la personne, dispositif « Bien vieillir chez soi » de la CNAV. MaPrimeAdapt' permettra de financer jusqu'à 70 % du coût des travaux dans un plafond de 15 000 € pour les ménages au revenu annuel inférieur à 22 461 €, et jusqu'à 50 % du coût dans un plafond de 15 000 € pour les ménages au revenu annuel compris entre 22 461 € et 27 343 €. Le dispositif est accessible aux personnes de 60 à 69 ans classées en GIR 1 à 4, et aux personnes de plus de 70 ans indépendamment d'une éventuelle évaluation AGGIR.

La mise en place de MaPrime'Adapt constitue un progrès notable en termes de lisibilité mais certaines zones de risque demeurent :

- **L'anticipation vis-à-vis des besoins paraissent faibles.** Si plusieurs rapports ont contesté la limite d'âge de 70 ans pour les aides à l'adaptation du logement, en soulignant la nécessité d'agir en amont, les personnes ne se projettent pas dans la dépendance à un âge précoce (dépendance qui ne viendra par ailleurs que pour moins de 10 % des personnes). Les enquêtes conduites par le Cnav et par Debout les aînés ! montrent ainsi que les personnes âgées envisagent l'adaptation du logement comme un besoin futur, y compris à des âges très avancés. Cette approche n'est pas nécessairement irrationnelle, dans la mesure où le risque de devenir dépendant pour une cohorte de 65 ans est de 15 %, et que les longues durées dans la dépendance sont rares⁸¹, ce qui ne justifie pas forcément l'investissement dans des dispositifs type monte-escalier ou douche à l'italienne de façon massive. De façon générale, la littérature a montré que les personnes âgées tendaient à s'adapter à leur logement plutôt que l'inverse, et à mettre en œuvre des stratégies adaptatives pour continuer à vivre dans des habitats qui ne correspondaient pas pleinement à leur état de santé ou à leur situation⁸². Les tentatives pour promouvoir une meilleure anticipation s'orientent à l'heure actuelle vers une publicité positive, qui insiste sur le confort et la sécurité du logement (dimension fonctionnelle) plus que sur les besoins relatifs à la dépendance (dimension sanitaire). Il est également essentiel de pouvoir s'appuyer sur des tiers de confiance (proches-aidants, médecins...) pour accompagner les personnes qui craignent l'intrusion dans leur logement ;
- **Les travaux peuvent rester coûteux pour les personnes** (avec un reste à charge estimé à près de 2 400€ en moyenne pour un ménage aux ressources très modestes) : l'adaptation de la douche coûte entre 5 000 € et 8 000 € HT, tandis que l'investissement dans un monte-escalier est compris entre 3 000 € et 10 000 € HT. L'Anah indique un coût moyen de 7 696 € HT par logement privé accompagné en 2022, ce qui impliquera un reste à charge de 2 400 €

⁸⁰ Voir notamment le rapport de la Cour des comptes de 2016, La prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées

⁸¹ Rosso-Debord, *Rapport sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes*, 2010, cité par F. Bien, A. Chassagnon, M. Plisson, « Est-il rationnel de ne pas s'assurer contre la dépendance ? », *Revue française d'économie*, 2011/4.

⁸² Sylvie Renaut, Jim Off, Aline Chamahian, Ségolène Petite, « Cadre de vie et conditions de logement des propriétaires vieillissants », in *Gérontologie et société*, 2017/1, vol.39, n°152, p.57-75.

pour les ménages aux ressources très modestes dans le cadre de Ma Prime Adapt'. Ce montant peut être élevé, sachant que 20 % des 80 ans et plus à domicile ont un niveau de vie inférieur à 1 236 €/mois, et que 40 % des 80 ans et plus à domicile ont un niveau de vie inférieur à 1 517,5 €/mois. Par ailleurs, ce coût moyen correspond au coût de l'adaptation d'une salle de bains, et ne peut pas couvrir des travaux plus avancés d'adaptation du logement, ou d'accessibilité ;

- **Les démarches et le temps d'instruction peuvent être trop longs (et complexe)**, d'autant que les personnes doivent engager les dépenses avant d'être remboursés par le biais de l'aide (pas de système de tiers payant). La mission a ainsi observé dans certains départements des situations où le retour à domicile après hospitalisation était freiné par le temps administratif nécessaire pour engager les travaux d'adaptation ; A cet égard, lorsque les personnes doivent recourir à un maître d'œuvre, le dispositif MaPrimeAdapt' prévoit toutefois l'habilitation par l'Agence nationale de l'habitat (Anah) d'accompagnateurs auprès des personnes pour leur faciliter les démarches à conduire.
- **Les solutions domotiques paraissent peu financées** : elles ne sont pas prises en compte dans les aides à l'adaptation, mais peuvent l'être dans le cadre des plans d'aide APA. Néanmoins, comme indiqué *supra*, la part des aides à l'aménagement est résiduelle dans les plans d'aide, et tend à diminuer avec le niveau de besoin, les bénéficiaires se recentrant sur les aides humaines prioritaires pour l'accompagnement.

L'évaluation des besoins d'adaptation, dès l'évaluation APA, avec la visite d'un ergothérapeute, gagnerait à être systématisée, y compris, en coordination avec les CARSAT, lorsque la personne est estimée en GIR 5-6. De façon générale, une politique anticipée d'adaptation nécessiterait de passer à une évaluation faite sur le modèle de la PCH, qui prenne en compte tous les déterminants de la perte d'autonomie, aussi bien en termes de vie sociale et d'accès aux services (voir *supra*). Ceci implique également que les plans d'aide APA puissent couvrir les besoins d'adaptation lorsqu'ils sont suscités par des limitations de l'autonomie fonctionnelle ou cognitive.

Le reste à charge des personnes aux ressources modestes et très modestes doit être interrogé. Comme l'a noté le CESE dans son avis d'avril 2023 relatif à la prévention de la perte d'autonomie liée au vieillissement, le reste à charge représente un frein pour des ménages vivant avec de très faibles revenus. Pour ces ménages, le passage par le plan d'aide APA, avec un taux de participation calculé en fonction des ressources, paraîtrait plus indiqué.

L'ensemble de ces freins à l'adaptation des logements justifie une action plus rapide et de plus grande ampleur des pouvoirs publics qui semblent plus conscient du défi et plus désireux de renforcer l'adaptation des logements. En plus des actions annoncées dans ce sens, il est nécessaire suivre et évaluer les effets de cette dynamique pour l'ajuster aux besoins. Le dispositif MaPrimeAdapt' devra ainsi faire l'objet d'une évaluation approfondie un an après sa mise en œuvre afin d'apprécier s'il atteint ou non sa cible (une large campagne de communication est prévue début 2024). Si c'est le cas, la question de son élargissement au-delà des foyers à revenus modestes méritera d'être posée, sur l'exemple de MaPrimeRénov (droit d'attribution largement ouvert mais montant de l'aide variable selon les revenus). Si ce n'est pas le cas, il sera opportun d'envisager un changement de modèle en expérimentant des aides en nature pour l'adaptation des logements plutôt que des aides en espèces (type MaPrimeAdapt'). De ce point de vue, l'approche danoise, qui consiste en une aide en nature par la commune de résidence, qui prend le sujet de bout en bout (de l'évaluation des besoins à la réalisation des aménagements) et envoie

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

4.3 Des difficultés spécifiques apparaissent pour le logement social

Si des financements existent par le biais des exonérations de taxes foncières pour les travaux d'adaptation et les conventionnements entre les CARSAT et les bailleurs, et que certains bailleurs ont investi dans les dispositifs, le passage à l'échelle reste insuffisant. Le rapport annuel 2018 de l'Ancols a mis en valeur le fait que 24 % des ménages locataires d'organismes de logement social avaient plus de 65 ans en 2018, et 30 % entre 50 et 64 ans, soit des proportions qui pourraient atteindre 50 % de retraités dans certains organismes sociaux au cours des deux décennies à venir. Ces chiffres sont cohérents avec ceux présentés à la mission par le collectif Action Tank, qui après son enquête auprès des organismes de logement, projette des taux de 25 à 30 % de plus de 60 ans dans les bailleurs sociaux, pouvant atteindre 50 %, dans les années à venir. Or, à ce jour, 46,7 % des locataires de 60 à 79 ans et 44,4 % des plus de 80 ans vivaient dans un logement social sans ascenseur⁸³. Selon l'enquête conduite par Action Tank, la moitié des locataires déclarent avoir un appartement inadapté à leur état de santé ou à leurs besoins.

Les administrations auditionnées par la mission n'ont pas semblé avoir fait de cette transition dans le logement social un axe prioritaire d'action, suivi de façon consistante. De ce fait, même si la loi ELAN a ouvert des possibilités en termes de logement adapté, les rythmes d'avancement sont très fortement dépendants de la volonté des différents bailleurs, de l'état de vieillissement du parc et de leur santé budgétaire pour conduire des travaux de remise à niveau. En effet, les logements dits « article 20 » de la loi ELAN (code de la construction et de l'habitation, art. L. 441-2) permettent de réserver l'attribution à des personnes âgées de logements sociaux : la DRIHL indique que 4 425 logements ont été créés en Ile-de-France dans ce cadre depuis 2016 sur un volume global de 130 000 logements agréés. Néanmoins, la difficulté demeure pour les mobilités de proposer aux personnes âgées, qui sont locataires depuis une longue période de leur logement à un prix historique (souvent inférieur à la moyenne), un nouveau logement qui ne présente pas d'écart excessif dans le prix au m² vis-à-vis du précédent. La DRIHL suggère que les logements article 20 puissent être mobilisés pour proposer des loyers adaptés en ce sens, qui ne soient pas fixés sur le prix du contemporain du m².

Par ailleurs, l'implication des bailleurs sociaux dans l'accompagnement de leurs locataires en perte d'autonomie doit être renforcée. Cette implication peut passer par un renforcement des fonctions de gardien d'immeuble, avec un rôle de repérage et de veille, voire par la coordination de services à domicile par les bailleurs sociaux. Une veille de nuit pour un ensemble de locataires assurée par une aide à domicile pourrait également être mise en place, ce qui supposerait d'autoriser la mutualisation d'une partie des plans APA pour ce type de services. Une telle évolution nécessiterait de faire évoluer de façon significative le cœur de métier et d'expertise des bailleurs sociaux. Néanmoins, les proportions projetées de locataires en perte d'autonomie autant

⁸³ Luc Broussy, Rapport interministériel sur l'Adaptation des logements, des villes, des mobilités et des territoires au vieillissement de la population, Mai 2021.

que les tensions sur les ressources humaines nécessitent de penser une organisation efficiente du déploiement des services au niveau de ce parc.

Une évaluation approfondie des modes de gestion et bonnes pratiques existantes vis-à-vis des personnes âgées habitant par les bailleurs sociaux en France permettrait de faire un recensement, d'accroître la mobilité dans le parc social et ainsi d'améliorer les conditions du soutien à domicile pour les personnes qui y vivent.

Ainsi, si l'enjeu est identifié depuis plusieurs années, un plan d'action dans l'accessibilité et l'adaptation des logements qui soit à la hauteur des ambitions du « virage domiciliaire » fait défaut.

De fait, si ces préoccupations commencent à être prises en compte par un certain nombre de bailleurs sociaux, la mission a constaté que les bailleurs comme les administrations n'avaient pas encore initié d'action à la hauteur des enjeux. La capacité des bailleurs sociaux à proposer à leurs locataires âgés qui vivent dans des appartements de taille familiale de déménager vers des appartements plus petits et mieux adaptés doit également être développée. Ceci impliquerait de pouvoir proposer à ces locataires un loyer a minima similaire, voire moindre à celui qu'ils payaient sur un prix de référence historique⁸⁴, en mobilisant éventuellement les logements dits « article 20 » de la loi ELAN, qui permettent de réserver l'attribution de logements sociaux à des personnes âgées.

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

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

⁸⁴ D'un côté les personnes âgées qui sont souvent des locataires anciens bénéficient de prix au mètre carré faible par rapport à ceux actuels, d'un autre, déménager dans un logement à la surface plus réduite peut diminuer le loyer. Jouer sur les deux variables simultanément est nécessaire pour proposer des loyers attractifs et une incitation à déménager dans des logements plus adaptés.

de logements de grande taille dans le parc social constitue de plus une opportunité à explorer pour développer, au sein du parc social, des habitats inclusifs pour personnes âgées à partir d'une offre de logement déjà existante : ainsi que le souligne l'Ancols en 2017, « *Les logements vacants sont majoritairement des T3 et des T4, et ce, du fait de la structure du parc principalement composé de ces deux types de logements. (...) Les grands logements (en particulier les « T5 et plus ») connaissent une sortie plus lente de la vacance que les petits logements, alors que leur taux de disponibilité est inférieur à la moyenne. Les grands logements connaissent donc des difficultés pour être reloués rapidement* »⁸⁵.

⁸⁵ Rapport annuel d'activité 2017, Agence nationale de contrôle du logement social (Ancols).

ANNEXE 3 : Aide et accompagnement à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie

ANNEXE 3 : AIDE ET ACCOMPAGNEMENT A DOMICILE DES PERSONNES AGEES EN PERTE D'AUTONOMIE.....	65
1 LES SERVICES A LA PERSONNE (AIDE A DOMICILE) CONSTITUENT LE SOCLE DU SOUTIEN A DOMICILE POUR LES PERSONNES AGEES MAIS POURRAIENT SE TROUVER FORTEMENT FRAGILISES DANS LES ANNEES A VENIR.....	67
1.1 LES SERVICES A DOMICILE PERMETTENT DE REpondre AUX BESOINS LIES AUX LIMITATIONS FONCTIONNELLES ET COGNITIVES DES PERSONNES	67
1.2 LES SERVICES D'AIDE A DOMICILE CONSTITUENT LE CŒUR DES SERVICES A DOMICILE POUR LES PERSONNES AGEES	69
1.3 LA BAISSe PREVUE DE LA POPULATION ACTIVE FRANÇAISE ET LES TENSIONS ELEVEES DE RECRUTEMENT DANS LE SECTEUR DE L'AIDE A DOMICILE AUGURE DE DIFFICULTES RH MAJEURES DANS LES METIERS DU GRAND AGE	73
1.4 BIEN QU'IL SOIT AU CŒUR DU MAINTIEN A DOMICILE, LE SECTEUR DE L'AIDE A DOMICILE RESTE MAL CONNU ET TROP PEU CONSIDERE	78
2 LES PLANS D'AIDE NE PERMETTENT PAS DE REpondre AUX BESOINS DES PERSONNES QUI PRESENTENT DES LIMITATIONS IMPORTANTES	80
2.1 LE NIVEAU D'AIDE AUX PERSONNES TEND A DIMINUER A MESURE QUE LE NOMBRE DE BENEFICIAIRES AUGMENTE.....	80
2.2 LE REGIME ACTUEL NE PERMET PAS D'ACCOMPAGNER DES SITUATIONS COMPLEXES A DOMICILE OU DANS DES HABITATS INTERMEDIAIRES ET NE PEUT DONC PAS APPUYER LE DEVELOPPEMENT D'ALTERNATIVES A L'EHPAD.....	86
2.3 DE FORTES INEGALITES DE PRISE EN CHARGE DEMEURENT EN DEPIT DES REFORMES DE LA LOI ASV	93
3 LES SERVICES SONT CONFRONTES A DES TENSIONS BUDGETAIRES ET A DES DIFFICULTES DE RECRUTEMENT QUI MENACENT LA CONTINUITE DE L'ACTIVITE.....	95
3.1 LES MODALITES DE TARIFICATION LAISSENT PLANER DES RISQUES SUR L'EQUILIBRE BUDGETAIRE DES SAAD	95
3.2 SOUS L'EFFET DE L'INFLATION, DES REVALORISATIONS SALARIALES ET DES DIFFICULTES DE RECRUTEMENT, DE NOMBREUX SERVICES SONT ACTUELLEMENT DANS UNE SITUATION CRITIQUE	97
4 LES REFORMES EN COURS CONSTITUENT DES AVANCEES SIGNIFICATIVES, MAIS NE REpondRONT PAS AU BESOIN D'UNE REFORME STRUCTURELLE DU SECTEUR.....	100

Les interventions d'aide et de soutien à domicile conditionnent la capacité des personnes âgées en perte d'autonomie à vivre à domicile ou dans un habitat de type intermédiaire. Qu'il s'agisse de résidences autonomie, de résidences services seniors, ou d'habitats partagés (colocations, béguinages...), l'ensemble des nouvelles formes d'habitat encouragées dans le cadre du « virage domiciliaire » reposent en effet sur l'intervention de professionnels auprès des habitants et en soutien à leurs proches-aidants, dans la mesure où ces habitats ne sont pas des établissements et ne salarient pas directement d'intervenants sanitaires et sociaux. Ces structures laissent aux habitants la liberté de recourir à l'un des services qui exercent sur le périmètre de l'habitation ou à des professionnels en emploi direct, ou conventionner avec un service à domicile, l'habitant gardant théoriquement la possibilité de recourir à un service différent en cas d'insatisfaction. Certains gestionnaires, notamment lorsqu'il s'agit d'entreprises de taille significative, sont enfin propriétaires d'un habitat (en particulier une résidence service senior) et porteur d'un service d'aide à domicile accolée à cette résidence, ce qui permet de faciliter la gestion de l'aide.

Par conséquent, l'objectif de permettre à une plus grande partie des personnes âgées en perte d'autonomie de continuer à vivre dans un domicile (ordinaire ou intermédiaire), et d'éviter une entrée non souhaitée en établissement, n'est envisageable que si les capacités des services à domicile sont renforcées de façon significative, sur le plan quantitatif comme sur le plan qualitatif. Un tel renforcement suppose de pouvoir accompagner à domicile des personnes présentant des situations complexes, requérant par exemple un besoin de surveillance continue (chutes répétées, troubles neuro-cognitifs), des changes réguliers en raison de problème d'incontinence, ou la prise en charge de troubles du comportement sévères.

Le « virage domiciliaire » ne doit donc pas être entendu comme une baisse de l'offre d'hébergement en établissement, consécutive à un maintien du nombre de places en EHPAD face à l'augmentation de la population âgée de plus de 85 ans dans les années à venir, mais comme un renforcement et une diversification des modalités de soutien à domicile. A l'heure actuelle, l'entrée en établissement intervient en effet lorsque les besoins d'aide et d'accompagnement atteignent un niveau tel que la réponse à ces besoins n'est plus suffisante ou possible dans le cadre du domicile (ordinaire ou intermédiaire). A ce titre, l'amélioration du niveau de réponse permettra de prévenir et de faire reculer les situations limites qui conduisent à une entrée en établissement, et de diminuer de fait la proportion des personnes en EHPAD. Sans un renforcement marqué des capacités d'accompagnement à domicile, la baisse du taux d'institutionnalisation souhaitée par les pouvoirs publics ne conduira vraisemblablement pas à un « virage domiciliaire », mais à une dégradation des situations de vie à domicile, à une fragilisation des habitats intermédiaires, à une augmentation des situations de ruptures et d'urgence critique, et à une hausse des problèmes de santé et des hospitalisations des proches-aidants comme des personnes aidées.

Le renforcement des capacités de soutien à domicile passe d'abord par un renforcement des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD), qui constituent le socle du soutien à domicile, et la condition de fonctionnement des habitats intermédiaires présentés comme des « alternatives à l'EHPAD » lorsque la situation de dépendance à une aide humaine s'intensifie. **Or cet objectif paraît à ce jour gravement compromis,** étant donné la fragilité économique du secteur, la faible attractivité des métiers, l'insuffisance et l'hétérogénéité des réponses au regard des besoins de personnes en situation de dépendance ou en risque d'aggravation de leur situation de dépendance, sans compter la question des aidants et de l'isolement.

1 Les services à la personne (aide à domicile) constituent le socle du soutien à domicile pour les personnes âgées mais pourraient se trouver fortement fragilisés dans les années à venir

1.1 Les services à domicile permettent de répondre aux besoins liés aux limitations fonctionnelles et cognitives des personnes

La possibilité d'éviter l'entrée en établissement est directement liée à l'intensité, à la qualité et à la variété de l'offre de services à domicile, que ces services relèvent de l'accompagnement ou du soin. L'offre de services doit permettre de répondre aux besoins liés aux limitations dans les actes de la vie quotidienne et dans la vie sociale, aux événements de vie (décès du conjoint, hospitalisation de la personne, hospitalisation du proche-aidant) et aux besoins associés à certaines pathologies comme la dépression ou les maladies neuro-dégénératives :

- **Les limitations dans les activités de la vie quotidienne⁸⁶**
 - La limitation dans les activités de base peut nécessiter une aide ou un accompagnement à la prise de repas, à la toilette, à l'habillage, aux transferts (lever et coucher, transfert depuis une chaise), aux déplacements (notamment vers les toilettes) et une aide liée à l'incontinence (aide à l'élimination, poche urinaire, change de protections...). L'amplitude horaire des services et la capacité de ces services à proposer plusieurs passages quotidiens sont ici déterminantes ;
 - La limitation dans les activités dites instrumentales peut requérir une aide à la préparation des repas (livraison à domicile, accompagnement de la personne pour les courses et la confection des repas), à l'entretien de la maison et du linge, à la gestion administrative et financière (mandataire judiciaire, assistants sociaux) et à la gestion des médicaments (préparation du pilulier) ;
- **Les problèmes de mobilité** se traduisent par une difficulté à sortir seul du domicile, et par la prévalence des chutes. Ils appellent aussi bien des adaptations du domicile (solutions domotiques, chemins lumineux, télé-alarme et télé-assistance, repérage des chutes par système d'intelligence artificielle), éventuellement préparées par l'intervention à domicile d'un ergothérapeute, qu'un éventuel accompagnement pour la sortie (accompagnement humain, transfert véhiculé vers les lieux de vie sociale ou vers l'accueil de jour des établissements...);
- **Les troubles cognitifs** (mémoire, attention, langage, fonctions exécutives, praxies, gnosies...) se traduisent par des comportements d'errance et de déambulation, y compris nocturnes, des troubles du jugement et des troubles du comportement dits « productifs » (cris, agitation, agressivité, déambulation) ou à l'inverse apathiques mais néanmoins très

⁸⁶ Cette classification est reprise de l'article suivant : Pr Christophe Büla, Drs Marc Humbert, Sylvain Nguyen, Kristof Major et Céleste Joly Schwartz, « Maintien à domicile : quelles dimensions prendre en compte chez les personnes âgées ? », Revue médicale suisse 2018, 14, 1993-7.

déstabilisants pour leurs proches (voir l'analyse de l'échelle de Zarit dans l'annexe « conditions et limites de la vie à domicile »). Ils requièrent l'intervention d'équipes spécialisées (équipe spécialisée Alzheimer, équipes mobiles de géronto-psychiatrie...), des dispositifs de surveillance (objet connecté permettant de géolocaliser la personne, système de repérage des mouvements atypiques), mais surtout une présence presque continue (surveillance) qui puisse assurer *la sécurité et le bien-être de la personne*. Ces situations impliquent un volume d'heures important pour les aides à domicile, éventuellement couplé à des dispositifs d'astreinte, et un haut niveau de formation et d'accompagnement pour être en mesure d'interagir avec des personnes désorientées et parfois sujettes à des troubles du comportement (agressions, coups, morsures, insultes...), majorés par un environnement inadapté (professionnels et proches-aidants non formés, enfermement...)

- **La santé mentale**, dont la dégradation peut se traduire par des troubles anxieux ou dépressifs, et qui nécessite une bonne formation des personnels médicaux, éventuellement soutenus par les équipes mobiles de géronto-psychiatrie. Le taux de suicide des personnes âgées reste très élevé, en particulier chez les hommes. Parmi les facteurs de risque psychosociaux, la littérature insiste sur l'influence de l'isolement et du manque de soutien social⁸⁷ ;
- **L'environnement matériel** (inadaptation du logement, escaliers, salle de bain avec baignoire, largeur des portes pour les personnes en fauteuil ou pour l'installation d'un lit médicalisé, distance de l'interrupteur pour les réveils nocturnes...), qui requiert des aides à l'adaptation des logements, et peut bénéficier de l'intervention d'un ergothérapeute, notamment pour les personnes très limitées sur le plan fonctionnel mais également sur le plan psychique (lits adaptés aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, organisation spatiale adaptée pour les réveils nocturnes...);
- **L'environnement social**, qui peut être structurellement fragile (personne isolée, absence de conjoint et/ou d'enfants, éloignement de la famille) ou se dégrader brutalement, par exemple à l'occasion du décès du conjoint. Cette situation suppose une « aide à la recomposition de la vie sociale » qui doit mobiliser les services d'aide à domicile autant que le tissu local (commerçants, clubs communaux, voisinage) et en particulier associatif ;
- **Les problèmes médicaux**, qui peuvent tenir à l'intensité des besoins en soins, à la difficulté d'accès à la ressource médicale, ou à la difficulté de la personne à suivre ses traitements. Ces besoins supposent des soins à domicile réalisés par les aides-soignants et les infirmiers, voire les kinésithérapeutes, des visites à domicile du médecin, et le cas échéant l'intervention des équipes mobiles ou de l'hospitalisation à domicile.

Pour répondre à ces besoins, les personnes peuvent avoir recours, en fonction des aides à des professionnels qui relèvent du domaine du soin ou du domaine de l'aide et de l'accompagnement :

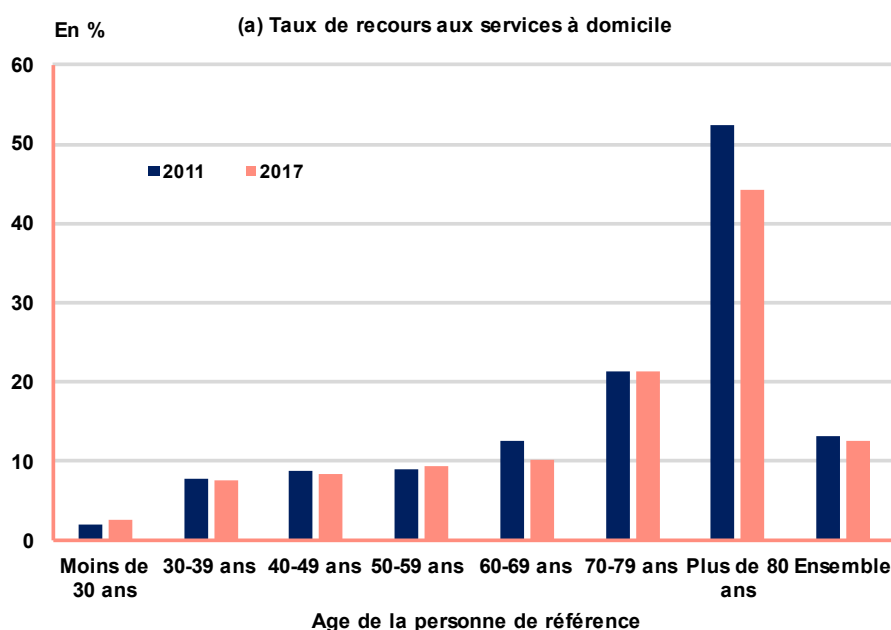
⁸⁷ C. Kopp-Bigault, M. Walter, « Prévention du suicide des personnes âgées en France. Vers une stratégie multimodale de lutte contre la dépression et l'isolement », L'Encéphale, Volume 45, Supplément 1, janvier 2019.

- Les professionnels du soin comprennent des offreurs de soins libéraux (visites à domicile du médecin généraliste, infirmiers libéraux, kinésithérapeutes), des offreurs de soins hospitaliers, notamment par le biais des équipes mobiles (équipes mobiles en psychogériatrie, en soins palliatifs...) et de l'hospitalisation à domicile, et des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), qui interviennent en priorité pour les soins de nursing (toilette technique, transferts complexes, pansements...);
- Les professionnels de l'aide et de l'accompagnement interviennent par le biais des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD), qui font l'objet d'une autorisation départementale, et de professionnels en emploi direct. Ces professionnels appartiennent à la catégorie des services à la personne, définis à l'article D.7231-1 du code du travail.

1.2 Les services d'aide à domicile constituent le cœur des services à domicile pour les personnes âgées

Quel que soit leur degré d'autonomie, les personnes âgées recourent de façon importante aux services à domicile, dans le cadre de l'assistance aux personnes âgées, mais également pour des tâches d'entretien, de portage de repas, de téléassistance, de petit bricolage etc. En 2017, 44 % des ménages de plus de 80 ans avaient ainsi recours à ce type de services, contre 12,6 % des ménages tous âges confondus. Le taux de recours augmente nettement à partir de 70 ans.

Graphique 1 : Taux de recours aux services à domicile



Source : DARES, Enquête Budget de famille 2011 et 2017

Le recours aux services à domicile peut se faire par le biais de trois types de régimes :

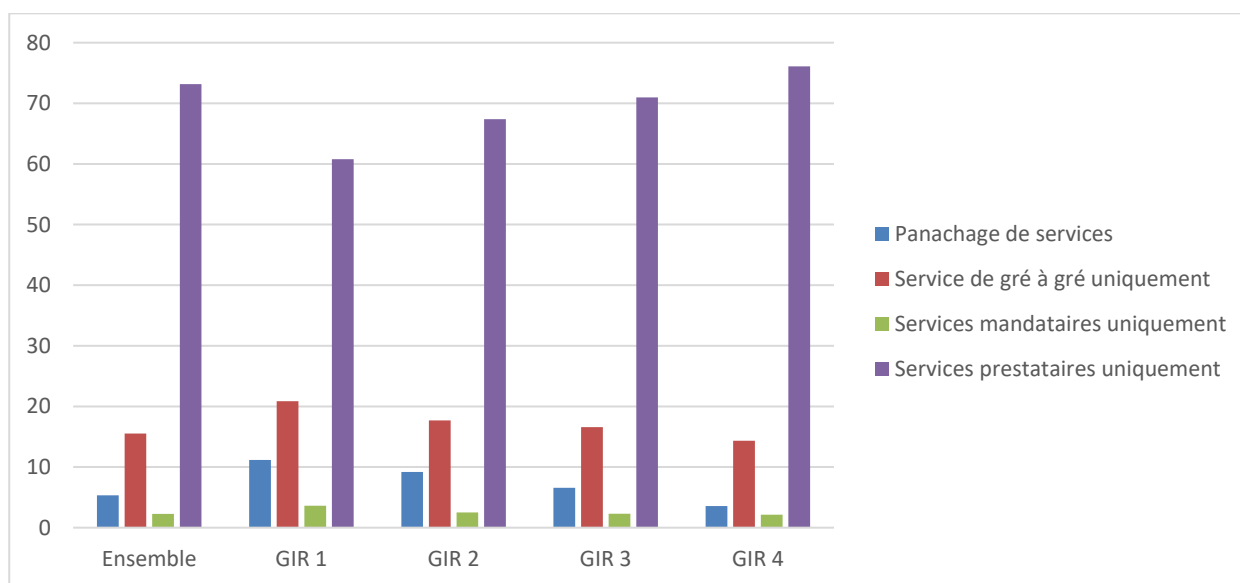
- **Les services intervenant en mode prestataire.** Le service, dont le gestionnaire peut être une association, un CCAS ou une entreprise, est dans ce cas l'employeur des personnels intervenant à domicile. S'agissant de l'aide aux personnes âgées en perte d'autonomie, qui

constitue un public fragile, elle est assurée par les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD), qui font l'objet d'une autorisation départementale. Le recours aux services prestataires serait supposé prévaloir pour les personnes les plus fragiles, dans la mesure où l'emploi de gré à gré présente plus de difficulté pour des personnes exposées à de nombreuses limitations cognitives et fonctionnelles. Néanmoins, c'est l'inverse qui est observé : le recours aux services prestataires diminue avec le niveau de GIR, un volume d'heures élevé conduisant à favoriser de l'emploi direct, moins coûteux (*voir infra*) ;

- **L'emploi direct.** L'utilisateur emploie directement les professionnels qui interviennent à domicile, selon deux modalités possibles :
 - **Par l'intermédiaire d'un service mandataire**, qui met en relation les professionnels et les personnes, assure les remplacements en cas d'absence du professionnel et gère un certain nombre de tâches administratives. S'agissant des personnes âgées en perte d'autonomie, ces services sont également des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) soumis à autorisation ;
 - **En gré à gré**, le paiement pouvant notamment être réalisé par le biais de chèques emplois service universels (CESU).

S'agissant des bénéficiaires de l'allocation personnalité d'autonomie (APA), le recours aux services prestataires constitue la majorité des prestations, mais l'emploi direct (dont services mandataires) augmente avec le niveau de GIR, ainsi que le panachage de services. En effet, lorsque les besoins d'aide deviennent élevés, le recours à l'emploi direct, dont le prix horaire est moindre, permet de bénéficier d'un nombre d'heures plus élevé pour un montant du plan d'aide équivalent. Un tel constat peut paraître paradoxal, dans la mesure où les risques liés à l'emploi direct (absence de contrôle, relation financière directe entre le personnel et le bénéficiaire, faible capacité d'assurer des remplacements, gestion des périodes d'hospitalisation, de rupture de contrat au moment du décès ou de l'entrée en établissement...) augmentent avec la vulnérabilité et la dépendance de la personne.

Graphique 2 : Part des services employés selon le niveau de GIR (en %)



Source : DREES, remontées individuelles APA 2017, traitement mission

Les services d'aide à domicile constituent la part majoritaire du soutien à domicile :

- **En volume de services.** Si l'on s'en tient à l'analyse des services médico-sociaux à domicile, on constate que le nombre de SAAD est très nettement supérieur à celui des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), qui représentent moins de 20 % des services. Les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD), qui assurent les missions d'un SAAD et d'un SSIAD, restent en nombre résiduel.

Tableau 1 : Nombre de services médico-sociaux à domicile autorisés par région (juillet 2023)

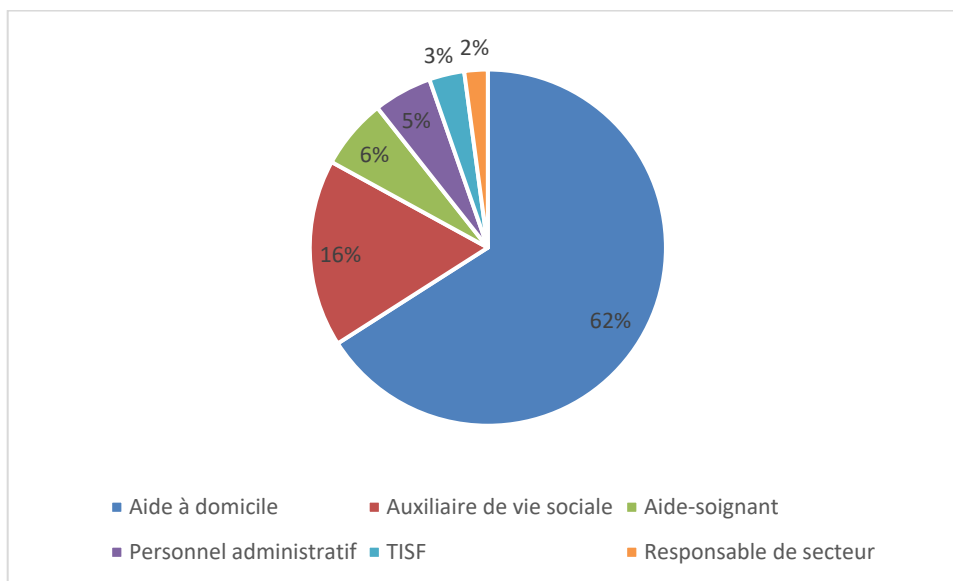
Région	SAAD	SSIAD	SPASAD
Auvergne Rhône Alpes	1377	256	39
Bourgogne-Franche-Comté	618	75	67
Bretagne	522	88	14
Centre-val-de-Loire	416	94	1
Corse	15	10	0
Grand Est	588	181	1
Guadeloupe	84	18	0
Guyane	6	3	0
Hauts-de-France	490	176	12
Ile-de-France	986	178	18
La Réunion	37	4	0
Martinique	58	11	0
Normandie	433	118	6
Nouvelle-Aquitaine	720	190	11
Occitanie	1007	255	3
Pays-de-la-Loire	672	97	5
PACA	800	177	0
Total	8829	1931	177

Source : *Extraction FINESS, traitement mission*⁸⁸

- **En nombre d'ETP.** Selon la conférence salariale de la DGCS en 2021, 78 % des professionnels du secteur du domicile (aide à domicile et SSIAD) sont des professionnels de l'accompagnement (62 % d'aides à domicile et 16 % d'auxiliaires de vie sociale), contre 6 % d'aides-soignants.

⁸⁸ Ces données doivent être traitées avec une relative prudence dans la mesure où la base FINESS n'est pas entièrement à jour. En particulier, le niveau de SPASAD est anormalement faible et ne correspond pas aux chiffres réels. Elles permettent néanmoins de donner une estimation et de mettre en lumière les proportions entre les grands volumes.

Graphique 3 : Répartition des salariés dans les principaux métiers de l'aide à domicile



Source : DGCS, conférence salariale, 2021 ; observatoire de la branche de l'aide à domicile, 2021.

Selon les données fournies à la Cour des Comptes par la DGCS en 2021, les SAAD emploieraient 160 000 ETP, contre 30 000 ETP pour les SSIAD et SPASAD. Néanmoins, ces estimations ne prennent en compte que les professionnels salariés des SAAD et non l'emploi direct : en considérant que l'emploi direct représente 16 % du recours des bénéficiaires de l'APA, le nombre d'ETP pourrait être estimé à 190 000. Encore cette estimation est-elle probablement sous-évaluée, dans la mesure où elle ne prend pas en compte :

- L'emploi non déclaré. Quoiqu'en diminution, l'emploi non déclaré était estimé par la DARES à 20 % de l'activité des services à domicile fin 2017⁸⁹ ;
 - Le recours à l'emploi direct par des personnes en perte d'autonomie non bénéficiaires de l'APA. Le non-recours a pu être estimé entre 20 % et 28 % sur le fondement de l'enquête Handicap-Santé-Ménages de 2008⁹⁰.
- **En régularité et en intensité des interventions auprès de la personne.** L'aide à domicile peut intervenir auprès de la personne pour l'aide à l'environnement (petit entretien), les transferts, les toilettes non techniques, l'aide à la vie sociale, la stimulation sociale et cognitive, l'aide aux courses et à la confection de repas, les transports, la présence et la surveillance. Elle peut être présente plusieurs heures par jour à domicile lorsque la situation le nécessite. En comparaison, les personnels paramédicaux (aides-soignants des SSIAD, infirmiers libéraux) et *a fortiori* les personnels médicaux n'interviennent que sur des temps limités, pour une toilette technique, un pansement ou un soin médical. En volume global, les aides à domicile représentent deux tiers des heures passées auprès des personnes

⁸⁹ DARES Résultats, « Services à la personne - Baisse du travail non déclaré en 2017 », n°70, décembre 2021.

⁹⁰ Les dossiers de la DREES, « Le non-recours à l'APA à domicile vu par les professionnels de terrain », n°10, décembre 2016.

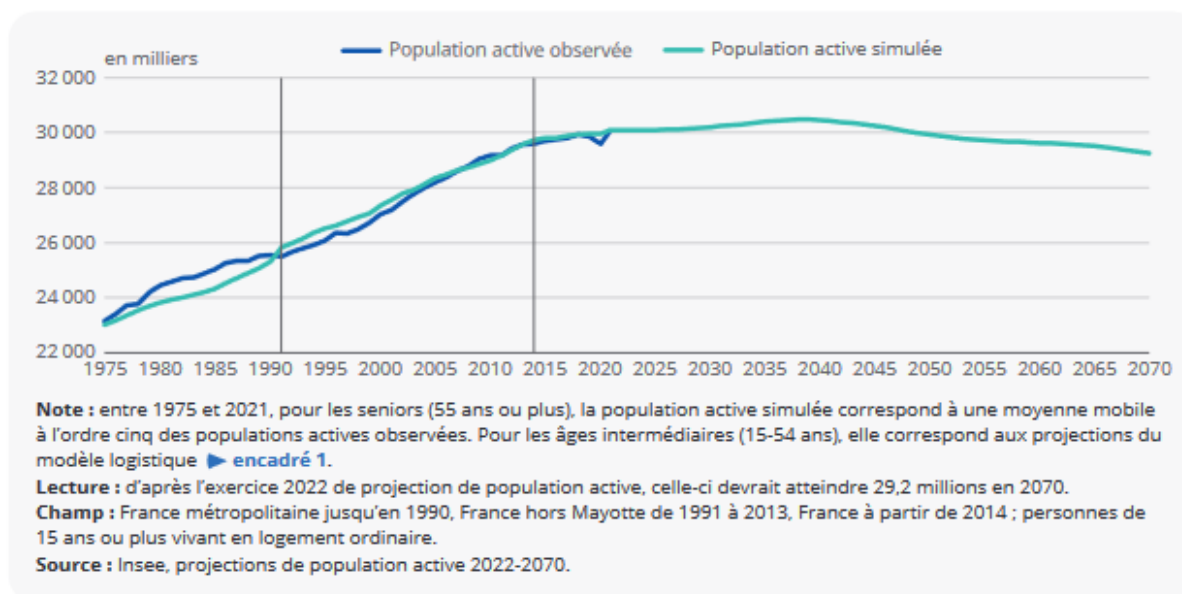
bénéficiaires de l'APA, contre un tiers pour les personnels paramédicaux (dont 31 % pour les infirmiers libéraux et 7 % pour les SSIAD⁹¹).

1.3 La baisse prévue de la population active française et les tensions élevées de recrutement dans le secteur de l'aide à domicile augure de difficultés RH majeures dans les métiers du grand âge

L'objectif de pousser plus loin les limites du domicile suppose donc une action volontaire dans le domaine des SAAD, et plus largement de l'aide à domicile (comprenant l'emploi direct). C'est dans ce domaine que les besoins de recrutement pour permettre de répondre à la hausse des besoins dans les vingt années à venir seront les plus importants. Les projections réalisées par le rapport El Khomri établissent un besoin de recrutements de 352 600 aides-soignants et accompagnants à horizon 2025. Si l'on reprend les projections de la Cour, 63 000 ETP supplémentaires seraient nécessaires dans les SAAD à horizon 2030 pour répondre au vieillissement de la population, ce qui représente des besoins de recrutement bien supérieurs si l'on prend en compte les départs à la retraite, le turn-over, les postes actuellement vacants et la part de l'emploi direct.

Ces évolutions doivent être mises en regard des projections de la population active, qui connaîtrait une quasi-stagnation jusqu'en 2040, passant de 30 M en 2019 à 30,4 M en 2040, avant de commencer à décroître (voir graphique ci-dessous).

Graphique 4 : Projection de la population active en moyenne annuelle d'ici 2070

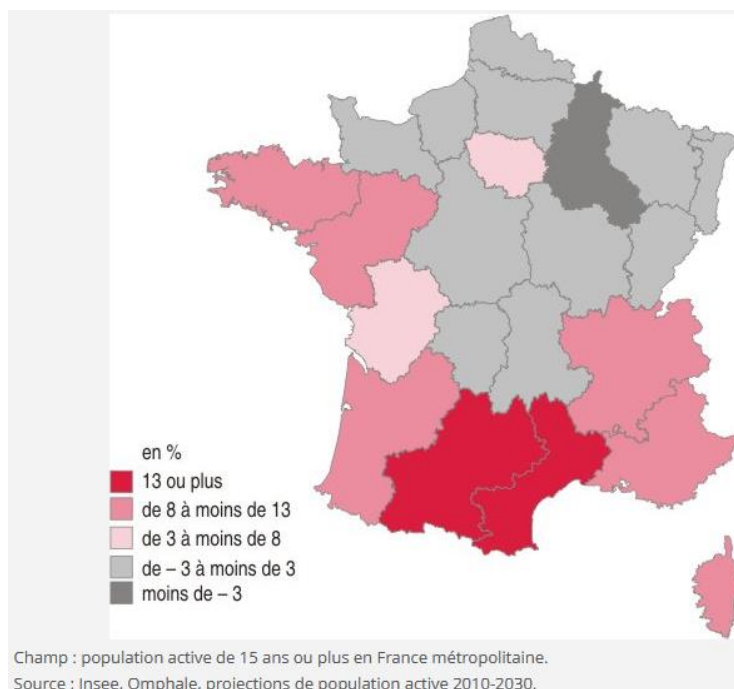


Source : *Emploi, chômage, revenus du travail – Insee Références – Édition 2022*

⁹¹ Les dossiers de la DREES, « Accompagnement professionnel des personnes âgées en perte d'autonomie », n°51, mars 2020.

La population active est arrivée depuis 2020 sur un plateau après plusieurs décennies de croissance forte, mais les régions françaises connaissent en fait des dynamiques contrastées (le quart nord-est de la France connaît une baisse plus précoce, voir ci-dessous)⁹².

Carte 1 : Évolution de la population active par région entre 2010 et 2030 (en %)

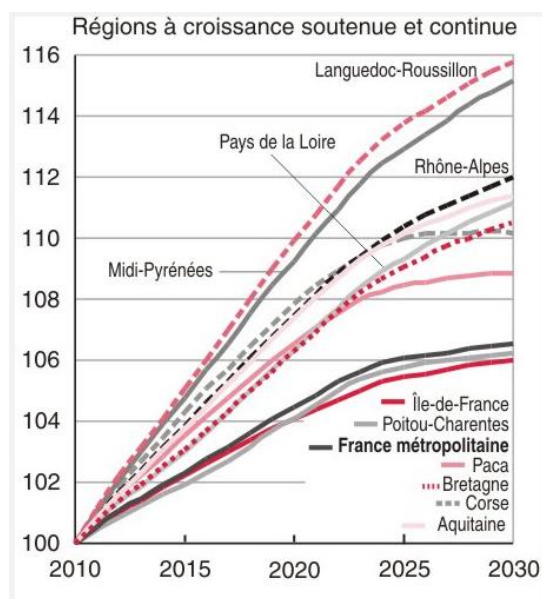


Source : *La population active en métropole à l'horizon 2030 : une croissance significative dans dix régions*, Insee Premières, n°1371, 4 octobre 2011

Cette décroissance plus précoce de la population active dans certaines régions risque d'accroître les difficultés de personnel dans le secteur de l'aide à domicile chez ces dernières : la région Champagne-Ardenne qui connaît une baisse déjà ancienne de sa population active va voir cette tendance s'accroître dans les années à venir ; d'autres régions relativement stables jusqu'à présent vont vraisemblablement entrer bientôt dans une phase de diminution de leur population active (ex. Alsace, Lorraine, Franche-Comté, Haute-Normandie, Nord-Pas-de-Calais) (voir graphique ci-dessous).

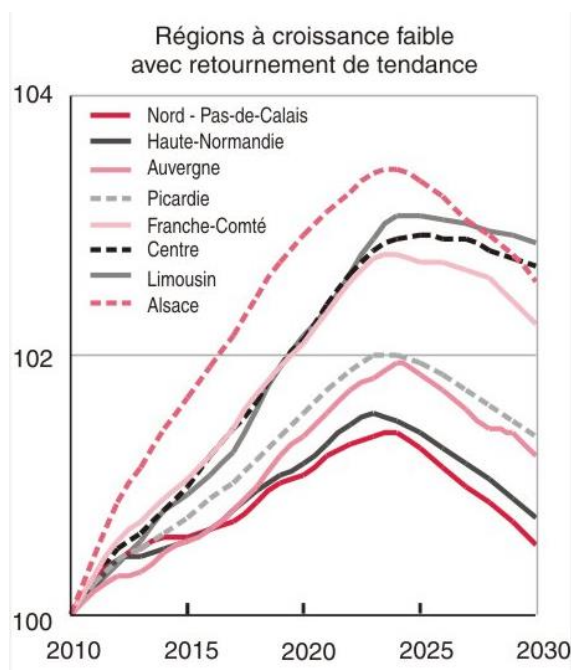
⁹² <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2124013>

Graphique 5 : Évolution de la population active pour les régions à croissance soutenue et continue entre 2010 et 2030 (base 100 en 2010)



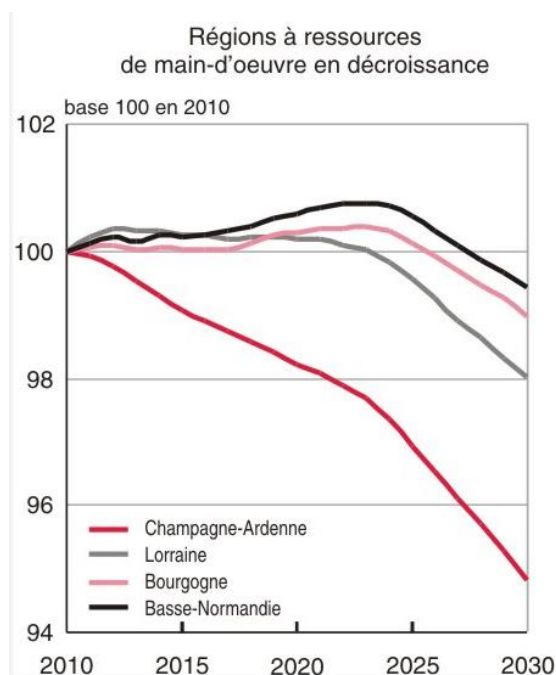
Source : Insee Premières n°1371. Champ : population active de 15 ans ou plus en France métropolitaine. Source : Insee, Omphale, projections de population active 2010-2030 (scénario central).

Graphique 6 : Évolution de la population active pour les régions à croissance faible avec retournement de tendance entre 2010 et 2030 (base 100 en 2010)



Source : Insee Premières n°1371. Champ : population active de 15 ans ou plus en France métropolitaine. Source : Insee, Omphale, projections de population active 2010-2030 (scénario central).

Graphique 7 : Évolution de la population active pour les régions à ressources de main d'œuvre en décroissance entre 2010 et 2030 (base 100 en 2010)

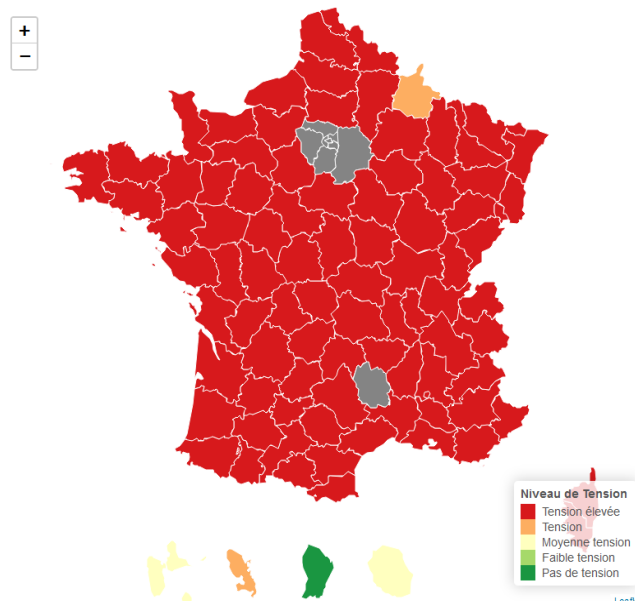


Source : Insee Premières n°1371. Champ : population active de 15 ans ou plus en France métropolitaine. Source : Insee, Omphale, projections de population active 2010-2030 (scénario central).

Dans un tel contexte de baisse de la population active, une hausse significative des métiers de l'aide à domicile va donc nécessairement entrer en concurrence avec les besoins d'autres secteurs de l'économie (ex. industrie, transport, tourisme, commerce). Or, si l'on en juge le degré de tension actuel sur le marché du travail, les métiers de l'aide à domicile sont d'ores et déjà en position de fragilité (voir cartes ci-dessous), avec des tensions élevées sur la quasi-totalité du territoire (Outre-mer excepté). Comme évoqué ci-dessus, le manque de personnel au sein des SAAD explique en grande partie aujourd'hui l'absence de saturation des plans d'aides des bénéficiaires de l'APA à domicile. La mission a pu constater lors de ses déplacements que différents territoires connaissent des difficultés similaires pour les SSIAD (ex. le Choletais, pays de l'Albanais).

Carte 2 : Degré de tensions par département sur le marché du travail en 2021 pour les métiers d'aide à domicile et d'aide-ménagère

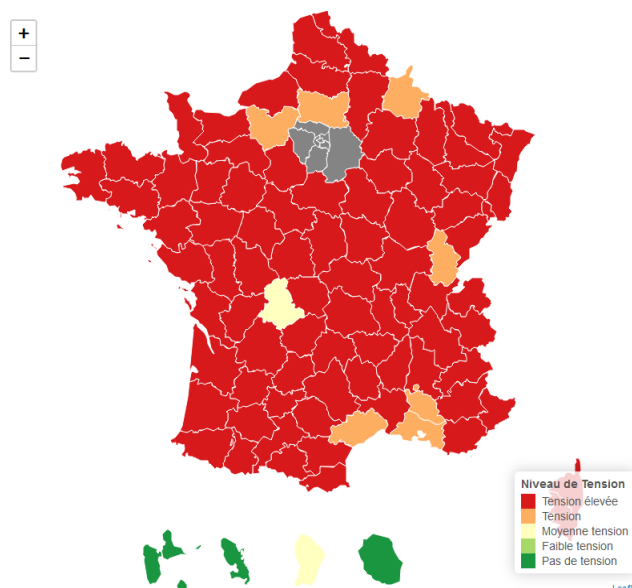
Les indicateurs de tension ne sont pas présentés dans les départements d'Île de France. En effet, du fait de l'acuité des migrations pendulaires en Île-de-France, les offres d'emploi, principalement celles localisées dans le département de Paris, s'adressent aux demandeurs d'emploi de toute la région ce qui brouille l'analyse des tensions au niveau départemental dans cette région.



Source : Datavisualisation Dares/Pôle emploi. Les tensions sur le marché du travail en 2021. 8 septembre 2022. <https://dares.travail-emploi.gouv.fr/publication/les-tensions-sur-le-marche-du-travail-en-2021>

Carte 3 : Degré de tensions par département sur le marché du travail en 2021 pour le métier d'aide-soignante

Les indicateurs de tension ne sont pas présentés dans les départements d'Île de France. En effet, du fait de l'acuité des migrations pendulaires en Île-de-France, les offres d'emploi, principalement celles localisées dans le département de Paris, s'adressent aux demandeurs d'emploi de toute la région ce qui brouille l'analyse des tensions au niveau départemental dans cette région.



Source : Datavisualisation Dares/Pôle emploi. Les tensions sur le marché du travail en 2021. 8 septembre 2022.

Ces difficultés de recrutement, pour certaines anciennes, reflète le manque d'attractivité des métiers du grand âge (problématiques salariales, conditions et qualité de vie au travail, reconnaissance sociale, perspectives d'évolutions professionnelles et de déroulés de carrière).

Ces tensions sont devenues un enjeu central dans l'accompagnement à domicile qui risque d'être accentué dans les années à venir : l'effet ciseaux de la baisse de la population active et de la hausse forte du nombre de personnes âgées requérant une aide à domicile pourrait poser des difficultés de premier ordre, a fortiori dans un contexte de politique domiciliaire. En effet, par définition, le fait d'intervenir à domicile accroît le volume des déplacements entre chaque bénéficiaire, contrairement aux accompagnements au sein d'établissements. Une estimation sur une semaine faite auprès d'une aide à domicile avec qui la mission a effectué une journée de visites à domicile conduit à estimer que le temps dédié aux transports entre deux personnes avoisine les 20 à 25%. Un gestionnaire de SAAD donnait une estimation approximative à un peu plus de 15% du temps de ses personnels. Ce temps est d'autant plus grand que les périmètres géographiques d'intervention des SAAD sont grands.

Cette situation de tension sur les recrutements dans les métiers de l'aide à domicile justifie de poser la question de l'apport de l'immigration.

Par ailleurs, pour le développement des habitats alternatifs, les besoins en termes d'aide à domicile peuvent être plus aigus encore, dans la mesure où ces habitats peuvent employer des personnes à plein temps, en diminuant la part de l'aide qui pèse à domicile sur les proches-aidants (voir annexe « Habitat inclusif »).

1.4 Bien qu'il soit au cœur du maintien à domicile, le secteur de l'aide à domicile reste mal connu et trop peu considéré

Les données sur le secteur de l'aide à domicile à destination des personnes âgées en risque ou en perte d'autonomie restent lacunaires, et ne permettent pas d'avoir une vision consolidée. Ces lacunes tiennent pour partie à des caractéristiques structurelles du secteur, et pour partie à une mobilisation insuffisante des pouvoirs publics :

- Les difficultés structurelles, qui ont pu conduire à qualifier les services à domicile aux personnes âgées de « secteur statistiquement indéfinissable⁹³ », tiennent aux limites indéfinies du périmètre. Il ne peut être défini ni par les professions des personnes qui y travaillent (les aides à domicile intervenant pour bien d'autres publics que les personnes âgées), ni par le secteur d'activité. Si les « services à la personne » recouvrent un champ bien plus large, les services à la personne regroupés sous l'appellation « assistance aux personnes âgées » désignent quant à eux un champ trop restreint, puisque les personnes âgées en perte d'autonomie peuvent également avoir recours à d'autres types de services (entretien, portage de repas...) qui n'entrent pas dans cette catégorie. A ce titre, les études conduites par la DARES sur les services à la personne, à partir de la base Nova de la DGE, ne permettent pas de circonscrire l'activité à destination des personnes âgées en perte d'autonomie ;

⁹³ Aldeghi et Loones, 2010.

- Les usagers sont eux-mêmes difficiles à définir, selon que l'on s'attache aux personnes âgées (à partir des exonérations de cotisations patronales accordées aux usagers de plus de 70 ans), aux bénéficiaires de l'APA, ou aux personnes âgées ayant besoin d'assistance, qu'elles soient ou non bénéficiaires de l'APA ;
- Les aides à domicile peuvent exercer selon différents statuts, et être à la fois salariés d'un service prestataire et exercer en emploi direct. Ils sont également nombreux à exercer un autre emploi. Selon l'enquête Intervenants à domicile (IAD) de la DREES de 2008, 39 % des aides à domicile exercent leur activité de façon mixte. Seul un tiers travaille à temps complet, et 13 % exercent une autre activité en parallèle (41 % comme femme de ménage dans le secteur industriel, les écoles, les hôpitaux...⁹⁴) ;
- Les données ne sont pas consolidées, et les enquêtes statistiques sur le secteur sont en nombre modeste au regard des enquêtes conduites sur les établissements et sur le champ sanitaire.

Cette insuffisance de données nuit aux capacités des pouvoirs publics de porter des politiques déterminées dans le secteur. Les connaissances doivent notamment être consolidées sur :

- Les coûts et les prix des SAAD et de l'aide à domicile : à l'heure actuelle, le manque de visibilité sur les prix pratiqués ne permet pas d'évaluer de façon juste le reste à charge usager dans le recours aux aides, les disparités de prise en charge entre territoires et services, et donc l'adaptation du système d'aides aux besoins des personnes. Une étude en cours par la CNSA devrait permettre d'apporter des éléments plus robustes sur ces questions ;
- Les personnels intervenant auprès des personnes âgées en perte d'autonomie. La dernière enquête IAD de la DREES repose sur des données de 2008, et les données actuelles ne permettent pas d'établir de projection robuste des besoins, les travaux sur la question étant bien plus fragiles que ceux établis sur les personnels des SSIAD ;
- La nature des aides humaines apportées par les services.

De façon générale, le pilotage de la politique publique par l'Etat ne paraît pas accorder une place suffisante aux SAAD et aux métiers de l'aide à domicile, alors même qu'il s'agit de la condition première pour permettre de renforcer le maintien à domicile, prévenir les entrées aux urgences non suivies d'hospitalisation et diminuer la part des personnes en établissement. Les aides à domicile sont les professionnels qui passent le plus de temps auprès des personnes âgées qu'elles aident, loin devant les professionnels de santé, y compris les aides-soignantes et infirmières.

Ainsi, les projections réalisées par le ministère des affaires sociales s'intéressent aux besoins en SSIAD, qui représentent une part tout à fait minoritaire des réponses aux besoins à domicile, mais pas aux SAAD, en considérant que l'exercice relève des départements. Néanmoins, au vu de l'enjeu quantitatif que représentent les besoins de recrutement en aide à domicile, dans un contexte de crise d'attractivité du métier, il paraît indispensable de se doter d'outils de pilotage plus robustes.

⁹⁴ DREES, Études et résultats, « Les intervenantes au domicile des personnes fragilisées en 2008 », n°728, juin 2010.

2 Les plans d'aide ne permettent pas de répondre aux besoins des personnes qui présentent des limitations importantes

2.1 Le niveau d'aide aux personnes tend à diminuer à mesure que le nombre de bénéficiaires augmente

Le renforcement des capacités de soutien à domicile devrait d'abord se traduire par un renforcement des capacités d'intervention des SAAD, par le biais :

- Sur le plan quantitatif, de plans d'aide APA qui soient à la hauteur des besoins, y compris lorsque la situation des personnes requièrent un volume d'heures important ;
- Sur le plan qualitatif, de la capacité des services à déployer des professionnels formés, présentant des expertises et des approches variées (AVS, animateur, psychologue, ergothérapeute, psychomotricien...) pour permettre d'accompagner les situations critiques, de favoriser la mobilisation des compétences des personnes, et de prévenir l'aggravation de leurs limitations.

Les plans d'aide APA notifiés

A l'issue d'une évaluation réalisée par les professionnels du département, les personnes de plus de 60 ans dont le degré de perte d'autonomie est évalué dans les groupes iso-ressources (GIR) 1 à 4 peuvent avoir accès à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) versée par le département.

Les évaluateurs élaborent avec la personne et sa famille un plan d'aide qui peut comprendre :

- . Des aides humaines, qui représentent en 2021 92 % des montants versés dans le cadre de l'APA ;
- . Des aides non humaines à l'autonomie (aides techniques, télé alarme, portage de repas...);
- . Le financement d'un accueil de jour ou d'un accueil temporaire en établissement.

Le montant de ces plans d'aide est défini dans la limite de plafonds définis pour chaque GIR. Ces plafonds ont été revalorisés dans le cadre de la loi ASV et s'établissent au 1^{er} janvier 2023 à 1914,04 €/mois pour le GIR 1, 1 547,93 €/mois pour le GIR 2, 1 118,61 €/mois pour le GIR 3 et 746,54 €/mois pour le GIR 4.

La participation de l'utilisateur est déterminée en fonction des ressources (pensions et revenus du patrimoine), de 0 % (ressources inférieures à 864,60 € par mois) à 90 % (ressources 3184,11€ par mois) du montant du plan d'aides.

Pour une heure d'aide à domicile au tarif de 23 €/heure, la participation de l'utilisateur varie donc entre 0 € et 20,70 €.

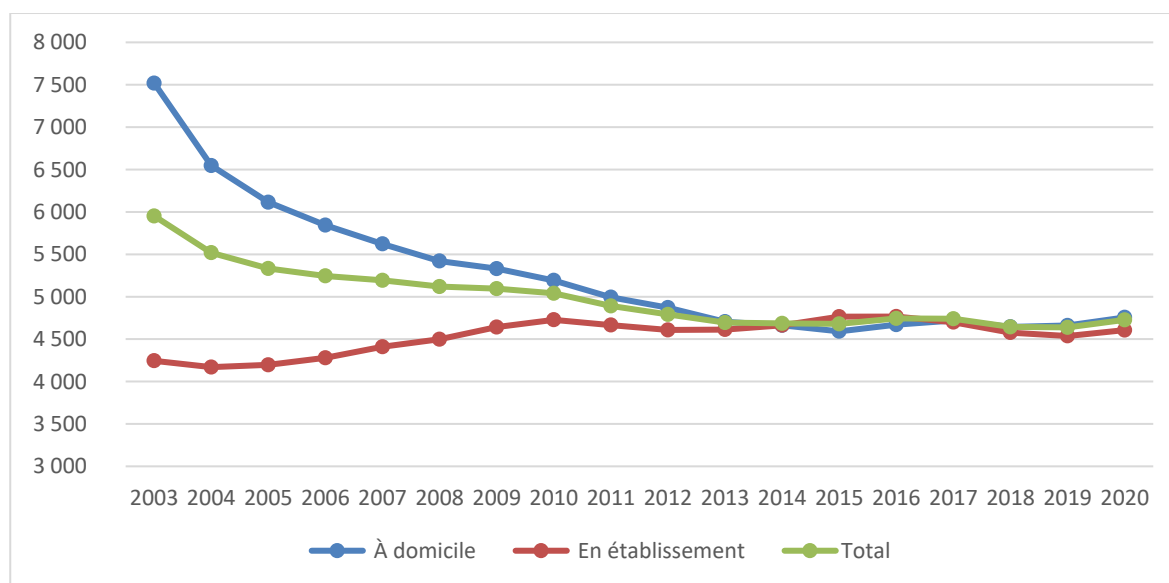
Cette participation doit néanmoins être distinguée du reste à charge effectif pour l'utilisateur, qui implique de prendre en compte deux éléments :

- . D'une part, la participation fait l'objet d'un crédit d'impôt égal à 50 % des dépenses engagées dans la limite de 12 000 €/an, majorés de 1 500 €/an par membre du foyer âgé de plus de 65 ans, le plafond ne pouvant excéder 15 000 € annuels ;
- . D'autre part, la participation est calculée sur le tarif horaire de l'aide à domicile, qui ne correspond pas nécessairement au prix facturé par le service à l'utilisateur. Si le tarif du département est de 23 euros et la participation de l'utilisateur de 30 %, sa participation est donc de 6,9 €. Si l'utilisateur a recours à un service qui pratique un prix de 26 €, sa participation réelle horaire est donc de 9,9 €, soit 38 % du prix horaire.

Or l'analyse des données d'activité (cf. graphique 8) indique qu'en dépit d'un objectif politique de « virage domiciliaire », les dépenses par bénéficiaires d'APA à domicile n'ont pas connu de hausse substantielle depuis sa création.

Si un véritable renforcement du soutien à domicile avait été opéré, on observerait sur la période récente une hausse de l'APA moyenne par bénéficiaire tenant au fait qu'on prendrait en charge plus de personnes lourdement dépendantes à domicile. Or la courbe est pour ainsi dire plane depuis le début des années 2010⁹⁵. L'inflation constatée depuis fin 2020 pourrait avoir accentué cette évolution.

Graphique 8 : Evolution des dépenses moyennes annuelles d'APA par bénéficiaire, en euros constants

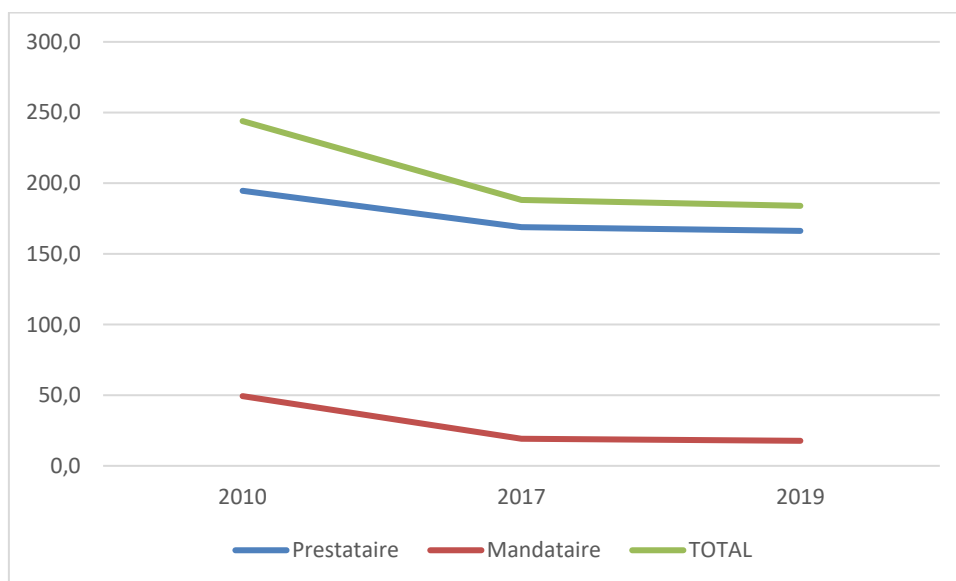


Source : DREES, *L'aide et l'action sociales en France, édition 2022*

Cette tendance s'observe également dans la baisse du volume d'heures globales prestées par les services à la personne au cours des dernières décennies, dans un contexte de vieillissement marqué de la population. Ce phénomène, que l'on constate déjà dans la baisse globale du recours aux services à domicile par les personnes de plus de 80 ans (voir graphique 1), peut être approché par plusieurs sources : selon les données fournies par la base Nova de la DGE, les heures prestées pour l'assistance aux personnes âgées entre 2010 et 2019 passeraient de 244 M en 2010 à 184 M en 2019.

⁹⁵ Il est délicat d'interpréter les évolutions antérieures à 2010 pour les dépenses moyennes d'APA par bénéficiaire dans la mesure où elles correspondent à une phase de montée en charge du dispositif (création de l'APA en 2001), et que la nouveauté de l'APA par rapport à la prestation spécifique dépendance (PSD) qui l'a précédée est le fait que l'APA est ouverte aux personnes classées en GIR 1 à 4 alors que les personnes en GIR 4 (moins dépendantes que celles classées en GIR 1 à 3) étaient exclues de la PSD.

Graphique 9 : Nombre d'heures prestées au titre de l'assistance aux personnes âgées (services prestataires et mandataires, en millions)



Source : DARES, DGE Nova, traitement mission

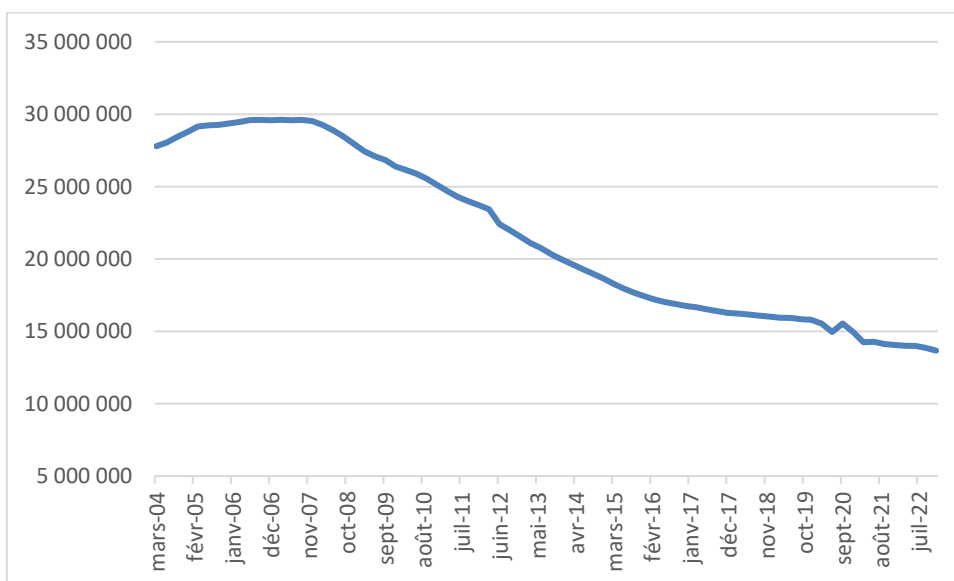
Ces données ne rendent pas compte de l'intégralité de l'activité considérée, dans la mesure où :

- L'assistance aux personnes âgées couvre un champ plus large que les seuls bénéficiaires de l'APA, des personnes n'ayant pas recours à l'APA pouvant accéder à ce type de services ;
- Les aides à la personne couvertes par les plans d'aide APA ne se limitent pas à l'assistance aux personnes âgées (aide à la réalisation des actes essentiels de la vie quotidienne) mais peuvent couvrir d'autres types d'activité (portage de repas, transport etc.) ;
- Les heures présentées ci-dessus n'incluent pas les heures réalisées en emploi direct.

Néanmoins, l'analyse des autres données d'activité tendent à confirmer une légère baisse du volume d'heures global :

- Les autres formes de services à la personne représentent une part faible de l'activité, elle-même en diminution entre 2017 et 2019 pour les services prestataires ;
- L'analyse des heures réalisées en emploi direct par les bénéficiaires de l'APA, au titre des relevés de l'ACOSS et de l'URSSAF, montre également une diminution très forte du volume global. Le nombre d'heures déclarées à ce titre diminue, la diminution la plus forte étant constatée après 2010.

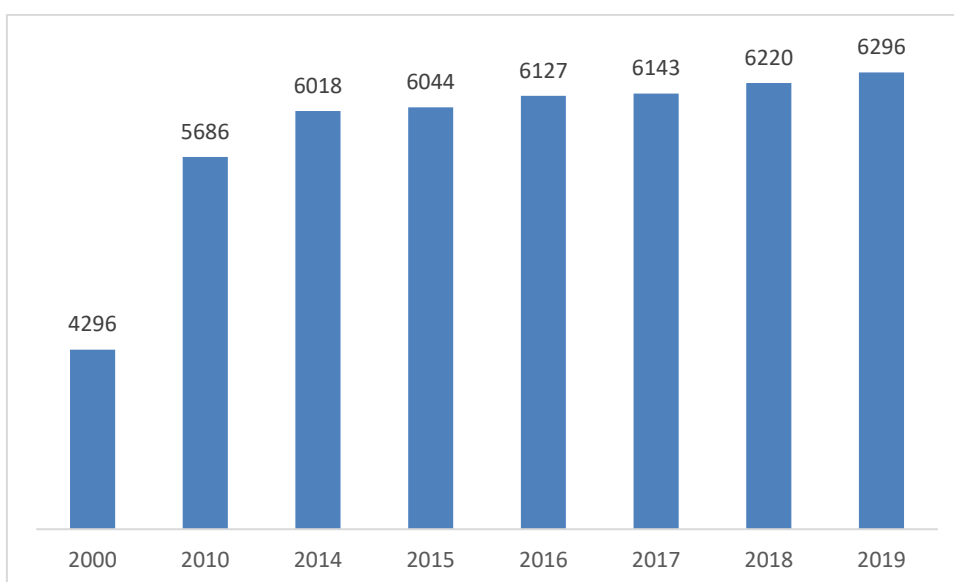
Graphique 10 : Nombre d'heures réalisées en emploi direct pour les personnes bénéficiaires de l'APA (données trimestrielles)



Source : ACOSS et URSAFF, suivi des particuliers employeurs. Champ : emploi direct via un mandataire ou non.

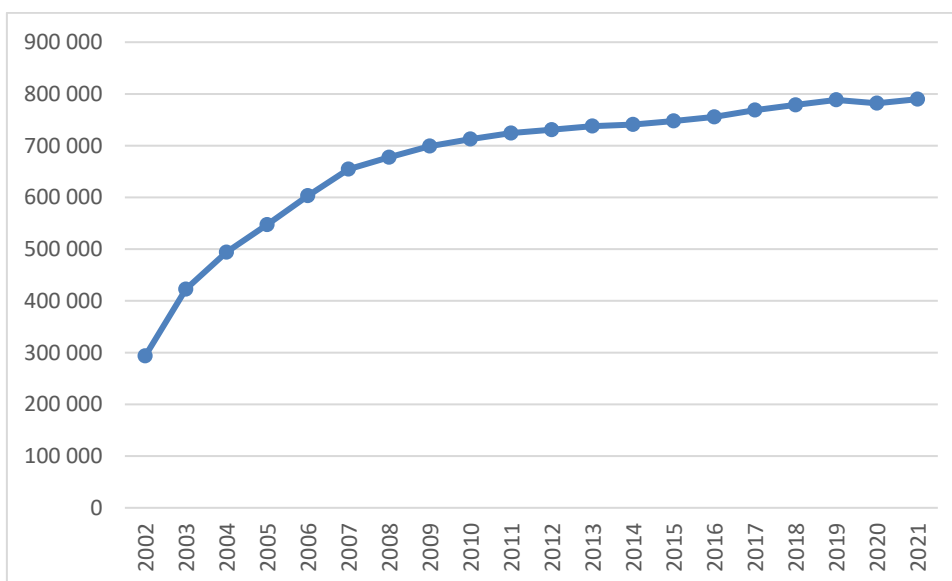
Ces évolutions peuvent être comparées avec l'évolution de la population âgée de 75 ans et plus d'une part, et avec le nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile d'autre part. Pour la seule décennie 2010-2019, la population âgée de 75 ans et plus en France, et le nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile ont tous deux augmenté de 11 %.

Graphique 11 : Nombre de personnes âgées de plus de 75 ans dans la population française (en milliers)



Source : INSEE Références, Population par âge, 2020. France hors Mayotte puis Mayotte inclus à partir de 2014. Traitement mission

Graphique 12 : Nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile



Source : DREES, Bénéficiaires par GIR, sexe et âge – APA ASH Aides ménagères, données 2021

L'augmentation projetée du volume de bénéficiaires dans les années à venir pourrait ainsi faire craindre une nouvelle contraction des plans d'aide :

- Sur le plan de l'analyse statistique, le rapport de l'IPP « Vieillir à domicile » a démontré que les départements réalisaient un arbitrage entre le nombre de bénéficiaires et le volume d'aide. Lorsque le nombre de bénéficiaires est élevé (notamment parce qu'il existe de nombreuses personnes en établissement), les départements tendent à réduire l'aide par bénéficiaire, à travers des plans d'aide plus faibles ou des politiques de girage plus restrictives. A l'inverse, lorsque les montants accordés par bénéficiaire sont élevés, notamment parce que les personnes ont des revenus faibles, les départements tendent à accorder moins souvent l'APA. Or les projections démographiques et la volonté politique de permettre à des personnes ayant des besoins élevés de rester à domicile signifient que les départements feront face à un volume croissant de bénéficiaires avec des montants d'APA eux-mêmes très élevés. Sans réforme en profondeur du financement, cette évolution risque de conduire à restreindre les plans d'aide, qui ne seront pas à la hauteur des besoins, ou à adopter des politiques très restrictives dans la détermination du GIR et l'octroi de l'APA, avec un risque de dégradation de l'état des personnes.
- Au cours de ses investigations, la mission a relevé des réalités similaires, certains acteurs constatant dans des départements vieillissants une baisse rapide au cours des dernières années des volumes d'aide proposées pour des profils équivalents, cette baisse se traduisant notamment par un report de charge sur les proches-aidants. Ce point avait déjà été relevé en 2016 par la Cour des comptes, qui notait que, dans un contexte de contrainte budgétaire croissante sur les départements, l'activité des SAAD tendait à diminuer, sous l'effet de la baisse tendancielle des plans d'aide notifiés⁹⁶.

⁹⁶ Cour des comptes, « Le maintien à domicile des personnes âgées », p.84.

Par ailleurs, l'aide effective apportée aux personnes est régulièrement inférieure au plan d'aide déterminé par les évaluateurs de l'APA, en raison d'un taux important de sous-consommation des plans. En 2017, le taux de consommation des plans d'aide varie entre 44 % pour les GIR 4 et 61 % pour les GIR 1.

Tableau 2 : Montant moyen et taux de consommation des plans d'aide en 2017

	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	Ensemble
Montant moyen	1 050 €	785 €	536 €	294 €	450 €
Taux d'utilisation	61 %	57 %	54 %	44 %	49 %

Source : REPSS 2022, AUTONOMIE

Les faibles taux de consommation peuvent avoir des causes multifactorielles :

- D'une part, les tensions sur le personnel ne permettent pas nécessairement aux SAAD de prendre en charge l'intégralité du plan d'aide, et contraignent à mettre en œuvre un nombre moindre d'heures. Le rapport de l'IPP a montré que la sous-consommation des plans d'aide à domicile était plus faible lorsque la densité des services d'aide à domicile était élevée⁹⁷ ;
- D'autre part, la participation de l'utilisateur peut conduire la personne ou sa famille à ne pas consommer l'intégralité des heures, notamment lorsque la participation est élevée, ou que le reste à charge extra-légal appliqué par le service est important. S'agissant d'une personne disposant de 1 600€ de ressources par mois (pensions et revenus du patrimoine), qui bénéficie d'un plan d'aide de 1 000 €, le reste à charge peut s'établir, pour un service pratiquant un prix supérieur de 3€ au tarif APA, à 13,50€ (6,75€ après crédit d'impôt, si tant est que le plafond du crédit d'impôt n'est pas atteint de façon annuelle). Lorsque le recours à l'aide devient quotidien, la dépense peut donc représenter une part substantielle du budget du ménage ou de la personne. Pour rappel, les plus de 80 ans, majoritairement concernés par l'aide à domicile, ont un niveau de pauvreté supérieur à la moyenne, un niveau de vie médian et moyen plus faible, vivent seules à 51 %, sont pour 79 % de ces personnes seules des femmes, plus souvent concernées par des carrières incomplètes⁹⁸ ;
- Enfin, les personnes ou leur famille peuvent ne pas vouloir recourir à l'ensemble des heures prescrites dans le cadre du plan d'aide, par volonté de maintenir leur autonomie, ou par refus d'un nombre excessif de passages à leur domicile.

⁹⁷ IPP, « Vieillir à domicile »,

⁹⁸ Insee, Revenus et patrimoine des ménages, édition 2021.

2.2 Le régime actuel ne permet pas d'accompagner des situations complexes à domicile ou dans des habitats intermédiaires et ne peut donc pas appuyer le développement d'alternatives à l'EHPAD

Le développement d'alternatives à l'EHPAD n'appelle pas seulement à considérer les capacités d'aide à domicile actuelles, mais à anticiper des besoins d'aide plus importants pour des personnes présentant des situations plus complexes et éviter ainsi des orientations vers les établissements médicalisés. En effet, la comparaison des profils des personnes actuellement à domicile et en établissement permet d'établir que les personnes en établissement :

- Sont socialement plus défavorisés, en particulier pour les publics jeunes (11 % des hommes de moins de 80 ans en EHPAD n'avaient pas de profession avant la retraite, contre 0,2 % à domicile ; le niveau de vie annuel médian des personnes de 60 à 64 ans en établissement est de 13 270 euros, contre 21 960 à domicile). Les cadres et professions intermédiaires sont sous-représentés dans le public des établissements ;
- Ont des limitations motrices massivement plus fréquentes qu'à domicile ;
- Ont des limitations cognitives bien plus fréquentes ;
- Pour les publics jeunes (moins de 75 ans), les personnes en établissement se composent notamment de personnes en situation de handicap vieillissantes, avec de forts besoins d'aide, ou de personnes présentant des troubles psychiques⁹⁹.

Le fait d'accompagner à domicile ou dans un habitat intermédiaire des personnes qui iraient aujourd'hui en établissement nécessitera donc un volume d'aide plus important, et une meilleure diversification des interventions. Le soutien à domicile devra être en mesure de mieux accompagner des personnes en situation d'isolement social ou de pauvreté, vivant dans des logements peu adaptés, avec des limitations cognitives et motrices importantes.

La nature de ces besoins n'est pas entièrement corrélée au niveau de GIR. Le fait d'être classé dans un niveau de GIR élevé n'empêche nullement de vivre à domicile : c'est aujourd'hui le cas de 34 % des bénéficiaires de l'APA à domicile en GIR 1 et 2 ; si l'on considère qu'une partie importante des personnes à domicile (au moins 20 % selon les estimations) ne recourt pas à l'APA, la proportion serait plutôt de 40 % à 45 % des personnes présentant des degrés de perte d'autonomie de niveau GIR 1-2 qui vivraient à l'heure actuelle à leur domicile. Cette proportion est globalement stable depuis la création de l'APA en 2002. A l'inverse, 22 % des GIR 4 vivent en établissement 2021, une proportion également stable depuis plus de 15 ans.

La réflexion ne doit donc pas être conduite en termes de GIR mais à partir des situations-limites, ou points critiques, qui déterminent l'incapacité à rester à son domicile ou à dans une structure de type domiciliaire. Ces situations, décrites dans l'annexe « conditions et limites de la vie en domicile ordinaire », peuvent tenir à l'épuisement du proche-aidant ou à sa crainte pour la sécurité de son parent ou conjoint, à une situation d'isolement, à une sortie d'hospitalisation mal

⁹⁹ Les données présentées ici sont reprises de la note de la DREES, « Qui vit à domicile, qui vit en établissement parmi les 60 ans ou plus ? Une comparaison à partir des enquêtes Care-Ménages et Care-Institutions », Delphine Roy, février 2023, et du rapport de l'IPP, « Vieillir à domicile »

accompagnée, au décès du conjoint qui conduit à une dégradation rapide du conjoint restant (majoritairement la femme), à des chutes répétées, à des problèmes d'incontinence et une incapacité de réaliser les transferts, à des troubles cognitifs et/ou des troubles de l'humeur, à un refus de soin ou une incapacité à mettre en œuvre le plan de soin... Dans tous les cas, ces situations-limites requièrent une présence renforcée, pour répondre à un besoin de surveillance ou de sécurité ou pour assurer des transferts ou changes réguliers, et des aides à la reconfiguration de l'environnement de vie et à la reconfiguration de la vie sociale.

Le fait qu'une personne soit classée en GIR 4 ne signifie pas que son maintien à domicile ne requiert pas d'assistance plus importante (voir sur ce point annexe « Evaluation des besoins »).

A ce jour, les montants de plans d'aide ne permettent pas d'envisager de soutenir à domicile une personne ayant un besoin d'aide continu. Si l'on considère une personne en GIR 1 :

- Le plafond s'établit au 01/01/2023 à 1914,04€ ;
- L'aide humaine représente en moyenne 89 % du plan d'aide, soit en moyenne 1700€ pour un plan au plafond ;
- Le tarif plancher pour une heure d'aide s'établit à 23€ ;
- Le nombre d'heures peut ainsi atteindre 74 heures par mois, ou 83 heures par mois pour un plan uniquement composé d'aides humaines (mais avec une insuffisance des autres aides, aides techniques, portage de repas, dispositifs domotiques etc., éventuellement reportées sur des dépenses privées directement engagées par le bénéficiaire).

Ainsi, le plafond le plus élevé des plans d'aide pour les GIR 1 permet de financer approximativement 1 heure à 1,5 heures d'aide quotidienne via un service prestataire, ce qui paraît dérisoire au regard des besoins liés à des situations complexes, par exemple pour une personne seule à domicile ayant des difficultés à se transférer, ou pour une personne présentant une incontinence et des troubles cognitifs. Au-delà de ce plafond, les heures supplémentaires doivent être prises en charge par les personnes et leur famille, ce qui implique un certain nombre d'arbitrages potentiels :

- La première étape est de passer à une personne en emploi direct, à un prix plus bas, ce qui conduit, comme indiqué *supra*, à augmenter les zones de risques pour les personnes les plus fragiles ;
- Pour des personnes dont les revenus et le patrimoine sont faibles, les besoins les plus importants ne peuvent pas être nécessairement satisfaits, ce qui est susceptible de conduire à une hospitalisation (où le patient ne paie pas, d'où des négociations difficiles entre l'établissement hospitalier qui demande la sortie et les familles qui souhaitent garder la personne hospitalisée) ou à une entrée en établissement avec une aide sociale à l'hébergement (les démarches étant néanmoins très longues pour l'obtention de l'aide) ;
- Selon les professionnels du secteur, l'entrée en établissement devient plus intéressante financièrement au-delà de 5 ou 6 heures d'aide quotidienne. Cette appréciation paraît cohérente y compris en estimation basse sur les prix des services :

- Pour une personne bénéficiant de 1 600 euros de ressources mensuelles et d'un volume de 150 heures mensuel (5 heures/jour), dont 50 heures par un service prestataire habilité à l'aide sociale et facturant un prix administré par le département de 23€/heure, et 100 heures en emploi direct à 15€/heure (+10 % forfaitaire congés payés), la participation APA est de 20 %, et le crédit d'impôt annuel de 6 750€. Le reste à charge pour l'aide à domicile peut être estimé à 1 467,5€/mois ;
- Ce reste à charge sera majoré si la personne doit bénéficier d'aide de nuit, ou si le prix pratiqué par le service est supérieur au tarif administré. Si les 50 heures sont facturées par le service à 26€, le reste à charge mensuel passe ainsi à 1597,50€. Pour une personne vivant dans une grande métropole, avec un tarif horaire en emploi direct de 20€/heure, le reste à charge mensuel passerait à 1 797,50€ ;
- A ces coûts d'aide à domicile s'ajoutent les frais de mutuelle, les restes à charge des interventions médicales, les frais liés à l'alimentation et au logement et les impôts ;
- Par comparaison, le prix médian d'un EHPAD en 2019 est de 2 004€/mois, 10 % des établissements pratiquant un prix inférieur à 1 724€, et 10 % un prix supérieur à 2 909€. Dans la mesure où ce prix inclut les frais supportés par le particulier à domicile pour une partie de ses frais de santé, son alimentation et son logement, la comparaison est globalement défavorable au domicile pour une aide de 5h/jour ;
- De façon générale, à plus de 3h/jour d'aide à domicile, le passage par un service prestataire paraît inenvisageable, et contraint au moins à panacher avec un emploi direct.

On présente ci-dessous des simulations de reste à charge et de reste à vivre pour une personne recourant à 3h/jour (90h/mois) et à 5h/jour (150h/mois) d'aide à domicile, panaché entre prestataire et emploi direct, ou uniquement par l'intermédiaire d'un emploi direct. Les hypothèses prises pour les prix correspondent, pour la fourchette basse, à un service prestataire habilité à l'aide sociale et facturant le tarif plancher administré par le département et à un emploi direct assuré par une aide à domicile pour des interventions peu techniques, et pour la fourchette haute, à un service pratiquant un reste à charge extra-légal de 3€/heure, et à une aide à domicile dans une grande ville, pratiquant des interventions plus lourdes.

Tableau 3 : Estimations de reste à charge et de reste à vivre pour des personnes présentant des besoins importants d'aide à domicile

Pour 150 heures réparties en 50 heures via un service habilité à l'aide sociale au tarif administré de 23€/heure, et 100 heures un emploi direct à 15€/heure

Niveau de ressources de l'usager	800 €	1 200 €	1 600 €	2 000 €	2 400 €	2 800 €	3 000 €
50 heures prestataires habilité à l'aide sociale	1150	1150	1150	1150	1150	1150	1150
100 heures emploi direct	1500	1500	1500	1500	1500	1500	1500
Pourcentage forfaitaire congés payés	150	150	150	150	150	150	150
APA	1700	1564	1360	1071	731	340	170
Crédit d'impôt	562,5	562,5	562,5	562,5	562,5	562,5	562,5
Reste à charge	537,5	673,5	877,5	1166,5	1507	1897,5	2067,5
Reste à vivre (alimentation, logement, santé, impôts...)	263 €	527 €	723 €	834 €	894 €	903 €	933 €

Source : Mission

Pour 150 heures réparties en 50 heures via un service facturant 26€/heure, et 100 heures via un emploi direct à 20€/heure

Niveau de ressources de l'usager	800 €	1 200 €	1 600 €	2 000 €	2 400 €	2 800 €	3 000 €
50 heures prestataires habilité à l'aide sociale	1300	1300	1300	1300	1300	1300	1300
100 heures emploi direct	2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000
Pourcentage forfaitaire congés payés	200	200	200	200	200	200	200
APA	1700	1564	1360	1071	731	340	170
Crédit d'impôt	562,5	562,5	562,5	562,5	562,5	562,5	562,5
Reste à charge	1238	1373,5	1577,5	1866,5	2207	2597,5	2767,5
Reste à vivre (alimentation, logement, santé, impôts...)	-438 €	-174 €	23 €	134 €	194 €	203 €	233 €

Source : Mission

RAPPORT IGAS N°2023-014R (ANNEXES)

Pour 90 heures réparties en 50 heures via un service habilité à l'aide sociale au tarif administré de 23€/heure, et 40 heures via un emploi direct à 15€/heure

Niveau de ressources de l'utilisateur	800 €	1 200 €	1 600 €	2 000 €	2 400 €	2 800 €	3 000 €
50 heures prestataires habilité à l'aide sociale	1150	1150	1150	1150	1150	1150	1150
40 heures emploi direct	600	600	600	600	600	600	600
Pourcentage forfaitaire congés payés	60	60	60	60	60	60	60
APA	1700	1564	1360	1071	731	340	170
Crédit d'impôt	25	123	225	369,5	539,5	562,6	562,5
Reste à charge	85	123	225	369,5	539,5	907,4	1077,5
Reste à vivre (alimentation, logement, santé, impôts...)	715 €	1 077 €	1 375 €	1 631 €	1 861 €	1 893 €	1 923 €

Source : Mission

Pour 90 heures réparties en 50 heures via un service habilité à l'aide sociale au prix de 26€/heure, et 40 heures via un emploi direct à 20€/heure

Niveau de ressources de l'utilisateur	800 €	1 200 €	1 600 €	2 000 €	2 400 €	2 800 €	3 000 €
50 heures prestataire	1300	1300	1300	1300	1300	1300	1300
40 heures emploi direct	800	800	800	800	800	800	800
Pourcentage forfaitaire congés payés	60	60	60	60	60	60	60
APA	1700	1564	1360	1071	731	340	170
Crédit d'impôt	230	298	400	544,5	562,5	562,5	562,5
Reste à charge	230	298	400	544,5	866,5	1257,5	1427,5
Reste à vivre (alimentation, logement, santé, impôts...)	570 €	902 €	1 200 €	1 456 €	1 534 €	1 543 €	1 573 €

Source : Mission

Pour 90 heures réalisées par un service prestataire à 23€/heure

Niveau de ressources de l'utilisateur	800 €	1 200 €	1 600 €	2 000 €	2 400 €	2 800 €	3 000 €
90 heures prestataires habilité à l'aide sociale	2070	2070	2070	2070	2070	2070	2070
APA	1700	1564	1360	1071	731	340	170
Crédit d'impôt	185	253	355	562,5	562,5	562,5	562,5
Reste à charge	185	253	355	436,5	776,5	1167,5	1337,5
Reste à vivre (alimentation, logement, santé, impôts...)	615 €	947 €	1 245 €	1 564 €	1 624 €	1 633 €	1 663 €

Source : Mission

Pour 90 heures réalisées par un service prestataire à 26€/heure

Niveau de ressources de l'utilisateur	800 €	1 200 €	1 600 €	2 000 €	2 400 €	2 800 €	3 000 €
90 heures prestataire	2340	2340	2340	2340	2340	2340	2340
APA	1700	1564	1360	1071	731	340	170
Crédit d'impôt	320	388	490	562,5	562,5	562,5	562,5
Reste à charge	320	388	490	706,5	1047	1437,5	1607,5
Reste à vivre (alimentation, logement, santé, impôts...)	480 €	812 €	1 110 €	1 294 €	1 354 €	1 363 €	1 393 €

Source : Mission

Pour 150 heures réalisées par un service prestataire à 23€/heure

Niveau de ressources de l'utilisateur	800 €	1 200 €	1 600 €	2 000 €	2 400 €	2 800 €	3 000 €
150 heures prestataire habilité à l'aide sociale	3450	3450	3450	3450	3450	3450	3450
APA	1700	1564	1360	1071	731	340	170
Crédit d'impôt	562,5	562,5	562,5	562,5	562,5	562,5	562,5
Reste à charge	1188	1323,5	1527,5	1816,5	2157	2547,5	2717,5
Reste à vivre (alimentation, logement, santé, impôts...)	-388 €	-124 €	73 €	184 €	244 €	253 €	283 €

Source : MISSION

Pour 150 heures réalisées par un service prestataire à 26€/heure

Niveau de ressources de l'utilisateur	800 €	1 200 €	1 600 €	2 000 €	2 400 €	2 800 €	3 000 €
150 heures prestataire	3900	3900	3900	3900	3900	3900	3900
APA	1700	1564	1360	1071	731	340	170
Crédit d'impôt	562,5	562,5	562,5	562,5	562,5	562,5	562,5
Reste à charge	1638	1773,5	1977,5	2266,5	2607	2997,5	3167,5
Reste à vivre (alimentation, logement, santé, impôts...)	-838 €	-574 €	-378 €	-267 €	-207 €	-198 €	-168 €

Source : MISSION

- Pour des personnes ayant besoin d'une aide en continu à domicile, le prix pour la personne a été estimé par plusieurs personnes rencontrées par la mission à un coût avoisinant les 12 000€ par mois. Cette somme représenterait l'emploi à temps complet de professionnels permettant d'assurer une présence en continu de jour comme de nuit auprès de la personne âgée, ce qui suppose en moyenne 4 à 5 ETP. Il s'agit d'une solution qui ne peut être envisagée que pour une part anecdotique de la population, bénéficiant de très hauts niveaux de revenus ou de patrimoine. Cette situation pourrait inciter à développer les solutions mutualisées, et notamment l'astreinte de nuit, qui permettrait à une aide à domicile d'être

en surveillance de plusieurs bénéficiaires sur un périmètre géographique resserré (ce qui suppose également un meilleur déploiement des solutions d'intelligence artificielle pour repérer les difficultés de personnes).

La situation de l'habitat partagé témoigne de l'insuffisance des plans d'aide à domicile au regard des besoins, y compris lorsque la mutualisation de l'APA permet de réduire les coûts individuels. Ainsi, dans les habitats partagés à destination des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, les besoins conduisent à disposer pour 8 habitants de 2 personnes présentes tout au long de la journée, et d'une personne présente la nuit, soit 7 à 8 ETP, auxquels s'ajoute 1 ETP dédié à la coordination. Le reste à charge global constaté pour l'aide à domicile des personnes s'établit (après APA et crédit d'impôt, pour un service pratiquant un prix de 23€/heure en journée et de 18€/heure la nuit) entre 1 800€ et 2 200€ par mois, auquel s'ajoute le loyer, soit un reste à charge mensuel variant entre 2 500€ et 3 500€ selon le prix du loyer. Dans ces maisons qui accueillent également des personnes jeunes atteintes de la maladie d'Alzheimer, le contraste apparaît d'autant plus nettement entre les personnes touchées par la maladie avant 60 ans, pour lesquelles l'intégralité des heures d'aide peut être couverte par la PCH, et les personnes touchées par la maladie après 60 ans, pour lesquelles l'APA ne couvre qu'une faible partie des heures.

Dans l'état actuel du système de financement, les habitats partagés ne peuvent donc constituer des alternatives à l'EHPAD pour les personnes ayant des besoins élevés d'aide que pour celles présentant les plus hauts niveaux de revenus ou de patrimoine. Cette population peut être comparée avec celle des personnes recourant aux 10% d'EHPAD pratiquant un prix supérieur à 2 909€. Selon l'une des intervenantes rencontrées dans une maison Alzheimer, une personne avec des revenus très faibles avait pu être accueillie avec une participation APA de 0%, pour un reste à charge mensuel de 1 900€. Un tel effort avait pu être consenti au prix d'un investissement important des enfants de la personne, et paraît inenvisageable en population générale.

La situation serait plus défavorable encore dans les résidences service seniors, qui pratiquent des prix plus élevés pour le loyer et la prestation de services. Dans les résidences visitées par la mission, les gestionnaires ont indiqué que des personnes avaient dû quitter la résidence pour un EHPAD pour des raisons financières, dans la mesure où l'addition du loyer et d'un volume d'aide quotidien important conduisait à un reste à charge excessif. Cette situation est observée alors même que la population moyenne des RSS se situe dans le neuvième décile de la population française¹⁰⁰.

Si les habitats intermédiaires progressent vers une mutualisation d'une part de l'APA à domicile, les besoins de surveillance la nuit pourraient être assurés de façon plus satisfaisante et accessible, en particulier dans les résidences autonomie et les modèles qui s'en rapprochent (MARPA).

Ainsi, pour les personnes qui présentent des situations complexes, avec un besoin important d'aide et de présence, et ce quel que soit leur GIR, les alternatives à l'EHPAD ne paraissent accessibles qu'à une part très restreinte de la population, alors même que les personnes qui

¹⁰⁰ Selon une étude de la DREES en 2023, la pension moyenne des habitants de plus de 85 ans en RSS s'élève à 2 320€. En appliquant la part moyenne des pensions dans le niveau de vie des plus de 80 ans estimée par l'INSEE 76,5 %, on peut projeter un niveau de vie moyen annuel des habitants de RSS de plus de 85 ans à 36 392€. Le niveau de vie réel est sans doute supérieur, dans la mesure où les personnes recevant des pensions élevées ont également une part moyenne de revenus du patrimoine plus élevée. En 2018, le seuil d'entrée dans le neuvième décile pour les personnes de 80 ans et plus s'établit à un niveau de vie annuel moyen de 36 300€.

entrent actuellement en établissement ont un niveau de vie moyen inférieur aux personnes vivant à domicile (voir *supra*).

2.3 De fortes inégalités de prise en charge demeurent en dépit des réformes de la loi ASV

Jusqu'en 2021, les tarifs d'APA appliqués par les départements présentaient des disparités importantes, qui ne répondaient que très partiellement aux caractéristiques socio-démographiques des départements mais à des choix politiques des exécutifs locaux. Les tarifs constatés en 2021 variaient ainsi de 16 € à 24,25 €, avec un tarif médian de 20,12 €¹⁰¹. Comme l'a montré le rapport de l'IPP, la variabilité des politiques d'APA mises en œuvre ainsi que des dépenses moyennes par bénéficiaire ne proviennent que de façon résiduelle de la nature des besoins et des pathologies, mais viennent à 52 % de la structure de l'offre et de la part d'aide informelle disponible, et pour le reste d'une part inexpliquée, qui pourrait correspondre à des choix politiques différenciés des départements¹⁰².

Ces inégalités ont conduit à créer un tarif minimal de valorisation d'une heure d'aide à domicile, applicable depuis le 1^{er} janvier 2022. Ce tarif minimal a été fixé à 22 € au 1^{er} janvier 2022, puis relevé à 23 € au 1^{er} janvier 2023. En complément de ce tarif minimal, une dotation complémentaire peut être versée pour financer les actions visant à l'amélioration de la qualité des interventions (notamment pour intervenir auprès des situations complexes, de nuit, en binôme...), à l'issue d'une contractualisation avec le département sous la forme d'un contrat pluriannuel d'objectif et de moyens. Au moment de la rédaction de ce rapport, la CNSA a entrepris d'évaluer les effets de la réforme sur les tarifs et les prix pratiqués par les services. Néanmoins, des inégalités importantes pourraient subsister à l'issue de cette réforme.

D'une part, le secteur fait face à des effets de concurrence entre le secteur associatif, le secteur lucratif et l'emploi direct qui restent importants et peu documentés.

- Ces effets de concurrence tiennent d'une part au fait que l'égalisation des tarifs ont pu favoriser des services lucratifs dont le coût de revient était inférieur, dans la mesure où il s'orientait vers de l'aide à des personnes faiblement dépendantes, qui requiert des personnels moins qualifiés, tandis que certains services associatifs, vers qui l'on adressait prioritairement les situations les plus complexes avaient un coût de revient supérieur ;
- D'autre part, la substitution de l'emploi direct à l'intervention de services prestataires repose sur une concurrence tarifaire qui reste peu documentée, faute d'information claire sur les prix pratiqués. Cette concurrence vaut également pour les personnels, dans la mesure où l'emploi direct peut permettre une rémunération plus attractive pour la personne, et un prix plus faible pour le bénéficiaire, étant donné l'absence de coûts de gestion et de frais annexes. Comme indiqué *supra*, ces effets constituent une incitation à recourir à l'emploi direct pour les personnes les plus fragiles, en contrepartie d'une moindre surveillance et d'une moindre diversification de l'offre proposée par le service ;

¹⁰¹ Source : Fédésap, « Tarifs APA/PCH : étude des réalités départementales », octobre 2021.

¹⁰² IPP, « Vieillir à domicile », p. 211.

- Ces effets de concurrence dessinent une zone de risque pour les personnes, dans la mesure où ils pourraient conduire à un accompagnement dégradé pour les personnes présentant les besoins les plus élevés et les plus complexes, en particulier dans les zones (notamment urbaines et à potentiel fiscal élevé) où existe une offre importante en services commerciaux et en emploi direct.

D'autre part, la fragilité des critères d'évaluation des besoins et de définition des plans d'aide conduit à de grandes disparités départementales de prise en charge. L'inadaptation de la grille AGGIR, faiblement corrélée aux besoins des personnes (notamment pour le maintien voire le renforcement de leurs capacités fonctionnelles) et peu rigoureuse dans ses classifications, a été mise en lumière de longue date, sans que ces constats ne conduisent à une réforme de l'outil (*voir annexe « Evaluation des besoins »*). Cette faiblesse conduit à deux types d'inégalités :

- **D'une part, le manque de précision de la grille explique que les équipes médico-sociales de deux départements, voire de deux circonscriptions locales d'un même département, puissent aboutir à des niveaux de GIR très différents pour des personnes présentant le même type de situation.** Les départements sont en mesure de déployer des « politiques de girage » plus ou moins restrictives, en fonction de leurs orientations budgétaires, du volume de personnes bénéficiaires de l'APA à domicile et en établissement, comme l'a mis en lumière le rapport de l'IPP. Ce constat a été confirmé par les acteurs de terrain rencontrés par la mission, notamment au sujet des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer : au même stade de la maladie, une personne peut être classée en GIR 2 ou 3 dans tel département, et en GIR 5 dans tel autre, ce qui ne lui permettra pas d'accéder à l'APA, mais uniquement aux aides de sa caisse de retraite ;
- **D'autre part, à niveau de GIR équivalent, les montants de plan d'aide peuvent varier de façon très significative entre départements.** Les variables tenant à la générosité de la politique de girage et au montant du plan d'aide sont d'ailleurs corrélées : « les départements plus généreux en termes d'éligibilité à l'APA ont tendance à attribuer ensuite des niveaux de GIR plus faibles alors que ceux moins généreux en termes d'éligibilité à l'APA attribuent des niveaux de GIR élevés¹⁰³ » ;
- **Enfin, la prise en compte des proches-aidants dans la détermination du niveau de GIR et des montants des plans d'aide est elle-même variable.** L'une des difficultés de la grille AGGIR est d'évaluer l'autonomie de la personne en incluant l'aide qu'elle peut recevoir de son entourage. Cette configuration fait peser une charge significative au sein des couples sur le conjoint, et conduit à une aide moindre pour les personnes mariées que pour les personnes non mariées. Elle pourrait également induire des inégalités de genre : même en neutralisant les effets de l'âge et de la situation matrimoniale, les femmes ont un risque significativement plus élevé d'avoir un plan d'aide saturé, ce qui pourrait indiquer que la charge d'aide supposée revenir à la conjointe est évaluée de façon plus élevée que la charge d'aide supposée revenir au conjoint¹⁰⁴. Ainsi, dans le cas d'un homme marié à une femme,

¹⁰³ IPP, « Vieillir à domicile », p.286.

¹⁰⁴ Voir sur ces questions DREES, Etudes et résultats, « Une analyse des montants des plans d'aide accordés aux bénéficiaires de l'APA à domicile au regard des plafonds nationaux applicables, n°748, février 2011.

l'évaluation pourrait tendre à moins saturer le plan d'aide dans la mesure où la femme est supposée apporter une aide significative à son conjoint, l'inverse ne se vérifiant pas.

Le développement d'un soutien mieux structuré au domicile, qui permette d'éviter des entrées non souhaitées en établissement médicalisé, nécessitera que ces inégalités soient réduites, de façon à construire sur le territoire un égal accès à une offre adaptée aux besoins de la personne, mais aussi de son proche-aidant. Comme indiqué dans l'annexe consacrée à ce sujet, un tel objectif ne pourra être atteint sans une réforme en profondeur des outils d'évaluation.

3 Les services sont confrontés à des tensions budgétaires et à des difficultés de recrutement qui menacent la continuité de l'activité

3.1 Les modalités de tarification laissent planer des risques sur l'équilibre budgétaire des SAAD

Si la mise en place d'un tarif plancher, établi en 2023 à 23€/heure, a représenté une avancée significative pour réduire les inégalités territoriales et réduire l'écart entre le coût de revient horaire et le tarif APA, le secteur reste sous-financé. Les différentes estimations du coût de revient horaire des SAAD parviennent à un coût bien supérieur au tarif plancher, alors même que ces estimations se fondent sur l'existant, sans préjuger du renforcement nécessaire à un meilleur soutien à domicile pour des personnes plus fragiles :

- L'étude du cabinet Ernst and Young réalisée pour la DGCS en 2016 trouve un coût de revient médian de 23,55€/heure, et un coût de revient moyen de 24,24€/heure. Corrigé de l'inflation, l'estimation serait en 2023 de 26,7€/heure pour la médiane, et de 27,5€/heure pour la moyenne ;
- L'étude du cabinet Ernst and Young pour la Fédésap sur le coût horaire en 2018 trouve un résultat inférieur, à 22,9€/heure. Corrigé de l'inflation, l'estimation parviendrait en 2023 à 25,2€/heure. Les différences d'estimation pourraient s'expliquer en partie par la différence de périmètre, la Fédésap regroupant des services privés lucratifs, dont le coût horaire est tendanciellement plus faible ;
- L'édition 2022 du référentiel Argos SAAD de l'UNA trouve un coût complet horaire pour 2021 de 26,72€, soit en appliquant l'inflation un coût horaire moyen pour 2023 de 28,55€.

Etant donné le décalage entre le tarif plancher et le coût de revient horaire, différentes zones de risque peuvent être mises en lumière :

- Le sous-financement conduit les services à dégrader la qualité de l'offre, à segmenter les temps d'intervention et à recruter du personnel moins qualifié. Selon les interlocuteurs entendus par la mission, l'impératif d'équilibre budgétaire des services ne permet pas d'envisager de recruter plus de 20 à 30% de personnel diplômé AVS (voir *infra*). Il conduit également à une sous-rémunération des frais kilométriques des intervenants. Selon l'étude Fédésap de 2019, 11 % des frais de déplacement réels sont rémunérés aux intervenants

conformément aux termes de la convention collective, le reste à charge pour l'intervenant étant estimé à 345€/mois. Dans la mesure où les intervenants de l'aide à domicile perçoivent des rémunérations faibles (on compte 17,5 % de ménages pauvres parmi ces métiers, contre 6,5 % en moyenne pour l'ensemble des salariés¹⁰⁵), un tel niveau de frais professionnels paraît particulièrement désincitatif ;

- La dotation complémentaire fléchée vers la qualité, les fonds de la CNSA et l'aide extra-légale des départements pourraient ne pas servir à améliorer de façon significative la qualité du service mais à couvrir le coût de production ;
- Le décalage entre le tarif de financement et le coût de revient peut se reporter sur le bénéficiaire, à qui s'applique un reste à charge extra-légal en sus de la participation APA. Dans l'étude du cabinet Ernst and Young conduite par la Fédésap, on constate ainsi une différence de 3,38€ entre le tarif moyen horaire et le prix moyen horaire facturé par le service. Comme on l'a montré dans les simulations *supra*, une telle différence peut conduire à un reste à charge horaire très élevé au regard des revenus pour des personnes présentant des besoins d'aide importants. Elle introduit par ailleurs des inégalités importantes entre les bénéficiaires, selon que le service auquel il recourt applique ou non un reste à charge extra-légal, et selon que le département couvre ou non ce reste à charge par le biais d'une aide sociale extra-légale¹⁰⁶.

La mise en place du tarif plancher laisse par ailleurs craindre des effets de bord qui pourraient conduire à une mise en difficulté des services associatifs ou à un report supplémentaire des dépenses sur le bénéficiaire. En effet, un certain nombre de départements ont initié, ou menacent d'initier, une dynamique de « détarification » des services. A l'heure actuelle, le tarif facturé par les SAAD au bénéficiaire (on parlera ci-après de prix) peut être déterminé de deux façons :

- Un prix administré par le département, qui concerne pour l'essentiel les SAAD habilités à l'aide sociale ;
- Un prix librement fixé par le service. Cette modalité de fixation des prix concerne notamment les services privés lucratifs, qui ne relevaient pas originellement de l'autorisation départementale, avant l'unification des modalités d'harmonisation et de tutelle mise en œuvre par la loi du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne ;

Considérant que le tarif plancher conduisait à une administration de fait du tarif au niveau national, certains départements se sont engagés dans une généralisation du modèle de prix libre, un mouvement sur lequel le rapport parlementaire de Georges Labazée avait déjà alerté en 2017¹⁰⁷. Cette dynamique induit deux types de risques :

¹⁰⁵ Myriam El Khomri, « Plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand âge 2020-2024 », octobre 2019.

¹⁰⁶ Les pratiques des départements sont très hétérogènes sur ce point, certains départements pouvant couvrir l'intégralité du reste à charge extra-légal par le biais de l'aide sociale, d'autres ne le compensant pas ou partiellement.

¹⁰⁷ Georges Labazée, Tarification et perspectives d'évolution des services d'aide et d'accompagnement à domicile, rapport au Premier ministre, mars 2017.

- Soit le département accepte que les services concernés dérogent au taux directeur national d'augmentation annuelle du tarif, et appliquent un reste à charge extra-légal supérieur pour couvrir leur coût de production, ce qui implique des dépenses supplémentaires pour le bénéficiaire, y compris, s'agissant de services qui étaient habilités à l'aide sociale, pour des bénéficiaires disposant de faibles revenus ;
- Soit le département n'accepte pas de dérogation au taux directeur, mais fait perdre aux services l'opposabilité de leur tarif, ce qui peut conduire à une situation budgétaire critique pour les services, dont les produits sont structurellement inférieurs aux coûts.

3.2 Sous l'effet de l'inflation, des revalorisations salariales¹⁰⁸ et des difficultés de recrutement, de nombreux services sont actuellement dans une situation critique

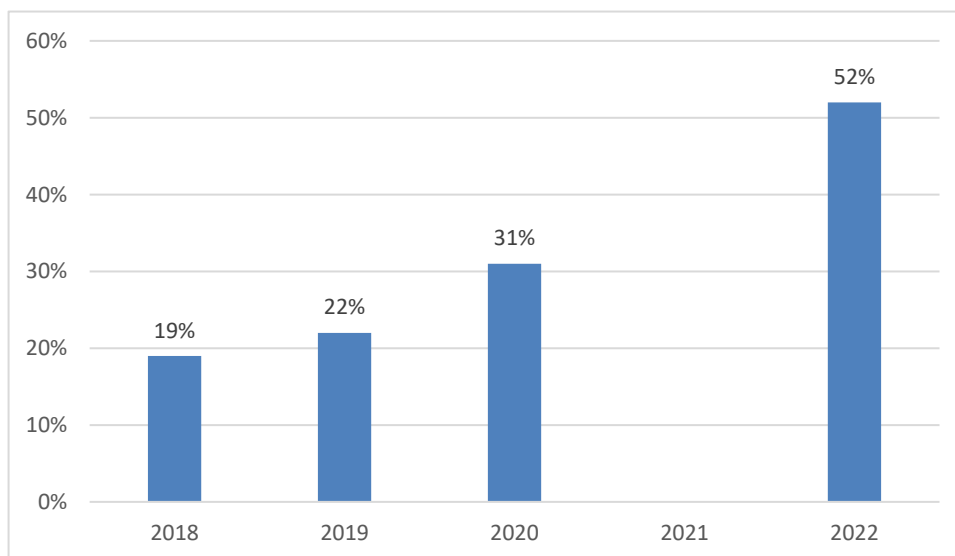
Les motifs de la faible attractivité des métiers de l'aide à domicile sont connus et ont été largement documentés par le rapport de Myriam El Khomri :

- Une sinistralité élevée. Les métiers de l'aide à domicile connaissent le plus haut taux de sinistralité tous métiers confondus : ce taux est trois fois supérieur à la moyenne nationale, et plus forte d'un tiers à celui observé dans le secteur du BTP ;
- Des rémunérations faibles, quoique les récentes revalorisations aient permis un premier rattrapage, mais rapidement absorbé par l'inflation ;
- Des coûts induits élevés, en particulier du fait d'une couverture partielle des frais kilométriques et des temps de transport dans la rémunération ;
- Des conditions de travail insatisfaisantes, du fait de la segmentation des interventions et des enjeux récurrents des glissements de tâches ;
- Une difficulté particulière de l'intervention à domicile, dans laquelle le professionnel est seul et ne peut demander d'aide à ses collègues ;
- Une faible reconnaissance sociale et institutionnelle.

Selon l'étude réalisée par Opinion Way pour l'UNA en mars 2023 sur un échantillon de 131 structures adhérentes à l'UNA, 98 % des structures ont ouvert au moins un poste au recrutement en 2022, et 52 % des postes ouverts sont restés vacants. L'évolution constatée par l'étude annuelle entre 2018 et 2022 a conduit à augmenter de 19 % à 52 % la part de postes ouverts non pourvus

¹⁰⁸ La reprise par les départements de la part qui leur incombe pour les coûts supplémentaires induits est hétérogène en fonction des territoires, notamment dans le cadre de l'avenant 43 à la BAD.

Graphique 13 : Part des postes ouverts et non pourvus dans les SAAD (Opinionway pour UNA)



Source : Opinionway pour UNA

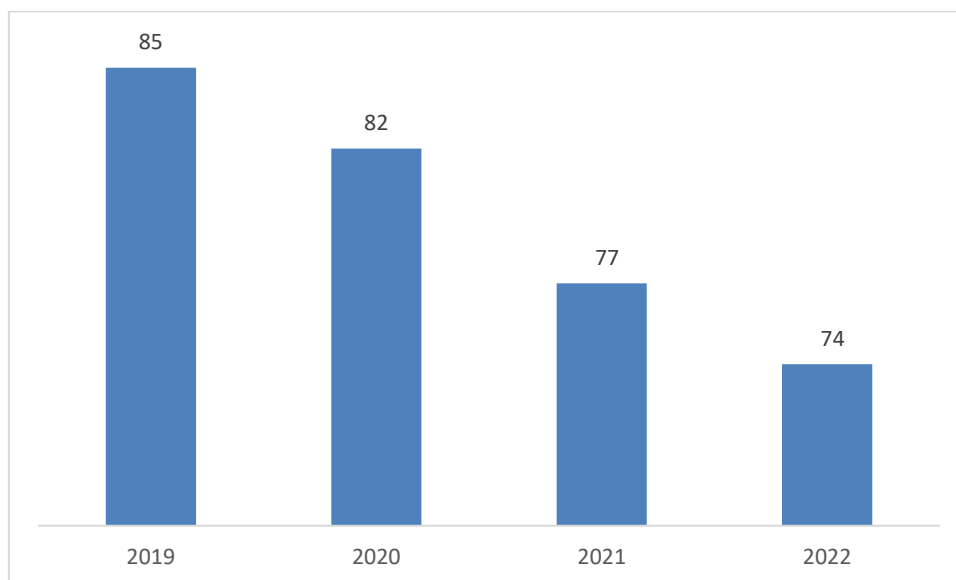
Les difficultés les plus importantes portent sur le recrutement des auxiliaires de vie sociale, qui représentent en moyenne 7,4 des 11 ETP à créer par structure. Sachant que la part des personnels diplômés est faible au sein des SAAD (voir *supra*, l'équilibre budgétaire ne permet pas de recruter plus de 20 % à 30 % d'AVS), un risque important existe que des personnels non diplômés et sans qualification soient chargés de l'accompagnement de personnes qui présentent des situations très lourdes et très complexes. Ce risque est de nature à s'accroître si la baisse du taux d'institutionnalisation conduit à augmenter le volume et la part de personnes en situation complexe à domicile. Selon le rapport de la conférence salariale de 2021, les auxiliaires de vie sociale ne représentent ainsi que 16 % des personnels intervenant à domicile, contre 62 % pour les aides à domicile (non diplômés), soit l'estimation basse de 20 % communiquée à la mission par plusieurs acteurs¹⁰⁹. Au cours de ses investigations, la mission a constaté les effets de cette situation sur la dégradation du niveau de prise en charge, des aides à domicile pouvant intervenir auprès de personnes avec des niveaux très avancés de perte d'autonomie, et réaliser les transferts et les toilettes, d'autant que le glissement de tâches entre aides-soignants et aides à domicile est une réalité structurelle de l'accompagnement à domicile.

Ces difficultés de recrutement conduisent à refuser des demandes d'aide ou à diminuer le volume du service (sous-réalisation des plans d'aide, diminution du nombre de tournées, diminution de l'amplitude horaire d'intervention du service), **au risque de laisser les personnes dans des situations très dégradées**. Selon une fédération auditionnée par la mission, la baisse d'activité des structures s'élèverait à 5 % au niveau national, et pourrait atteindre 25 % dans certains territoires. L'enquête conduite auprès des adhérents de l'UNA trouve qu'en 2022, 74 % en moyenne des demandes adressées au service ont été prises en charge intégralement, 11 % ont été prises en charge partiellement, 10 % ont été refusées et 5 % ont été reportées. Là encore, la part des

¹⁰⁹ DGCS, Rapport de la conférence salariale, 2021

demandes prises en charge de façon intégrale est en diminution constante au cours des dernières années :

Graphique 14 : Nombre de demandes intégralement prises en charge par les SAAD sur 100 demandes (Opinionway pour UNA)



Source : Opinionway pour UNA

De ce point de vue, les mois d'été représentent une zone de risque particulière, aggravée par les difficultés de recrutement préexistantes, y compris par le biais de l'emploi intérimaire ou des vacances. Les fédérations rencontrées par la mission indiquent devoir réduire le nombre de tournées et l'amplitude horaire au cours des journées du mois d'août faute de personnel, ce qui peut conduire à laisser des personnes au lit ou sans alimentation, enfermées, d'autant que les familles peuvent également être moins présentes pendant les mois d'été. Dans un territoire le plus en tension visité par la mission, les situations décrites par les équipes médico-sociales du département peuvent ainsi concerner par exemple une femme qui ne peut s'alimenter seule, et qui demande au service de la « bourrer » à l'heure du déjeuner, dans la mesure où le service ne peut plus faire de passage le soir.

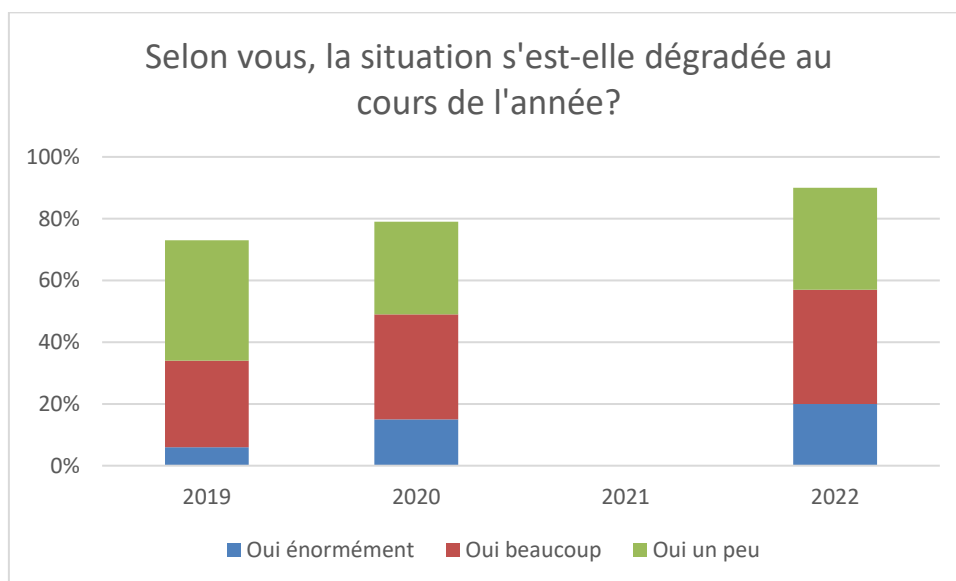
Tous ces éléments font peser des risques très sérieux sur la qualité et la pérennité de l'offre existante, et plus encore sur la capacité d'accroître dans des proportions très élevées le volume de cette offre. Les objectifs fixés par le gouvernement impliquent que dans les années à venir, les SAAD puissent proposer un volume horaire et des amplitudes d'intervention sensiblement supérieurs, pour répondre :

- à l'augmentation du nombre de personnes âgées ;
- à l'augmentation de la part de personnes âgées en perte d'autonomie à domicile ;
- à l'augmentation des besoins d'aide des personnes, dans la mesure où des profils qui auraient justifié hier une entrée en établissement médicalisé devraient demain être accompagnés dans leur domicile privé ou dans des habitats intermédiaires. Ceci implique

à la fois un plus grand volume d’heures et une plus grande amplitude, de nombreuses situations de limite de maintien à domicile provenant des besoins nocturnes.

A l’heure actuelle, la capacité des services à maintenir leur activité paraît d’ores et déjà menacée. L’ensemble des fédérations rencontrées par la mission ont alerté sur la part importante de services en grande difficulté économique, ce que confirment les remontées des adhérents de l’UNA dans le cadre de l’étude Opinionway. Les services notent ainsi de façon croissante une dégradation de la situation du secteur :

Graphique 15 : Enquête Opinionway pour l’UNA



Source : Opinionway pour UNA

Dans ces conditions, à défaut d’une réforme en profondeur du secteur, appelée par plusieurs rapports au cours des dernières années¹¹⁰, aucun élément ne permet d’envisager à ce jour que les conditions pour accompagner le nombre de personnes voulues à domicile et dans les habitats intermédiaires soient réunies.

4 Les réformes en cours constituent des avancées significatives, mais ne répondront pas au besoin d’une réforme structurelle du secteur

La mise en place des services autonomie à domicile (SAD) constitue une transformation importante pour le secteur. Ces services, dont le cahier des charges est fixé par décret du 16 juillet 2023, regrouperont les SAAD, les SPASAD et les SSIAD pour constituer un service unique chargé de dispenser des prestations d’aide et d’accompagnement, des soins (dont la téléconsultation, l’accompagnement à la fin de vie et aux soins palliatifs en lien avec la HAD et les équipes mobiles),

¹¹⁰ Les mêmes orientations d’évolution sont notamment énoncées dans le rapport Libault, dans le rapport Labazée, et dans le rapport du HCFEA.

des actions de prévention de la perte d'autonomie et de soutien à l'autonomie, ainsi qu'un soutien aux aidants. Les services actuels pourront évoluer selon différentes modalités :

- Les SAAD actuels sont automatiquement autorisés comme SAD. Ils pourront continuer à assurer uniquement des prestations d'aide et d'accompagnement, ou s'associer à un ex-SSIAD ;
- Les SPASAD actuels sont automatiquement autorisés comme SAD ;
- Les SSIAD peuvent :
 - déposer une demande d'autorisation pour intégrer des prestations d'aide et d'accompagnement ;
 - conventionner avec un ou plusieurs SAAD pour une durée maximale de trois ans, à l'issue de laquelle ils devront avoir constitué une entité juridique unique.

Les services devront être en conformité avec le cahier des charges à compter du 30 juin 2025, date à partir de laquelle les programmations fixées par les ARS et les conseils départementaux devront intégrer les SAD.

La mise en place des SAAD, qui vient approfondir et généraliser le développement des SPASAD, devrait permettre de renforcer la cohérence et la coordination des interventions, de faciliter et de rendre plus lisible le dispositif pour les personnes et leurs familles, et de positionner les services à domicile comme socle robuste du soutien à domicile, en capacité d'apporter un panel de réponses diversifié aux personnes. Elle favorisera l'intervention en binômes, et une meilleure répartition des passages à domicile. Par le regroupement des services, cette évolution tend également à répondre à l'émiettement des services, notamment des SSIAD, qui conduisait à une organisation faiblement efficiente.

Les réformes en cours des services de soins infirmiers à domicile

2 107 SSIAD et SPASAD interviennent en France métropolitaine pour 127 262 places autorisées. Les SSIAD interviennent essentiellement pour des soins de *nursing*, et de façon secondaire pour des soins techniques, avec un nombre moyen de passage pour les personnes aidées de 1,3 passage par jour en semaine, et 1,5 en week-end. 71 % des interventions sont réalisées par des aides-soignants, qui constituent 81 % des personnels des services. Le maillage territorial des SSIAD et le volume d'interventions sont fortement corrélés à la densité d'infirmiers libéraux sur le territoire, les infirmiers tendant à réaliser eux-mêmes les soins de *nursing* dans les territoires où l'offre excède la demande, et à se recentrer au contraire sur les actes les moins consommateurs en temps et les plus lucratifs dans les zones où la demande est tendue (voir annexe « catégorisation des départements » ainsi que le rapport de l'Igas de 2023 relatif aux centres de soins infirmiers).

Plusieurs difficultés sont apparues sur l'intervention des SSIAD :

- Un émiettement excessif des services (la moitié des services ayant moins de 50 places), et des amplitudes d'ouverture trop restreintes ;
- La nécessité de diversifier les interventions (les interventions de psychologues, podologues et ergothérapeutes restent résiduelles, autour de 0,1 % des soins) ;

- Une coordination insuffisante avec les soins de ville et les équipes hospitalières, ainsi qu'avec les autres intervenants à domicile ;

- Une sélection inversée des patients, les patients trop requérants étant trop coûteux au regard du financement à la place. Certains services refusaient à ce titre des patients qui demandaient de nombreux passages ou des interventions longues, comme les patients diabétiques.

Les réformes en cours du secteur ont pour ambition de pallier ces difficultés :

- La constitution des SAD devrait aboutir à des services de plus grosse taille, qui pourront davantage mutualiser les interventions de professionnels diversifiés, et étendre l'amplitude horaire des passages. Les fonctions de coordination sont par ailleurs explicitement mentionnées dans les missions des SAD, et prévues au titre de la dotation complémentaire horaire de la CNSA, quoique la fragilité budgétaire ne permette pas de garantir que ces dotations n'aient pas pour seul objet de couvrir le coût de production (voir *supra*) ;

- La réforme en cours de la tarification des SSIAD, prévue par l'article 48 de la LFSS 2022 cherche à lutter contre les phénomènes d'anti-sélection : elle associe une dotation forfaitaire du service à des forfaits usagers hebdomadaires qui varient en fonction du GIR de l'utilisateur, de la nécessité ou non d'une intervention le week-end, de l'intervention ou non d'un IDE, avec des majorations forfaitaires lorsque le patient nécessite l'intervention conjointe de deux professionnels, et/ou qu'il est atteint de diabète insulino-traité. Ce mode de tarification ne prend pas en compte le maintien des capacités fonctionnelles permises par l'intervention du SSIAD mais le profil du patient lors de l'intervention du SSIAD.

Le détail des calculs des barèmes est en attente au moment de la rédaction de ce rapport.

Si la mission a reçu des alertes de certains services qui craignent pour leur équilibre budgétaire, notamment pour ceux qui sont couverts par des conventions collectives plus favorables (Croix-Rouge par exemple), les nouveaux modes de tarification devraient être favorables aux services qui accompagnent les situations les plus difficiles. L'UNASSI alerte néanmoins sur l'incitation que pourrait créer cette réforme à une sélection inverse, les patients nécessitant les moins lourds étant dès lors écartés de la prise en charge. Elle souligne l'importance d'un consensus plus ferme sur la nature des interventions et la qualité de la prise en charge, le recueil commenté des normes pour les SSIAD réalisé en 2015 sous l'égide de l'ANESM et de la DGCS n'ayant pas de valeur normative, et n'ayant pas fait l'objet de réelle diffusion.

S'agissant des besoins en services, le besoin de création a été estimé par la Cour à 25 000 d'ici 2030, pour un besoin de 15 000 ETP, alors que le rythme de développement des services et des places est presque nul depuis 2015. Encore cette estimation ne prend-elle pas en compte le suivi de personnes plus requérantes à domicile, concomitamment à une baisse des entrées en établissement. Entre 2019 et 2022, le nombre de places a augmenté de 126 180 à 127 262, soit une hausse de 1 082 places en 3 ans, alors que le besoin de création pour les 6 ans à venir est 25 fois supérieur.

Néanmoins, la construction du « SAD de demain » doit permettre d'assurer un meilleur équilibre des structures, et d'améliorer significativement la réponse aux besoins des personnes, ce que ne garantit pas la réforme actuelle. La mise en place des SAD laisse en effet subsister une complexité de gestion et de tarification qui semble reproduire le modèle que l'on cherche à résorber dans les EHPAD depuis de nombreuses années :

- Une double tarification ARS/département, qui ne fonctionne pas selon des principes cohérents, en juxtaposant un financement à l'utilisateur avec modulations forfaitaires pour les soins et un financement horaire pour les prestations d'aide, complétée par des dotations de la CNSA et des dotations de l'Etat au titre de la compensation des revalorisations salariales. La question de la fongibilité des financements sera nécessairement au cœur des enjeux dans la mesure où le faible financement du champ dépendance pourrait conduire à mobiliser les crédits de l'assurance-maladie, en augmentant la part des actes réalisés sous le volet soin. De telles difficultés laissent augurer de pratiques d'optimisation par les services et de contrôles pointilleux de l'administration qui ne garantiront pas de fonctionnement sain de l'activité ;
- Une double autorité de tutelle et de contrôle qui s'associe à ce double financement.

En tout état de cause, aucune évolution significative ne pourra être escomptée dans un contexte de financement insuffisant de l'aide à domicile, sachant que le cadre et le niveau de financement doivent pouvoir répondre à trois objectifs :

- Permettre d'assurer le coût actuel du service ;
- Assurer le coût des améliorations nécessaires de la qualité pour pousser plus loin les limites du domicile ;
- Assurer le coût de personnes plus requérantes en aide, qui devraient continuer à vivre à domicile plus longtemps ;
- Entrer en cohérence avec le rassemblement des soins et de l'aide sous une même entité juridique.

A cela s'ajoute le fait que les gains attendus en termes de cohérence des prises en charge pour les patients seront vraisemblablement limités : en effet, il y a peu de raison que les patients qui ont recours à un SAAD et un SSIAD fassent appel à des structures appartenant au même SAD. Non seulement les périmètres géographiques des SAAD et SSIAD sont souvent très différents (plus grand pour les SAAD que pour les SSIAD du fait de la grande concurrence entre SAAD et de l'éclatement des structures), mais aussi les personnes qui débutent leur prise en charge par un SAAD à un stade de leur vie qui n'appelle pas de soins (ex. portage de repas, jardinage, ménage) n'ont aucune raison de choisir un SAAD conventionné avec un SSIAD : le plus probable est qu'ils choisissent un SAD autonome ; or le jour où ils auront besoin d'un SSIAD, ils n'ont pas d'incitation à se séparer du SAD autonome avec lequel ils ont pris leurs habitudes.

Dans ce cadre, le financement et la tarification des services devront être harmonisés et profondément revus :

- A minima, fixer un tarif horaire qui permette de couvrir le coût de l'aide, le coût de coordination et le coût des nouveaux services. Plusieurs simulations ont été réalisées par les fédérations, dont le détail est donné en pièces jointes ;
- Envisager un financement global des services sur le modèle du financement SSIAD, forfaitaire et à la place.

ANNEXE 4 : L’habitat inclusif pour personnes âgées

ANNEXE 4 :	L’HABITAT INCLUSIF POUR PERSONNES AGEES	104
1	L’HABITAT INCLUSIF SE DEVELOPPE DE MANIERE DIFFUSE DANS UN CADRE JURIDICO-ADMINISTRATIF QUI N’EST PAS ENCORE PLEINEMENT STABILISE.....	107
1.1	L’HABITAT INCLUSIF CONNAIT UN DEVELOPPEMENT RAPIDE MAIS INSUFFISANT AU REGARD DES BESOINS	107
1.2	LA NATURE DU MODELE ET LE NIVEAU DES FINANCEMENTS NE GARANTISSENT PAS A CE JOUR DE CROISSANCE DES HABITATS PARTAGES AU NIVEAU DES BESOINS.....	109
1.3	LE CADRE D’AIDE AU FONCTIONNEMENT DES HABITATS INCLUSIFS EST EN TRAIN DE SE STABILISER VERS DES MODALITES PEU INCITATIVES POUR LES DEPARTEMENTS, QUI PRESENTENT DEJA DE FORTS ECARTS DE CONVENTIONNEMENTS	111
1.4	LA POSSIBILITE D’UNE REQUALIFICATION EN ÉTABLISSEMENTS RECEVANT DU PUBLIC (ERP), BIEN QUE CONSIDEREE COMME INADEQUATE AU REGARD DES REALITES DOMICILIAIRES, N’EST PAS ECARTEE ET POURRAIT COMPROMETTRE LE MODELE DE L’HABITAT INCLUSIF.....	113
2	LES HABITATS ACCOMPAGNES, PARTAGES ET INSERES DANS LA VIE LOCALE PEUVENT APPORTER DES REPONSES AUX ASPIRATIONS ET BESOINS DE PERSONNES QUI, DANS CERTAINS CAS, CONDUIRAIENT SINON A UNE ORIENTATION VERS DES EHPAD.....	115
2.1	L’HABITAT INCLUSIF PERMET DE LUTTER CONTRE L’ISOLEMENT EN FACILITANT LES LIENS SOCIAUX ET PARTICIPE A LA PREVENTION DE LA PERTE D’AUTONOMIE	115
2.2	LA VIE EN COLLECTIVITE INDUIT, PAR LA SOLIDARITE ET LA VIGILANCE ENTRE HABITANTS, UNE FORME DE SECURITE POUVANT PAR AILLEURS MOTIVER UN EMMENAGEMENT EN EHPAD.....	117
2.3	L’HABITAT INCLUSIF PERMET, GRACE A LA MUTUALISATION DES INTERVENTIONS FINANCES PAR LES PLANS D’AIDES, UNE PRESENCE SIGNIFICATIVEMENT ACCRUE PAR RAPPORT AU DOMICILE ORDINAIRE	117
2.4	L’HABITAT INCLUSIF PEUT REPRESENTER UNE SOLUTION DOMICILIAIRE ADAPTEE POUR LES PERSONNES VIVANT AVEC DES MALADIES NEURO-DEGENERATIVES, NOTAMMENT LA MALADIE D’ALZHEIMER	118
3	LES CONDITIONS D’EXERCICE PARAISSENT ATTRACTIVES POUR LES PROFESSIONNELS MAIS TROP PEU ENCADREES.....	121
3.1	LES CONDITIONS D’INTERVENTION PEUVENT CONSTITUER UN FACTEUR D’ATTRACTIVITE POUR LES PERSONNELS	121
3.2	LE COORDINATEUR DU PROJET OCCUPE UNE PLACE STRUCTURANTE MAIS AMBIGUË.....	122
3.3	LES CONDITIONS D’EXERCICE DOIVENT ETRE SECURISEES	123
3.3.1	<i>Le libre choix des services intervenant dans les habitats n’est, dans les faits, pas assuré.....</i>	<i>123</i>
3.3.2	<i>La gestion de certaines problématiques, et notamment les troubles du comportement, est insuffisamment encadrée.....</i>	<i>124</i>
3.4	LE FONCTIONNEMENT DES HABITATS VISITES PAR LA MISSION REQUIERT UNE PRESENCE SOUTENUE DES FAMILLES ET/OU DE BENEVOLES.....	125

4	UN DEVELOPPEMENT DU SECTEUR COMME « ALTERNATIVE A L'EHPAD » SUPPOSE D'INTERROGER LE MODELE ECONOMIQUE DES HABITATS ET LA GOUVERNANCE DU SECTEUR.....	125
4.1	POUR LES PERSONNES PRESENTANT UN FORT BESOIN D'AIDE, L'HABITAT INCLUSIF PEUT PERMETTRE UN COUT MOINDRE QUE LE DOMICILE TRADITIONNEL, MAIS RESTE TRES ONEREUX	125
4.2	LES FRAIS INDIRECTS INDUITS PAR L'HABITAT INCLUSIF APPELLENT A DES FINANCEMENTS PUBLICS, SANS QUOI LE DEVELOPPEMENT DU SECTEUR APPARAIT COMPROMIS	127
4.3	UN DEVELOPPEMENT RAPIDE DU SECTEUR DEMANDERAIT UN CHANGEMENT D'ECHELLE ET UN PILOTAGE PLUS ROBUSTE	128

Désigné aujourd’hui par les pouvoirs publics sous le terme d’habitat « inclusif »¹¹¹, l’habitat domiciliaire dit alternatif, « accompagné, partagé et inséré dans la vie locale »¹¹² (API), ou solidaire¹¹³ s’inscrit dans la continuité de souhaits de modes d’accompagnement domiciliaires de personnes en perte d’autonomie.

Les CANTOU (Centre d’Animation Naturel Tiré d’Occupations Utiles), développés à partir de la fin des années 1970, visaient à accueillir des personnes en perte de capacités cognitives dans un lieu communautaire, de petite taille (12 à 15 personnes) et non médicalisé¹¹⁴. Ces formes d’habitat ont continué à se développer de manière diffuse, sans accompagnement des structures prévu dans la loi et sans pilotage local, à l’initiative de proches des habitants ou de bénévoles notamment. Si le modèle français des CANTOU a inspiré le développement de véritables alternatives aux établissements dans certains pays européens (notamment en Allemagne), il n’a pas donné lieu à un développement structuré en France.

C’est en 2018 que la loi ELAN¹¹⁵ reconnaît pour la première fois légalement l’habitat inclusif et crée le forfait habitat inclusif, destiné à financer le projet de vie sociale et partagée. Ce forfait, et aujourd’hui l’Aide à la Vie Partagée (AVP) qui l’a remplacé, sont attribués par personne en situation de handicap ou personne âgée en perte d’autonomie résidant dans l’habitat inclusif, et versés à la personne morale chargée d’assurer le projet de vie partagée¹¹⁶.

Le terme d’habitat « inclusif », venu du champ du handicap¹¹⁷, recouvre des réalités très larges. Au-delà des distinctions des publics ciblés entre personnes vivant avec un handicap et personnes âgées en perte d’autonomie, ces habitats peuvent également se concentrer sur des profils plus spécifiques. La mission a ainsi rencontré plusieurs habitats inclusifs, certains dédiés à des personnes âgées relativement autonomes et souhaitant une vie sociale et partagée, d’autres accueillant des personnes vivant avec la maladie d’Alzheimer, ou à vocation de tissage de lien social pour des personnes plus isolées.

Le projet de vie sociale et partagée¹¹⁸ exprime la singularité de chaque habitat inclusif : il définit le cadre de la vie en collectivité et notamment des temps d’activités partagées, ainsi que de la prévention de la perte d’autonomie et l’anticipation des risques induits par l’évolution de la situation des habitants¹¹⁹. En creux, il dessine donc le public auquel il se destine, chaque habitat apportant des réponses spécifiques aux différents aspirations et besoins possibles des personnes.

¹¹¹ Loi ELAN 2018

¹¹² Piveteau, D. et Wolfrom, J. (2020) Rapport Demain je pourrai choisir d’habiter avec vous

¹¹³ Les dénominations et qualifications se sont multipliées avant l’ancrage d’un terme – habitat inclusif – dans la loi ; Bertillot, H. et Rapegno, N. (2019) L’Habitat inclusif pour personnes âgées ou handicapées comme problème public, *Gérontologie et Société* (2019/2, Vol. 41, n°159)

¹¹⁴ Baulon, A., Marchadour M.-A. et Belpomme A. (1991) Du cantou à l’unité gériatrique comportementale (UGC), *Gérontologie et société* (1991/2. Vol. 14, n°57), Fondation Nationale de Gérontologie

¹¹⁵ Art. 129 loi Evolution du Logement, de l’Aménagement et du Numérique, promulguée le 23 novembre 2018

¹¹⁶ Articles L.281-1, L281-2 abrogé, L281-2-1, D281-2 abrogé et D281-3 abrogé du Code d’Action Sociale et des Familles

¹¹⁷ Bertillot, H. et Rapegno, N. (2019) L’Habitat inclusif pour personnes âgées ou handicapées comme problème public, *Gérontologie et Société* (2019/2, Vol. 41, n°159)

¹¹⁸ Cf. Article L281-1 du code de l’action sociale et des familles

¹¹⁹ Arrêté du 24 juin 2019 relatif au modèle du cahier des charges national du projet de vie sociale et partagée de l’habitat inclusif

La dénomination d’habitat inclusif est ainsi un terme générique qui rend peu compte de la variété de ces habitats. « L’habitat inclusif peut prendre des formes variées selon les besoins et les souhaits exprimés par les occupants »¹²⁰. La mesure dans laquelle ces habitats peuvent représenter une « alternative à l’Ehpad » doit donc être appréciée au cas par cas, notamment au regard des publics effectivement accueillis et de la capacité des différents habitats à garder des personnes dont le niveau d’autonomie décroît sans les orienter vers des Ehpad.

Ces habitats ne sont pas médicalisés et s’inscrivent pour les interventions professionnelles dans les dispositifs du domicile (APA domicile, SAAD, SSIAD, professionnels de santé libéraux ...). Pour autant, l’habitat inclusif peut constituer une réponse alternative à des besoins conduisant actuellement à une orientation en Ehpad, notamment l’isolement, la crainte de la chute, l’isolement social...

De surcroît, le modèle des habitats inclusifs, permettant autant que possible aux personnes d’être actrices de leur vie quotidienne, favorisant le lien social ainsi que la stimulation motrice et cognitive au travers des activités prévues, revêt une fonction de prévention de la perte d’autonomie – qui doit par ailleurs être inscrite dans le projet de vie sociale et partagée¹²¹.

1 L’habitat inclusif se développe de manière diffuse dans un cadre juridico-administratif qui n’est pas encore pleinement stabilisé

1.1 L’habitat inclusif connaît un développement rapide mais insuffisant au regard des besoins

Entre 2019 et 2020, le nombre de départements qui ont mis en place une conférence des financeurs de l’habitat inclusif est passé de 16 à 76, en dépit du ralentissement dans le développement du secteur induit par la crise sanitaire. Dans ces 76 départements, les différents acteurs institutionnels concernés¹²² se sont réunis sous ce format afin de recenser les initiatives locales et définir un programme coordonné de financement de l’habitat inclusif.

En outre, en 2020, la CNSA identifiait 302 projets d’habitats inclusifs bénéficiant de concours financiers publics¹²³, pour un total de 2 804 habitants dans 65 départements¹²⁴. Sur les 221 habitats financés par le forfait inclusif, 32 étaient destinés à des personnes âgées et 42 à un public âgé ou porteur de handicap, accueillant respectivement 331 et 604 des 2 188 personnes vivant en

¹²⁰ Arrêté du 24 juin 2019 relatif au modèle du cahier des charges national du projet de vie sociale et partagée de l’habitat inclusif

¹²¹ Arrêté du 24 juin 2019 relatif au modèle du cahier des charges national du projet de vie sociale et partagée de l’habitat inclusif

¹²² Département, agence régionale de santé, représentants de l’Agence nationale de l’habitat dans le département, des régimes de base d’assurance maladie et d’assurance vieillesse, des fédérations d’institutions de retraite complémentaire ainsi que des organismes régis par le code de la mutualité (Art. L.233-3 du CASF), ainsi que, dans le cadre de l’habitat inclusif, des représentants des services déconcentrés de l’Etat compétents en matière de cohésion sociale et d’habitat (L.233-4 du CASF)

¹²³ 221 projets bénéficiant du forfait habitat inclusif versé par les ARS, sur concours de la CNSA ; et 121 projets financés « hors forfaits » par les conférences des financeurs

¹²⁴ Données diffusées par la CNSA, sur la base des données transmises par les conférences.

habitats inclusifs financés par ledit forfait. En 2020, pour les 235 fiches projets remontés par les départements qui précisaient le nombre de places (sur 302 habitats financés), les personnes âgées représentaient 38,2 % des personnes vivant en habitat inclusif, alors même que les habitats inclusifs à destination de ce public ne représentent que 14,5 % du nombre de projets financés¹²⁵. La mission ne dispose pas d'élément d'explication à cette divergence, qui pourrait indiquer que l'offre mixte (personnes âgées/personnes en situation de handicap) est très majoritairement occupée par des personnes âgées. Cette répartition des publics auxquels se destinent les habitats inclusifs est très hétérogène entre les départements.

En 2023, la CNSA¹²⁶ indique que 732 habitats inclusifs sont déjà implantés et 1154 en projet, dans 95 départements. Sont ainsi prévus en 2029, 1885 habitats inclusifs et 18 707 bénéficiaires de l'AVP [habitants], dont 9 198 personnes âgées.

A titre comparatif, l'Allemagne comptait environ entre 3100¹²⁷ et 3700¹²⁸ Pflege-Wohnengemeinschaften (WG) en 2017. Ces habitats partagés, bénéficiant de financement individuels consacrés à la vie en colocation, sont proches du modèle français de l'« habitat inclusif ». Inspirés des CANTOU, ils se destinent notamment – 2500 d'entre eux en 2017¹²⁹ – aux personnes âgées vivant avec des maladies neurodégénératives. Ils se caractérisent par une réelle hétérogénéité, ainsi qu'une forte hybridité dans leur pilotage, associant acteurs institutionnels, privés, associatifs et informels (habitants, bénévoles, proches...)¹³⁰.

De façon générale, l'habitat inclusif reste une offre résiduelle au regard des besoins : le développement de ce type d'habitat doit connaître un changement d'échelle si les autorités publiques souhaitent en faire un élément significatif de l'offre à destination des personnes âgées. Dans la mesure où le nombre de personnes âgées en situation de perte d'autonomie est estimé à 3,1M de personnes en 2030 (dont 1,6M de personnes bénéficiaires de l'APA), une offre qui s'adresserait à 10 000 personnes ne peut faire figure d'alternative crédible, d'autant qu'un nombre réduit de ces 10 000 places pour les personnes âgées s'adressent effectivement à des personnes en situation de perte d'autonomie.

Une programmation du développement de l'habitat inclusif à destination des personnes âgées en situation de perte d'autonomie fonctionnelle et de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées fait aujourd'hui entièrement défaut. Si ces projets doivent être portés au niveau local (voir infra, pilotage), il revient à l'État de définir des objectifs chiffrés clairs et des financements suffisamment robustes pour le développement d'un nouveau pan d'offre.

¹²⁵ Parmi les habitats pour lesquels ces données ont été renseignées par la conférence des financeurs – CNSA, Juin 2022, Dossier Technique, Conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie et de l'habitat inclusif, Synthèse des rapports d'activité 2020

¹²⁶ CNSA, Juin 2023, Les chiffres clés de l'autonomie 2023

¹²⁷ Knapp, U. (2020), Gedanken zu Jens Spahns Pflegereform: Sterbt schneller, Senioren!, dans Taz.de, 8. Septembre 2020

¹²⁸ Klie, T., (2016) Ambulant betreute Wohngemeinschaften – von Pionieren zu Bausteinen der Pflegerische Infrastruktur, im Fokus, dans Bundesweites Journal für Wohn-Pflege-Gemeinschaft, n°5, octobre 2016, cité dans le rapport final CNSA Innovation 2017 « Et nos voisins Européens, comment font-ils ? »

¹²⁹ Knapp, U. (2020), Gedanken zu Jens Spahns Pflegereform: Sterbt schneller, Senioren!, dans Taz.de, 8. Septembre 2020

¹³⁰ Klie, T. et Schumacher, B. (2017) Ambulant betreute Wohngruppen Bestandserhebung, qualitative Einordnung und Handlungsempfehlungen diffusé par le Bundesministerium für Gesundheit

1.2 La nature du modèle et le niveau des financements ne garantissent pas à ce jour de croissance des habitats partagés au niveau des besoins

Les habitats partagés se sont dans un premier temps construits de manière sporadique, comme réponses à des besoins identifiés sur le territoire, entre autres en ce qui concerne les habitats à destination du public vivant avec la maladie d'Alzheimer. Les porteurs de projets étaient donc hétérogènes : associations de familles de personnes en perte d'autonomie, bénévoles, collectivités locales...¹³¹

La loi ELAN de 2018 a fixé un premier cadre légal à l'habitat inclusif, complété dans le champ réglementaire en 2019, par un arrêté relatif au cahier des charges de l'habitat inclusif¹³², ainsi qu'un décret portant sur les conditions d'attribution du forfait habitat inclusif¹³³. En cela, elle a conduit à la formalisation de ces habitats. La perception des financements publics ainsi que l'élaboration du suivi du projet de vie sociale et partagée sont assurés par la personne porteuse du projet partagé¹³⁴ (dite personne 3P). Ces porteurs sont notamment en appui aux habitants « et, le cas échéant, leurs représentants » dans l'élaboration, le pilotage et l'évolution du projet de vie sociale et partagée, ainsi que dans la formalisation d'une charte sur la base du projet. Un des piliers de l'habitat inclusif, qu'est la participation des habitants dans la construction et la mise en œuvre de la vie collective, doit donc être garantie et favorisée par les porteurs de projet.

Chaque projet doit construire son modèle en fonction des besoins et aspirations individuels des habitants, ce qui peut rendre complexe une duplication du modèle ou un développement rapide de l'offre, ce qui souligne l'importance d'un développement piloté de l'offre si l'on en souhaite l'essor rapide¹³⁵. L'habitat doit favoriser l'ouverture de l'habitat sur l'environnement dans lequel il s'inscrit, qu'il s'agisse de la participation sociale et citoyenne des habitants, de l'accès aux divers commodités, services sociaux, médico-sociaux et sanitaires, que de l'implication de bénévoles dans l'habitat par exemple. En outre l'adaptation des projets aux circonstances d'espèces, bâtementaires et surtout humaines, compte tenu des aspirations et besoins évolutifs des habitants notamment, concourt à la singularité de chaque habitat inclusif.

S'agissant des financements, un appel à manifestation d'intérêt a été lancé en 2021 afin d'accompagner le développement de ce type d'habitat. Cet AMI, co-porté par la CNSA, la banque des territoires et l'Agence nationale de la cohésion des territoires, a pour objet d'accompagner les projets dans leur ingénierie (volet immobilier, bâtementaire ou social). Financé à hauteur de 1,5

¹³¹ DGCS (2017) Enquête nationale relative à l'habitat alternatif/inclusif pour personnes handicapées, personnes âgées, personnes atteintes d'une maladie neurodégénérative ou leurs aidant

¹³² Arrêté du 24 juin 2019 relatif au modèle du cahier des charges national du projet de vie sociale et partagée de l'habitat inclusif

¹³³ Décret n°2019-629 du 24 juin 2019

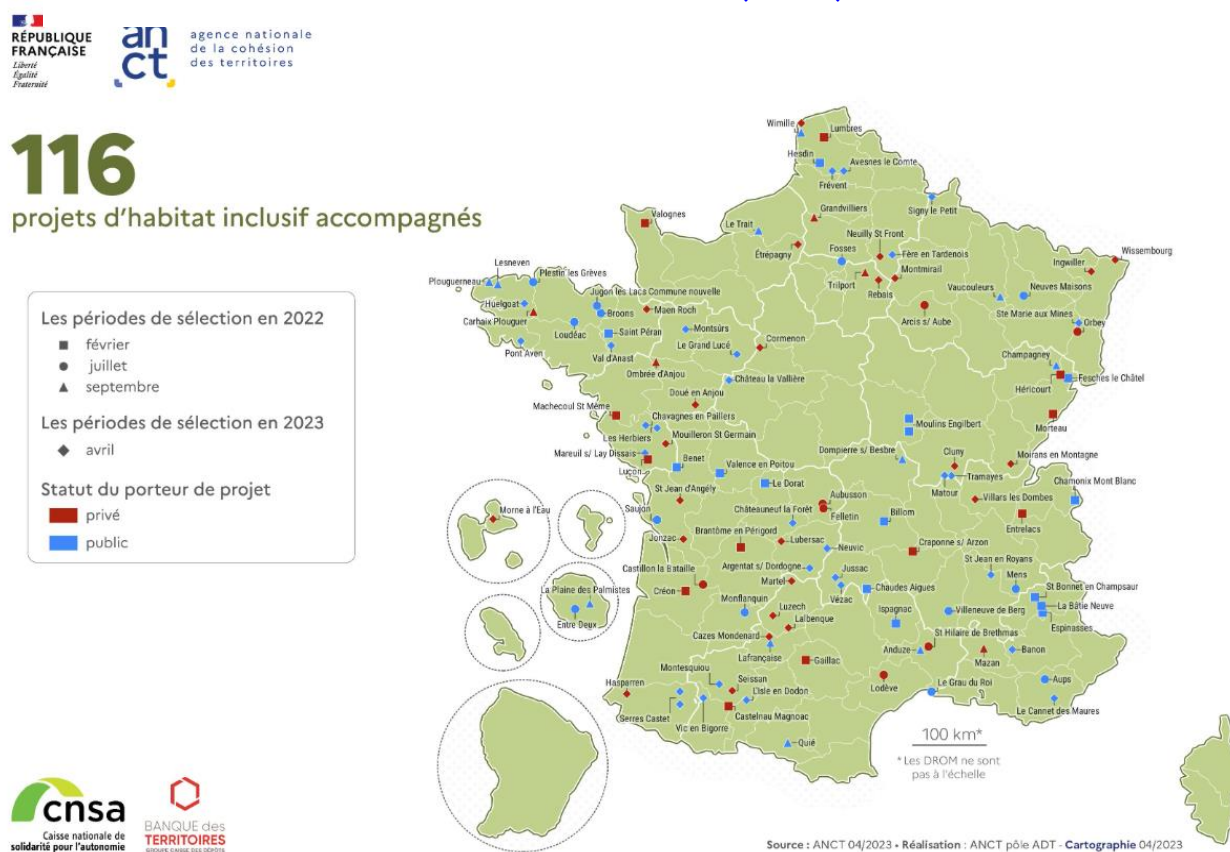
¹³⁴ Ibid. (décret)

¹³⁵ A Hambourg, un appel à projet a ainsi été lancé en 2005 pour une cellule de coordination des projets. La Stattbau, institut d'urbanisme pour l'habitat innovant, a été chargée de ce rôle, et intervient dans des fonctions de communication, de fédération des expertises, d'accompagnement de projet, de conseil et de soutien. Fin 2012, la Stattbau avait ainsi pu développer 50 colocations à destination des personnes atteintes de démence à Hambourg.

millions en 2022 et renouvelé pour 2023, il vise à soutenir la concrétisation de 500 projets en 2026, avec un premier palier à 100 en 2022.

Parmi les 63 projets retenus dans le cadre de l'appel à manifestation d'intérêt (AMI) Habitat Inclusif dans les Petites villes de demain pour 2021 et 2022 (128 projets présentés), 39 étaient portés par des acteurs publics (dont 27 par des communes, 5 par des communautés de communes et 4 par des centres communaux d'actions sociale) et 24 par des acteurs privés (principalement (14) par des associations)¹³⁶.

Carte 1 : Cartographie issue du site internet de l'Agence nationale de la cohésion des territoires (ANCT)



Poursuivi en 2023, l'AMI Habitat Inclusif accompagne un total de 116 projets. La large majorité de ces projets se situaient dans la moitié Sud-Ouest de la France métropolitaine.

En sus, la CNSA a accompagné l'investissement de ces projets en 2022 à hauteur de 7,5 millions d'euros et renouvelle cet accompagnement en 2023. Ces aides à l'investissement pour la construction, la réhabilitation d'espaces partagés, ou l'adaptation du bâti, pour un maximum de 50 000 € par habitat, ont vocation à soutenir le développement de cette offre dans des territoires où le foncier nécessite dans un premier temps des travaux.

Néanmoins, ces financements paraissent mineurs au regard des objectifs quantitatifs posés par la CNSA pour 2029 (de 1885 habitats inclusifs), et plus encore au regard des besoins pour que ces

¹³⁶ Source : data.gouv

habitats puissent constituer une alternative robuste aux EHPAD. Les acteurs du secteur, principalement composé d'acteurs non lucratifs, de collectivités locales ou d'entreprises de l'économie sociale et solidaire (type ESUS), plaident pour une mise en cohérence des niveaux d'aide avec les ambitions affichées, tant sur le volet de l'aide à la pierre, à l'investissement dans le projet, que dans son fonctionnement, au regard notamment des pratiques très hétérogènes en matière d'AVP.

Le développement du secteur suppose par ailleurs que l'offre soit accessible, ce que le niveau de reste à charge ne permet pas toujours d'assurer au regard de la répartition des ressources des personnes âgées [voir 4.2.]. En outre, si le développement de l'habitat inclusif dans le parc social a été promu et encadré¹³⁷ les porteurs de projet ne se sont pas encore pleinement saisis de ces outils et rencontrent des difficultés pratiques dans le développement de projets en logements sociaux.

1.3 Le cadre d'aide au fonctionnement des habitats inclusifs est en train de se stabiliser vers des modalités peu incitatives pour les départements, qui présentent déjà de forts écarts de conventionnements

Le développement de l'offre est corrélé à la possibilité de bénéficier de concours publics, finançant des actions d'animation et de coordination dont les frais ne sont pas répercutés sur le prix facturé aux habitants^{138, 139}.

Pour permettre ce développement, le forfait habitat inclusif a ainsi été créé par décret en 2019¹⁴⁰ en application de la loi ELAN. Il est versé au porteur de projet pour les habitats faisant l'objet d'un conventionnement avec l'ARS. Son montant est compris entre 3 000 € et 8 000 € « selon l'intensité du projet de vie sociale et partagée »¹⁴¹. En 2021, la CNSA a alloué près de 25 millions d'euros pour le financement du forfait habitat inclusif.

Si les montants attribués du forfait habitat inclusif étaient à la discrétion des ARS, les modalités de sélection étaient jugées insuffisamment robustes au regard des moyens effectifs dont disposent ces institutions pour apprécier « l'intensité du projet de vie sociale et partagée » – projets protéiformes, dépassant le cadre sanitaire et médico-social, et pouvant évoluer au cours de leur mise en œuvre. De surcroît, la nécessaire instruction des dossiers par l'ARS, la courte durée du conventionnement (3 ans) ne permettant pas d'assurer la pérennité du financement, et son versement aux personnes porteuses de projet et non aux habitants sont apparus comme des freins à l'efficacité du modèle pour susciter un développement significatif du secteur¹⁴².

A la suite des recommandations du rapport de Denis Piveteau et Jacques Wolfrom en 2020, le forfait habitat inclusif a progressivement été remplacé par l'aide à la vie partagée (AVP) versée

¹³⁷ Instruction interministérielle N° DGCS/SD3A/DHUP/DGCL/2021/191 du 6 septembre 2021 relative au plan interministériel de développement de l'habitat inclusif

¹³⁸ Piveteau, D. et Wolfrom, J. (2020) Rapport Demain je pourrai choisir d'habiter avec vous

¹³⁹ DGCS (2017) Enquête nationale relative à l'habitat alternatif/inclusif pour personnes handicapées, personnes âgées, personnes atteintes d'une maladie neurodégénérative ou leurs aidant

¹⁴⁰ Décret n°2019-629 du 24 juin 2019

¹⁴¹ Article D281-3 du code d'action sociale et des familles.

¹⁴² Piveteau, D. et Wolfrom, J. (2020) Rapport Demain je pourrai choisir d'habiter avec vous

par les départements. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2021¹⁴³ a créé l'Aide à la Vie Partagée (AVP), versée par les départements volontaires aux habitats inclusifs conventionnés ne bénéficiant pas du forfait habitat inclusif¹⁴⁴. Ce forfait est finalement abrogé à partir du 1er janvier 2025 par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023¹⁴⁵, auquel est substitué l'AVP.

Le rapport Piveteau-Wolfrom préconisait d'assouplir les conditions d'octroi de l'aide et d'augmenter de façon significative le niveau des financements. Il recommandait notamment de faire évoluer le modèle de subvention d'habitat par appel à projet vers une aide individuelle, de plein droit – montage de dossiers et instruction institutionnelle a minima – permettant une dynamique plus réactive de l'accompagnement. S'agissant des niveaux de financements, l'enveloppe budgétaire afférente de la CNSA versée aux ARS paraissait très restreinte (15 M€ en 2019, 25 M€ en 2020 à l'échelle nationale) et ne pouvait soutenir qu'une faible partie des projets. Il proposait également d'élargir les conditions d'accès à l'aide (critère d'âge ou d'aide à l'autonomie de toute nature) ainsi que les fonctions de la vie partagée couvertes, notamment à la régulation et la coordination.

L'évolution vers l'AVP a repris une part importante de ses préconisations, sans pour autant créer une aide de plein droit, et en optant pour un co-financement CNSA et département. La participation de la CNSA au financement de l'AVP, initialement fixée à hauteur de 80 %, a été maintenue pour les projets faisant partie de la phase « starter », c'est-à-dire dont le conventionnement entre le porteur de projet et le département a eu lieu jusqu'en 2022. Pour les projets conventionnés avec les départements entre le 31 décembre 2022 et le 31 décembre 2024, le taux de participation de la CNSA au versement de l'AVP est de 65 %, et passe à 50 % à partir de 2025, les départements assurant le financement de la charge nette restante des dépenses d'AVP¹⁴⁶.

Face à la baisse de la participation de la CNSA, certains départements visités par la mission se montrent plus réticents dans le conventionnement de projets d'habitats inclusifs, voire indiquent ne plus en conventionner de nouveaux à court terme. L'évolution de l'AVP s'écarte donc de la perspective d'une aide de plein droit, d'autant que les contraintes des finances départementales et l'absence d'encadrement légal ou réglementaire du montant de l'AVP (plafond comme seuil de l'aide par habitant)¹⁴⁷ peuvent restreindre son attribution.

Outre son insuffisance pour couvrir l'ensemble des frais induits par l'habitat inclusif [cf. 4.2 sur frais indirects HI], pour lequel le rapport susmentionné proposait un forfait complémentaire de services mutualisés, le modèle actuel de l'aide à la vie partagée et de son financement ne permettent pas d'accompagner le développement du secteur à la hauteur.

¹⁴³ Loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021

¹⁴⁴ L'article .281-2-1 du code d'action sociale et des familles

¹⁴⁵ Loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023 – le forfait habitat inclusif étant au demeurant versé aux porteurs de projet jusqu'à la fin du conventionnement avec l'ARS

¹⁴⁶ Art. 78 de la loi du 23 décembre 2022 de financement de la Sécurité Sociale pour 2023

¹⁴⁷ La CNSA ne finançant cependant pas plus de 8000 € par an d'AVP par habitant, le plafond est informellement fixé à 10 000 € par an par habitant

1.4 La possibilité d'une requalification en Etablissements Recevant du Public (ERP), bien que considérée comme inadéquate au regard des réalités domiciliaires, n'est pas écartée et pourrait compromettre le modèle de l'habitat inclusif

L'habitat inclusif répond à la logique d'un habitat domiciliaire et non à celui d'un établissement médico-social. Cette conception est intrinsèque au modèle, qui s'est développé pour diversifier les modes de « chez soi » de la sphère domiciliaire, dans le mouvement général de « désinstitutionnalisation » porté dans le champ des personnes âgées et plus encore dans le champ des personnes en situation de handicap. Les conditions domiciliaires sont ainsi considérées, par les porteurs de ces habitats entre autres, comme intrinsèquement bénéfiques pour les habitants, autant sur le plan social, de la prévention de la perte d'autonomie, du maintien des capacités de la personne, que du respect de sa citoyenneté, de son libre arbitre et de sa dignité, notamment^{148, 149}.

Cette réalité domiciliaire se décline par ailleurs selon les différents modèles d'habitat inclusif. Dans certains cas, les personnes disposent d'habitats indépendants et peuvent jouir d'un espace partagé, nécessaire à la mise en œuvre du projet de vie sociale et partagée. Dans d'autres, les habitats inclusifs s'articulent comme des colocations. Pour le public âgé, ce modèle permet de rester dans un domicile privé, en satisfaisant le cas échéant les besoins et aspirations qui pourraient par ailleurs conduire à une orientation vers un établissement [voir partie 2.].

Pour autant, l'exclusion de ces habitats des normes ERP est juridiquement incertaine. Dans une décision du juge des référés en date du 20 février, le Conseil d'Etat a confirmé la requalification en établissement recevant du public (ERP) d'un immeuble d'une société anonyme d'habitations à loyers modérés (SA HLM) dont 14 des 23 logements étaient réservés à des personnes porteurs de handicap, dans le cadre d'une convention avec l'Association Départementale des Infirmités Motrices et Cérébrales de la Sarthe (ADIMC 72)¹⁵⁰.

Le Conseil d'Etat a ainsi jugé qu'« Il résulte de l'effet combiné des éléments de l'espèce mentionnés aux points 5 et 6, et notamment de la concentration, qu'ils impliquent, en un lieu unique de personnes dont l'aptitude à se soustraire aux effets d'un incendie est nécessairement diminuée, alors que cette aptitude est au nombre des paramètres à retenir pour l'appréciation des mesures en vue d'assurer la sécurité des personnes contre l'incendie en vertu de l'article R. 143-3 du code de la construction et de l'habitation cité au point 3, que les espaces destinés à loger des personnes handicapées de l'immeuble du 44, rue Sieyès au Mans constituent un établissement destiné à recevoir du public au sens de la réglementation de sécurité contre l'incendie et pour l'application des dispositions de celle-ci. »

Le Conseil d'Etat se fonde sur les éléments issus de l'instruction, notamment, l'intentionnalité initiale, et inscrite dans la demande de permis de construire, d'accueillir dans l'immeuble des personnes porteuses de handicap, le conventionnement afférent avec l'ADIMC 72, et l'autorisation de gestion de ces logements par le Service d'Accompagnement Médico-social pour Adultes Handicapés (SAMSAH).

¹⁴⁸ DGCS (2017) Enquête nationale relative à l'habitat alternatif/inclusif pour personnes handicapées, personnes âgées, personnes atteintes d'une maladie neurodégénérative ou leurs aidant

¹⁴⁹ CNSA Innovation, 2017, Rapport final « Et nos voisins européens, comment font-ils ? »

¹⁵⁰ Conseil d'Etat, Juge des référés, 20 février 2023, n°470899

Il distingue plus spécifiquement la concentration de public dont les capacités à échapper aux conséquences d'un incendie sont restreintes – élément que les constructeurs, propriétaires et exploitants d'ERP doivent prendre en compte dans la détermination des mesures de prévention et de sécurité, tant au moment de la construction comme au cours de l'exploitation¹⁵¹.

Le Conseil d'Etat exclut par ailleurs en l'espèce l'existence de contrats de location au nom des habitants et l'absence de lieu de vie collectif comme critère pouvait faire obstacle à cette qualification en ERP.

Si ces habitats n'étaient en l'espèce pas conventionnés comme habitats inclusifs, il est apparu que les conclusions du Conseil d'Etat pourraient également s'appliquer à une part importante des habitats inclusifs – et a fortiori à ceux accueillant des personnes âgées en perte d'autonomie.

En résulte un besoin de clarification quant à la nature juridique de ces habitats privés, dans la mesure où, outre la jurisprudence ainsi constituée par le Conseil d'Etat, aucune disposition légale ou réglementaire ne spécifie que l'atteinte d'un certain seuil de personnes dont les capacités à s'extraire d'un incendie sont restreintes constituait, pour un immeuble ou un groupement d'habitats, un critère de qualification en ERP. Cette question avait en outre été soulevée pour l'habitat inclusif recevant des personnes en situation de handicap, la ministre chargée du handicap ayant indiqué en mars 2021 qu'un groupe de travail devait être mis en place à ce sujet.

Une telle qualification impliquerait de nombreux travaux de mise en conformité, qui, selon les acteurs du secteur, compromettraient la soutenabilité financière des projets. L'investissement, les travaux d'adaptation à la perte d'autonomie et la mise en accessibilité des espaces sont déjà, hors financements publics, répercutés sur les loyers. De plus, le foncier est un facteur déterminant dans le montage des projets, qui se développent parfois dans des bâtis pour lesquels l'adaptation aux normes ERP ne sont pas toujours réalisables. L'application des normes ERP aux habitats inclusifs nécessiterait par conséquent des financements significatifs pour la mise aux normes, et conduirait très probablement à la fermeture d'habitats qui ne pourront pas passer les seuils requis.

Néanmoins, une réflexion devrait être conduite pour l'adaptation des normes ERP pour ces types d'habitats, de façon à permettre une meilleure gestion des risques de sécurité (incendie, panique, voie déambulation à risque,...). La moindre accessibilité des espaces de vie partagée depuis les espaces privatifs, par absence d'ascenseur par exemple, pourrait en cela être prise en compte dans le conventionnement des projets d'habitats inclusifs. La mission a eu l'occasion de visiter des habitats dans lesquels l'étage n'était accessible que par escalier, ce qui pouvait conduire des personnes dont la mobilité se réduisait à se replier dans leur chambre, ou d'autres où l'extérieur n'était pas accessible de plain-pied. L'adaptation du logement apparaît comme une exigence minimale pour des habitats destinés aux personnes âgées : il appartient aux départements de s'assurer que ces conditions sont remplies pour l'octroi de financements.

¹⁵¹ Article R143-3 du Code de la Construction et de l'Habitat

2 Les habitats accompagnés, partagés et insérés dans la vie locale peuvent apporter des réponses aux aspirations et besoins de personnes qui, dans certains cas, conduiraient sinon à une orientation vers des Ehpad

Les habitats partagés proposent une vie en communauté dont les bénéficiaires peuvent être multiples. En cela, ils peuvent répondre aux besoins de lien social, de lutte contre l'isolement ou de sécurité, tout en repartant des personnes, à partir de démarches telles que Carpe Diem, développée au Québec, et qui a inspiré de nombreux projets. Cela apparaît d'autant plus marqué pour les habitats inclusifs sous forme de colocation.

2.1 L'habitat inclusif permet de lutter contre l'isolement en facilitant les liens sociaux et participe à la prévention de la perte d'autonomie

L'habitat inclusif induit la création de collectifs de vie participant à lutter contre l'isolement des personnes en favorisant une vie sociale et partagée des habitants. Le projet de ce type d'habitat est de nouer une solidarité entre les habitants, et avec les personnes venant au domicile, et ainsi de rompre un isolement défavorable à la qualité de vie et à l'autonomie.

L'isolement des personnes âgées était déjà documenté dans une note de l'INSEE de 1996¹⁵², qui identifiait une part de personnes isolées de plus de 50 % parmi les plus de 75 ans, dont plus de 11 % de personnes de plus de 80 ans considérées très isolées. « *Cet isolement est particulièrement fréquent pour les célibataires (23 %) qui n'ont pas, comme les veuves, d'enfants pour les entourer* »¹⁵³.

La corrélation entre isolement et perte d'autonomie apparaît dès lors importante, « *4 % des personnes de plus de 60 ans vivant en logement ordinaire connaissent à la fois dépendance physique et fort isolement. 12 % ne sont pas autonomes sur le plan domestique tout en étant aussi isolées. A partir de 80 ans, ces pourcentages s'élèvent respectivement à 10 % et 31 %.* »¹⁵⁴

La lutte contre l'isolement des personnes âgées, exacerbée lors de la crise sanitaire, est identifiée comme une action prioritaire¹⁵⁵ pour le public âgé. En effet, en 2021, parmi les 18 millions de personnes ayant 60 ans ou plus, 2 millions de personnes âgées étaient isolées de cercles de sociabilité (familles, amis, voisins, associations), et « 530 000 estimées en situation de mort sociale », contre respectivement 900 000 et 300 000 en 2017, selon un rapport Petits frères des pauvres¹⁵⁶.

¹⁵² Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques, 1996, « Aisance à 60 ans, dépendance et isolement à 80 ans »

¹⁵³ Ibid.

¹⁵⁴ Ibid.

¹⁵⁵ Feuille de route « Lutter contre l'isolement des aînés : une nécessité pour améliorer leur place dans la société », Mai 2021

¹⁵⁶ Petits frères de pauvres (2021) Baromètre solitude et isolement : quand on a plus de 60 ans en France en 2021

L’habitat inclusif présente plusieurs avantages dans la perspective de la lutte contre l’isolement et de la reconfiguration de la vie sociale¹⁵⁷ :

- **Un mode de vie collectif**, avec l’organisation d’activités communes, et très souvent la présence de bénévoles. La présence d’un animateur-coordonateur, financée par l’AVP, permet d’alimenter cette vie sociale interne et de favoriser la solidarité entre habitants ;
- **Une entraide entre les habitants ;**
- **Le maintien des capacités et la prévention de la perte d’autonomie**, par le mode de vie domiciliaire proposé ainsi que le maintien de la réalisation des activités de la vie quotidienne (AVQ) par les personnes. L’autonomie des personnes apparaît en cela fortement favorisée par les stimulations qu’induit l’habitat inclusif, autant sur le plan moteur que cognitif¹⁵⁸, ainsi que la prévention des phénomènes de glissement¹⁵⁹.

Néanmoins, certaines limites peuvent apparaître à la réalisation de ces objectifs :

- **La cohérence entre les objectifs posés par le porteur de projet et les motivations des personnes qui rejoignent l’habitat n’est pas assurée.** Dans une étude relative au béguinage, Hugo Bertillot et Damien Vanneste soulignent ainsi que si l’esprit du projet est orienté vers la reconfiguration de la vie sociale, la majorité des habitants sont venus en raison d’un logement inadapté, et ne sont pas nécessairement désireux de participer aux activités communes¹⁶⁰ ;
- **A ce titre, le désir de partage des personnes ne doit pas être idéalisé.** Les personnes âgées, qu’elles soient ou non en situation de perte d’autonomie, peuvent conserver les habitudes de sociabilité qu’elles ont eues pendant le reste de leur vie, et ne sont pas nécessairement plus enclines que par leur passé à partager leurs journées avec leurs voisins ou co-résidents. Dans un habitat visité par la mission, certains habitants exprimaient ainsi une forme de désillusion vis-à-vis de la vie sociale dans la maison, qui n’était en réalité pas plus intense que dans un immeuble classique ;
- **Cette continuité des habitudes sociales interroge les modèles de composition des habitats :** la question de la mixité sociale, et plus largement l’homogénéité des habitants (parcours professionnel, niveau de formation, habitudes de vie...) est à titre d’exemple une difficulté spécifique ;
- **La sélection des personnes est en tout état de cause un enjeu de premier plan, dans la mesure où l’entente entre co-résidents peut être aléatoire.** Les habitats inclusifs ont sur ce point des politiques diverses, certains soumettant au choix des habitants les nouveaux venus, d’autres ayant une politique d’admission plus proche de celles d’un établissement.

¹⁵⁷ CNSA Innovation, 2017, Rapport final « Et nos voisins européens, comment font-ils ? » ;

DGCS (2017) Enquête nationale relative à l’habitat alternatif/inclusif pour personnes handicapées, personnes âgées, personnes atteintes d’une maladie neurodégénérative ou leurs aidant ; ...

¹⁵⁸ Piveteau, D. et Wolfrom, J. (2020) Rapport Demain je pourrai choisir d’habiter avec vous ;

DGCS (2017) Enquête nationale relative à l’habitat alternatif/inclusif pour personnes handicapées, personnes âgées, personnes atteintes d’une maladie neurodégénérative ou leurs aidant ;

¹⁵⁹ Vieillir en bonne santé, Une stratégie pour prévenir la perte d’autonomie (2020-2022), ministère des Solidarités et de la Santé

¹⁶⁰ Hugo Bertillot, Damien Vanneste, “L’expérience de la vie collective par les habitants d’un béguinage pour personnes âgées. Motivations plurielles, projections ambivalentes et relations à géométrie variable », in Vie sociale, 2022/04.

En tout état de cause, lorsque le projet a été initié avec un groupe de personnes volontaires, le remplacement progressif des habitants par de nouvelles personnes ne permet pas nécessairement de maintenir la cohésion du groupe ;

- **Par ailleurs, l'entraide entre les habitants peut devenir complexe lorsque certains connaissent une nette dégradation de leur état de santé ou de leur autonomie fonctionnelle**, la charge pouvant devenir lourde pour d'autres habitants plus autonomes mais fragiles ;

2.2 La vie en collectivité induit, par la solidarité et la vigilance entre habitants, une forme de sécurité pouvant par ailleurs motiver un emménagement en Ehpad

Le besoin exprimé de sécurité fait partie des principaux motifs d'entrée en établissement comme l'Ehpad. Celui-ci peut résulter du fait que la personne vit seule, de chutes répétées, d'angoisses nocturnes... Le cas échéant, un accompagnement sécurisant au domicile traditionnel impliquerait une présence importante d'intervenants qui, au-delà d'un certain seuil, peut être très onéreuse [voir annexe « Services à domicile »].

La présence d'un collectif en habitat inclusif induit une vigilance entre colocataires ou partenaires de projet de vie, ainsi qu'un sentiment de sécurité¹⁶¹ pour les personnes comme pour leurs proches, renforcé par le développement de la vie sociale entre les habitants. Ce mode d'habitat permet ainsi une vigilance entre les personnes, d'une part active et mutuelle quant à leur bien-être et l'évolution de leur « perte d'autonomie », d'autre part plus passive, en cas de chutes, de bruits censés alerter, ou de situations limites.

L'habitat inclusif peut à ce titre représenter un lieu de vie adapté pour des personnes qui ont des limitations modérées de leur autonomie fonctionnelle, mais pour qui la sécurité (notamment par rapport aux chutes) est un besoin important.

Néanmoins, la mission a constaté au cours de ses investigations que les limitations des personnes pouvaient être bien supérieures au public que ciblait le porteur dans son projet initial. En effet, outre un logement inadapté, l'impulsion pour quitter son domicile et s'installer dans un habitat inclusif pouvait tenir à l'incapacité à accomplir certains actes essentiels pour la vie quotidienne, comme la cuisine ou la conduite. De ce fait, dans un habitat inclusif visité par la mission, l'ensemble des habitants avaient des limitations d'autonomie fonctionnelle importantes, alors même que le projet n'avait pas été conçu en ces termes : cet élément constitue un point de vigilance, qui invite à intégrer davantage dans la réflexion des porteurs de projet l'accueil et l'accompagnement de personnes en situation de perte d'autonomie parfois élevée.

2.3 L'habitat inclusif permet, grâce à la mutualisation des interventions financés par les plans d'aides, une présence significativement accrue par rapport au domicile ordinaire

L'habitat inclusif permet de mutualiser, si les bénéficiaires le souhaitent, partie ou intégralité de la prestation compensatoire du handicap (PCH) et ou de l'allocation personnalisée pour

¹⁶¹ Ibid.

l'autonomie (APA) perçue. Comme le souligne la circulaire de 2019¹⁶², rien ne s'oppose légalement ou réglementairement à une mise en commun de tout ou partie des aides perçues. Cette mise en commun des aides, notamment pour le financement d'interventions mutualisées de professionnels, est ainsi présentée comme rendant possible « *l'accès et le maintien dans un logement et favoriser la vie en milieu ordinaire* » par « *la co-utilisation d'un certain nombre d'heures d'aide à domicile financées par l'APA, pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou pour une "surveillance régulière"* ». Cette possibilité de mise en commun de l'APA permet ainsi aux personnes de bénéficier de temps de présence de professionnels bien supérieur à ce que leurs plan APA leur donnait droit en domicile ordinaire.

Elle représente ainsi une solution pour les personnes souffrant d'incontinences ou ayant besoin d'aides pour certains transferts, mais n'ayant pas envie ni réellement besoin d'intégrer un établissement, en permettant de minorer le coût individuel de la présence de professionnels au domicile. L'instruction interministérielle, et notamment son annexe 7, indique que « *Le département, chargé de l'attribution et de la gestion de l'APA, est également informé de chaque projet de mise en commun par le porteur de projet. La mise en commun de l'APA ne peut conduire à une diminution des prestations attribuées aux bénéficiaires concernés, sauf si elle conduit ces derniers à ne pas utiliser la totalité de ces aides. Le cas échéant, elle peut donc conduire le département à ajuster les plans d'aide. Le département adapte son contrôle d'effectivité aux spécificités de chaque projet, en retenant, pour les prestations mises en commun, une approche globale considérant l'utilisation de l'APA par les différents bénéficiaires concernés* ».

Pour autant, si en application de cette circulaire, le département est informé de cette mutualisation et doit adapter son contrôle en fonction, il a été porté à la connaissance de la mission le cas de difficultés rencontrées par les porteurs projets avec certains départements, réticents à la mutualisation. Un cadre sécurisant davantage les modalités d'utilisation de l'APA en habitat inclusif paraît à ce titre nécessaire pour accompagner le développement du secteur.

Cette mutualisation des aides rend possible, dans certains habitats, la permanence d'une présence professionnelle, à des coûts comparables à ceux d'un Ehpad, mais bien moindre de ceux impliqués par un tel volume d'heure dans un domicile traditionnel. Cela apparaît d'autant plus opportun pour les personnes vivant avec la maladie d'Alzheimer et souhaitant rester dans un domicile.

2.4 L'habitat inclusif peut représenter une solution domiciliaire adaptée pour les personnes vivant avec des maladies neuro-dégénératives, notamment la maladie d'Alzheimer

Les personnes présentant des troubles neuro-cognitifs comme Alzheimer ont un besoin renforcé de présence humaine et de vigilance, ce qui peut représenter un coût excessif au domicile. Si les aidants assurent l'essentiel de cette présence, la nécessité d'une surveillance constante peut conduire à leur épuisement, en particulier pour les malades « jeunes », dont l'aidant, très souvent conjugal, peut encore être actif. Au demeurant, si on estime que « *le nombre de résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée dépasse désormais 50 % du total des*

¹⁶² Instruction interministérielle DGCS/SD3A /SD3B/DHUP/PH1/CNSA/DC/2019 /154 du 04 juillet 2019 relative aux modalités de mise en œuvre du forfait pour l'habitat inclusif prévu par le décret n° 2019-629 du 24 juin 2019

résidents »¹⁶³, une part importante d'entre elles sont relativement autonomes dans les actes de la vie quotidienne.

L'accueil en habitat inclusif permet ainsi de restreindre de manière moins importante la liberté individuelle de ces personnes qu'en établissement et en unité fermée¹⁶⁴, de les rendre plus acteurs de l'organisation, et de leur offrir des conditions de vie « comme à la maison », propres à ne pas perturber leurs repères¹⁶⁵.

La **participation aux AVQ, l'organisation d'activités collectives et le lien social permettent de limiter l'évolution des maladies**^{166, 167}. Ce constat a été notamment souligné quant à l'occurrence de troubles du comportement, qui serait moindre qu'en établissement ou au domicile traditionnel selon les professionnels rencontrés. A cet égard, l'étude conduite par l'INSERM au village landais Alzheimer pourra apporter des éléments plus précis, le cas échéant, quant aux facteurs de réduction des troubles du comportement et évolution de la maladie dans ces formes d'habitat domiciliaire.

Par ailleurs, la mutualisation des interventions financées par les plans d'aide réduit significativement le reste à charge, en comparaison à celui induit par un volume important de présence professionnelle pour une seule personne au domicile.

Néanmoins, le type de publics que ces habitats sont en mesure d'accueillir reste ambigu :

- **Dans certains habitats visités par la mission, les troubles du comportement et les déambulations nocturnes constituaient des limites à l'accueil** et conduisaient au refus du dossier, tandis que d'autres habitats étaient en mesure d'accompagner ce type de difficultés, notamment quand existait une bonne coordination avec les services sanitaires ;
- **L'intensité de présence du proche-aidant est également appréciée de façon variable selon les habitats vus par la mission.** Certains habitats estiment ne pas être en mesure d'admettre une personne ayant une aide insuffisante d'un proche, là où d'autres sont en mesure de mobiliser les ressources nécessaires pour se substituer au proche en cas d'isolement.

De façon générale, les termes d'habitats partagés ou d'habitat inclusif recouvrent des réalités extrêmement diverses et gagneraient à être précisés. Outre le fait que ces habitats peuvent être destinés dans certains cas à des personnes âgées et dans d'autres à des personnes en situation de handicap, la mission a vu dans ce champ :

- **Des habitats pensés pour des personnes de 60-70 ans sans limitation d'autonomie fonctionnelle**, pour qui l'habitat inclusif pouvait fonctionner tantôt comme un logement social, tantôt comme une lutte contre l'isolement, ou dans d'autres cas comme une nouvelle façon de vivre sa vie sociale (sur le modèle des babayagas) ;

¹⁶³ Rapport IGAS (2021) Evaluation des dispositifs spécialisés de prise en charge des personnes atteintes de maladies neurodégénératives

¹⁶⁴ Défenseur des droits (2021, mai) Les droits fondamentaux des personnes âgées accueillies en EHPAD, 2021 ; (2023, janvier) Suivi des recommandations du rapport sur les droits fondamentaux des personnes âgées accueillies en EHPAD, 2023

¹⁶⁵ CNSA Innovation, 2017, Rapport final « Et nos voisins européens, comment font-ils ? »

¹⁶⁶ Rapport IGAS (2021) Evaluation des dispositifs spécialisés de prise en charge des personnes atteintes de maladies neurodégénératives

¹⁶⁷ Smagghe, A. (2008) Les « colocations » à Berlin, pour les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou d'affections apparentées, (Octobre 2008, documents Cleirppa, cahier n°32)

- **Des habitats pensés pour des personnes avec des limitations d'autonomie fonctionnelle modérées ou plus importantes** et porteuses pour certains de pathologies somatiques;
- **Des habitats pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées**, qui assuraient à des titres très variables la coordination des intervenants des personnes ;
- **Dans les deux derniers cas, les personnels d'aide pouvaient être présents en continu jour et nuit, ce qui rapprochait fortement l'habitat du fonctionnement d'un établissement**, sur le modèle d'une petite unité de vie, ou intervenir pour quelques heures selon un planning établi par les habitants, sur un modèle plus domiciliaire ;
- **La mutualisation de l'APA pouvait à ce titre fonctionner selon des modalités très diverses :**
 - soit le personnel était facturé à plein temps aux habitants en divisant le montant global par le nombre d'habitants, chacun ayant un reste à charge dépendant de son montant de versement APA ;
 - soit le personnel venait pour la prestation prévue dans le plan d'aide de la personne, la personne choisissant si elle souhaitait ou non partager ses prestations avec les autres habitants (par exemple, une sortie avec l'aide à domicile dans laquelle la personne pouvait choisir d'inclure les autres habitants).

A l'issue de ses investigations, la mission considère que les objectifs de développement de l'habitat inclusif doivent être précisés en fonction du public visé et qu'un flou persistant doit être levé dans le type de besoins auquel cet habitat a pour objet de répondre. Ceci ne signifie pas que différents types de modèles ne peuvent pas émerger pour différents publics. Néanmoins, si les pouvoirs publics entendent trouver dans la croissance de ces habitats une réponse pour les personnes qui seraient actuellement orientées en établissement, les objectifs chiffrés doivent être établis de façon plus claire pour deux types de publics :

- Les personnes avec des limitations de l'autonomie fonctionnelle ;
- Les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées. Des objectifs clairs pour le nombre de places et le maillage territorial de ce type d'habitats devraient être établis.

Par ailleurs, s'agissant des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, une réflexion de fond doit être conduite sur l'encadrement et le financement des projets. En effet, les « maisons Alzheimer » se situent dans une zone indécise entre l'habitat et l'établissement : dans les habitats visités par la mission, les personnels y sont présents de façon continue et la masse salariale globale divisée entre les différents habitants, la restauration est assurée de façon collective, et le portail de la maison est fermée pour éviter que les personnes ne puissent sortir de façon non contrôlée. Ces éléments tendent à faire des maisons Alzheimer des établissements de fait, qui ne sont pourtant encadrés par aucune norme pour les qualifications des personnels de coordination ou pour les partenariats externes (HAD, équipes mobiles¹⁶⁸, filière gériatrique...), et reposent sur des modalités de financement du domicile qui induisent des reste à charge élevés pour les habitants. La mission a pu constater au cours de ses investigations des pratiques qui appellent à être reposées (isolement et contention des personnes non encadrés,

¹⁶⁸ Équipe mobile gériatrique/gérontopsy /psychogériatrie, équipe spécialisée, Alzheimer (ESA), équipe mobile de soins palliatifs,...

gestion en interne de situations de violence et d'événements indésirables graves...) et qui nécessitent un meilleur encadrement professionnel et un regard plus attentif des autorités.

Si la requalification de ces habitats en ESMS ne paraît pas souhaitable et conduirait à mettre en difficulté des projets de taille « familiale », la mission considère que des normes d'encadrement devraient être posées s'agissant des qualifications du coordinateur et des conditions de sécurité de l'habitat, notamment pour les normes de sécurité incendie, et que le rattachement de ces habitats à un centre de ressources territorial pour appuyer l'habitat dans la construction des partenariats et dans ses pratiques doit être mis en œuvre. La question devra notamment être posée en d'autres termes pour la construction d'habitats en îlots qui conduiraient un même gestionnaire à loger plusieurs dizaines de personnes au sein d'un même lieu, en rapprochant la gestion et l'organisation de l'habitat inclusif de celle d'un établissement.

S'agissant du financement, le passage vers un modèle plus proche de celui des petites unités de vie (PUV) paraîtrait adapté. Un financement de ce type devrait répondre aux objectifs et modèles suivants :

- La possibilité d'un financement du personnel d'aide à domicile par le département, par exemple sur le modèle suivant : 2 aides à temps plein le jour et 1 la nuit pour un habitat Alzheimer de 8 personnes, 1 aide à temps plein le jour et 1 la nuit pour des habitats de 8 places accueillant des personnes en situation d'autonomie fonctionnelle modérée. Le choix devrait être laissé à l'habitat de recourir à des services d'aide à domicile ou d'avoir du personnel interne ;
- Les habitants paient le loyer, les charges et l'alimentation ;
- Les soins restent couverts selon le modèle domiciliaire par les SAD/SSIAD, les infirmiers libéraux et les visites à domicile des personnels médicaux autant que de besoin.

Un conventionnement obligatoire avec un médecin et avec les équipes hospitalières paraît nécessaire. Dans la mesure où ces habitats sont de petites structures avec une faible charge administrative, une gestion centralisée ou un appui pour ces partenariats au niveau du centre de ressources pourrait être préférable.

3 Les conditions d'exercice paraissent attractives pour les professionnels mais trop peu encadrées

3.1 Les conditions d'intervention peuvent constituer un facteur d'attractivité pour les personnels

L'intervention en habitat inclusif peut combiner les avantages de l'exercice à domicile et de l'exercice collectif. S'agissant des avantages de l'exercice à domicile, les professionnelles rencontrées ont confirmé les bénéfices de ces conditions de travail sur le plan de la proximité et de la connaissance des personnes, de la liberté dans la profession et le temps dont elles disposent avec les personnes.

Par ailleurs, les professionnels interviennent le plus souvent en équipe, ce qui peut permettre un sentiment de sécurisation des pratiques, sentiment renforcé par la présence de la coordinatrice du projet, selon les professionnels rencontrés. En outre, l'exercice en habitat inclusif comme en

établissement permet de limiter voire d'éviter le fractionnement des temps de travail, et ainsi de favoriser l'équilibre entre vie personnelle et vie professionnelle, notamment quand les temps de transport sont significatifs.

Quand le volume horaire d'intervention est important, l'organisation des temps de travail peut être co-portée voire pleinement assurée par des aides à domicile. L'intervention auprès d'un petit groupe de personnes permet également une meilleure connaissance des habitants et ainsi favorise une adaptation plus fine des pratiques des professionnels aux aspirations des habitants. En outre, l'approche induite par l'habitat inclusif, centrée sur le bien-être et les capacités des habitants, est considérée comme attractive par les professionnelles rencontrées en ce qu'elle permet de réellement accompagner les personnes dans leur vie quotidienne tout en « prenant le temps ». Ainsi, dans l'une des maisons visitées par la mission, aucune rotation de personnel n'avait été observée pour les aides à domicile depuis la création de la maison en 2016.

Dans plusieurs habitats visités par la mission, les aides à domicile étaient ainsi en poste depuis plusieurs années, le *turn-over* étant quasi inexistant.

3.2 Le coordinateur du projet occupe une place structurante mais ambiguë

Le projet de vie partagée implique notamment une animation et une régulation de la vie quotidienne, l'organisation d'activités, l'entretien et l'expansion des partenariats locaux de l'habitat inclusif, ainsi que la réalisation du lien avec le propriétaire du bâti. Ainsi, le décret relatif au forfait habitat inclusif¹⁶⁹ de 2019 prévoit que la personne porteuse du projet partagée « *s'appuie sur un ou des professionnels chargés d'animer le projet de vie sociale et partagée, qui [...] disposent des compétences permettant la réalisation du projet de vie sociale et partagée de l'habitat inclusif* »¹⁷⁰. Au demeurant, de telles dispositions ne sont pas inscrites concernant l'aide à la vie partagée (AVP), qui est amenée à remplacer le forfait habitat inclusif (FHI).

Les réalités de cette fonction sont néanmoins très variables :

- **Le coordinateur assure traditionnellement la coordination entre les habitants, les familles, les animateurs extérieurs, ainsi que les SAAD intervenant, et le cas échéant les bénévoles.** Néanmoins, dans certains habitats visités par la mission, le rôle de coordination des services n'était pas investi par le coordinateur, qui considérait que la nature domiciliaire de l'habitat impliquait de ne pas sous-entendre un statut de gestionnaire des services, qui tirerait l'habitat inclusif vers un modèle d'établissement. Ce fonctionnement peut induire un certain nombre d'incertitudes pour les services, qui tendent à identifier le coordinateur comme le référent ;
- **La coordination individuelle est en règle générale refusée,** car considérée comme relevant davantage de services compétents dans le champ médical ou médico-social¹⁷¹. La coordination s'apparente ainsi davantage à une régulation de la vie collective de l'habitat,

¹⁶⁹ Décret n° 2019-629 du 24 juin 2019 relatif aux diverses dispositions en matière d'habitat inclusif pour les personnes handicapées et les personnes âgées mentionné au titre VIII du livre II du code de l'action sociale et des familles

¹⁷⁰ Article D281-1 du CASF

¹⁷¹ Dans la lignée de ce qui était identifié dans le rapport Piveteau, D. et Wolfrom, J. (2020) *Demain, je pourrai choisir d'habiter avec vous !*

que l'AVP, à la différence du FHI, a vocation à financer¹⁷² sans pour autant que cela ne soit formellement inscrit dans la loi ou les mesures réglementaires ;

- **L'organisation et l'animation des activités peuvent être partiellement ou pleinement assurées par le salarié de la personne porteuse de projet**, au regard de ses compétences, du modèle retenu ainsi que des modalités de son financement. Dès lors, le recours à des prestataires extérieurs pour des activités, comme l'art thérapie par exemple, dépend de la mesure dans laquelle le salaire de l'animateur du projet de vie partagée consomme les subventions publiques correspondantes (FHI ou AVP), et des éventuels autres concours dont le projet peut bénéficier, comme celui de fondations par exemple.

La diversité des fonctions assurées se retrouve dans la diversité des qualifications des professionnels assurant ces fonctions. La mission a rencontré des coordinateurs essentiellement issus du champ sanitaire et médico-social, mais avec des niveaux de qualification et des expériences très divers (ancien directeur d'établissement, infirmier, AVS...). Si la fonction stricte de coordination de l'habitat ne mobilise pas de compétences relatives au champ médico-social, il paraît difficile d'envisager que ces compétences ne soient pas nécessaires lorsque les habitats accueillent des personnes en situation de perte d'autonomie fonctionnelle importante, ou des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées, étant de surcroît observé que ces personnes peuvent être parfois porteuses de pathologies nécessitant des traitements médicaux. La mission a fait le constat au cours de ses visites qu'un niveau de qualification ou d'expérience insuffisant du coordinateur pouvait conduire à des pratiques professionnelles non interrogées dans l'habitat, et à une intégration insuffisante dans le réseau local des acteurs.

3.3 Les conditions d'exercice doivent être sécurisées

3.3.1 Le libre choix des services intervenant dans les habitats n'est, dans les faits, pas assuré

Quand les habitants ne partagent pas tous un besoin d'accompagnement, ou un même niveau de besoins, la mise en commun de plans d'aides est moins systématique et les habitants ont recours à des SAAD dits « externes ». Néanmoins, lorsque les habitants partagent un niveau de besoin d'accompagnement et qu'une forme de mise en commun des plans d'aides est prévue, le recours à un SAAD partenaire du projet, voire à un SAAD « interne », est plus fréquent et correspond davantage au projet.

Alors que le libre choix des services intervenant est rappelé dans la circulaire de 2019¹⁷³, la réalité de nombreux habitats partagés ne conduit pas à exercer de libre choix individuel du service. Lorsque le SAAD est « internalisé », ou lorsque le SAAD est externe mais intervient de façon continue, notamment dans le cas des habitats « Alzheimer », les personnes ne peuvent qu'accepter le SAAD employé pour intégrer l'habitat. En corrélant ainsi les modalités d'habitat et d'accompagnement des personnes, les habitats partagés se distinguent significativement du domicile traditionnel, et se rapprocheraient davantage d'une logique d'établissement.

¹⁷² Communiqué de presse du Secrétariat d'Etat chargé des Personnes handicapées, 12 janvier 2021, « *L'aide à la vie partagée, une mesure phare pour accompagner le déploiement de l'habitat inclusif* ».

¹⁷³ Instruction interministérielle DGCS/SD3A /SD3B/DHUP/PH1/CNSA/DC/2019 /154 du 04 juillet 2019 relative aux modalités de mise en œuvre du forfait pour l'habitat inclusif prévu par le décret n° 2019-629 du 24 juin 2019

Il conviendrait a minima de s'assurer que les personnes sont effectivement en capacité de changer d'intervenants ou de prestataires lorsque ceux-ci ne donnent pas satisfaction. La mission a à cet égard rencontré un habitat dont les habitants ont décidé collectivement de changer de prestataire.

Ce besoin de contrôle du libre choix des personnes sera d'autant plus important que se développeront des groupes d'habitat inclusif, qui fonctionneront selon toute probabilité avec leur propre service d'aide. En tout état de cause, ces éléments tendent à indiquer que les habitats inclusifs qui accueillent des personnes avec des forts besoins d'aide se rapprochent d'un accueil collectif.

On pourrait ainsi compléter l'arrêté de 2019 relatif au cahier des charges du projet de vie partagée de dispositions plus spécifiques quant aux modalités de mise en œuvre et de préservation du libre choix par les habitants des services intervenant à leur domicile, en y précisant les spécificités induites par les projets de mutualisation des interventions pour l'exercice dès lors collectif de ce libre choix

Il faudrait de plus inciter les départements de prévoir, dans leurs plans de contrôle des SAAD, un volet spécifique relatif aux SAAD intervenant dans les habitats inclusifs conventionnés et prêtant à cette occasion une attention particulière au libre choix effectif des personnes quant au SAAD intervenant lorsque celui-ci est unique, et aux capacités effectives de changement de prestataire quand celui-ci ne donne pas satisfaction.

3.3.2 La gestion de certaines problématiques, et notamment les troubles du comportement, est insuffisamment encadrée

Les habitats partagés, notamment lorsqu'ils accueillent des personnes atteintes de troubles neuro-cognitifs, doivent gérer des problématiques qui font l'objet, notamment en EHPAD, de protocoles et de normes. C'est en particulier le cas des troubles du comportement, que ces troubles se manifestent par l'agressivité et la violence ou par la dépression et le repli sur soi. A cet égard, pour les personnes souffrant de maladies neuro-dégénératives, les restrictions apportées aux libertés individuelles, et notamment à celles de se déplacer, dans les UVP ou les UHR sont protocolisées – bien que le contrôle de ces mesures et leurs modalités de mise en œuvre fassent débat¹⁷⁴. Les contentions physiques ou médicamenteuses sont par ailleurs supervisées par des médecins et font l'objet de protocoles.

Dans les habitats partagés, en l'absence de protocole, d'appui externe et de contrôle, les pratiques peu encadrées des services induisent un risque de maltraitance avéré. L'occurrence de troubles du comportement a ainsi pu donner lieu dans un habitat rencontré par la mission à des formes de contention physique et d'isolement forcé, en dehors de tout protocole et interrogeant le respect des libertés individuelles des habitants. Par ailleurs, le caractère familial de ces habitats peut induire des dérives vers des pratiques professionnelles trop peu respectueuses des personnes et qui doivent être reprises (comportement intrusif et invasif des professionnels, contact physique permanent, tendance à l'infantilisation des personnes...)

¹⁷⁴ Défenseur des droits (2021, mai) Les droits fondamentaux des personnes âgées accueillies en EHPAD, 2021 ; (2023, janvier) Suivi des recommandations du rapport sur les droits fondamentaux des personnes âgées accueillies en EHPAD, 2023

A ce titre, la mission souligne à nouveau la nécessité de penser l'appui externe à ces habitats, pour apporter des conseils professionnels sur les pratiques, la gestion des troubles ou d'événements graves, et la gestion des partenariats. Il paraîtrait cohérent que des cellules d'appui de ce type soient positionnées au niveau des départements ou des services publics territoriaux/départementaux de l'autonomie, selon les conclusions des groupes de travail en cours.

Prévoir une ressource technique, médicale ou paramédicale, en appui aux personnes porteuses de projets partagés ainsi qu'aux professionnels intervenant en habitat inclusif, et notamment pour ceux accueillant des personnes présentant des troubles du comportement, permettrait l'élaboration de protocoles en amont et du conseil aux professionnels, notamment les SAAD, lorsque des troubles se manifestent.

3.4 Le fonctionnement des habitats visités par la mission requiert une présence soutenue des familles et/ou de bénévoles

Les habitats visités par la mission fonctionnent grâce à une implication forte des familles, qui participent pleinement au projet de vie sociale autant qu'à la gestion quotidienne des rendez-vous et relations avec les services de la personne quand elle n'est plus en mesure de le faire par ses propres moyens. Si les familles peuvent s'impliquer de bon gré dans un environnement qu'elles considèrent par ailleurs comme favorable à leur proche, l'habitat inclusif n'est pas en mesure à ce jour de répondre aux besoins liés à l'isolement social de personnes en situation de perte d'autonomie (c'est-à-dire les personnes n'ayant justement pas de proche qui les entoure).

Dans certains habitats, le tissu associatif local permet de mobiliser des bénévoles pour des moments de vie sociale, de visite ou d'activités avec les habitants. La petite taille des habitats peut permettre de fidéliser des bénévoles qui s'inscrivent dans un micro-engagement local. Néanmoins, il importe de s'assurer que ces bénévoles ne sont pas absolument nécessaires au fonctionnement de l'habitat, dans la mesure où la continuité et la stabilité de cette activité ne peuvent pas être garantis.

4 Un développement du secteur comme « alternative à l'Ehpad » suppose d'interroger le modèle économique des habitats et la gouvernance du secteur

4.1 Pour les personnes présentant un fort besoin d'aide, l'habitat inclusif peut permettre un coût moindre que le domicile traditionnel, mais reste très onéreux

Le loyer et les charges communes représentent le socle de la dépense pour les habitants, se situant en moyenne entre 600 € et 900 € par mois dans les habitats rencontrés par la mission. Viennent en surplus les dépenses induites par les interventions de professionnels. En l'absence de mutualisation, celles-ci sont comparables à celles en domicile traditionnel.

Lorsque les besoins sont plus importants et que les plans sont mutualisés, le reste à charge (RAC) sur le volet accompagnement dépend dès lors du niveau de besoin de présence des habitants. La mission a ainsi pu rencontrer des projets pour lesquels la présence d'un SAAD était presque permanente sur les temps de journée, et pour lesquels les plans d'aides des habitants couvraient une part très significative des heures effectuées. Le reste à charge (RAC) pour l'ensemble des prestations (hébergement, alimentation, interventions de professionnels, activités), après plan d'aide APA et crédit d'impôt, peut dès lors se situer au-dessus des coûts au domicile, en raison du loyer et des charges communes, mais inférieur ceux d'un EHPAD.

La question du reste à charge se pose néanmoins en d'autres termes pour les habitats dédiés aux personnes vivant avec des maladies neuro-dégénératives ou de fortes limitations d'autonomie fonctionnelle, pour lesquels ces habitats apparaissent donc très pertinents, en raison du volume d'heures de présence qui apparaît nécessaire et des plafonds des plans APA. Le RAC pour ces personnes, après plan d'aide APA et crédit d'impôt, se situe généralement entre 2500 € et 3500 €, selon l'implantation du foncier, les ressources du bénéficiaires et l'organisation de la vie collective.

Dans ces habitats, il est généralement prévu la présence de deux professionnel(le)s sur un roulement de 12h de journée, et la présence d'un(e) professionnel(le) de veille nocturne, soit l'équivalent de 7 ETP dans une semaine.

Si l'on considère les situations d'habitats partagés de 6 ou 8 personnes, au sein desquels sont effectués deux roulements de 12h, de 8h à 20h et de 20h à 8h, respectivement assurés par 2 et 1 professionnels ; et que l'on estime des coûts variant, pour les roulements de jour, entre 23 € et 26 €, et pour les roulements de nuit, le plus souvent moins coûteux en raison des moindre besoins, entre 18 € et 20 € ; on obtient des coûts individuels d'aide à domicile d'entre 2880 € et 4320 €, avant aides, crédits d'impôt, ainsi qu'autres dépenses.

Tableau 1 : Coûts d'un habitat inclusif pour des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées

Aide à domicile	Coût horaire	JOUR	MOIS	Par personne (6 personnes)	Par personne (8 personnes)
jour (2)	23 €	552 €	16 560 €		
nuit (1)	18 €	216 €	6 480 €		
Total			23 040 €	3 840 €	2 880 €
jour (2)	26 €	624 €	18 720 €		
nuit (1)	20 €	240 €	7 200 €		
Total			25 920 €	4 320 €	3 240 €

Source : *Calculs effectués par la mission*

En sus de ces coûts, doivent être pris en compte le loyer, dont le montant dépend fortement de l'implantation de l'habitat inclusif, du foncier et de son adaptation, ainsi que les dépenses courantes (alimentation notamment). Le montant cumulé de ces frais varie entre 650 € et 900 € dans les habitats rencontrés par la mission.

Ces calculs permettent d'aboutir à un RAC total, après aides et crédit d'impôt, d'en moyenne entre 2 500 € et 3 500 €, bien qu'il ait été signalé à la mission que celui-ci peut descendre à un peu moins de 2 000 € pour les publics les plus précaires.

A titre comparatif, au domicile ordinaire, le reste à charge d'un accompagnement permanent oscille entre 6 000 €, dans le cas d'un recours à l'emploi direct, et autour de 10 000 € pour un SAAD, après plans d'aide et crédit d'impôt. Le coût d'un accueil en établissement se situe lui légèrement sous 2 000 €, avec également de fortes disparités induites par l'implantation foncière.

Au demeurant, si le coût de cette modalité d'accompagnement est moindre que pour une personne seule au domicile, et qu'elle est relativement supérieure aux tarifs d'Ehpad voisins, elle demeure élevée et significativement supérieure aux ressources médianes d'une personne âgée.

Sur la base des données issues de l'enquête CARE - Ménages (Capacités, Aides et Ressources des ménages) menée en 2015 sur la population des plus de 60 ans, la médiane de l'ensemble de leurs revenus annuels se situait autour de 18 000 €, et la moyenne à environ 21 000 €¹⁷⁵. Si l'on considère les bénéficiaires de l'APA, la médiane de leurs ressources mensuelles était en 2017 de 1 250 € et la moyenne de 1 370€¹⁷⁶.

Par ailleurs, contrairement aux établissements médico-sociaux, les habitants ne peuvent y bénéficier de l'Aide Sociale à l'Hébergement (ASH), qui permet de solvabiliser le coût de l'hébergement des personnes à faibles revenus, bien qu'avec reprise sur leur potentielle succession. Ainsi, ce type d'aide n'est en l'état pas accessible aux personnes aux ressources modestes ou très modestes.

Les financements spécifiques aux habitats inclusifs visant à accompagner l'animation des habitats et le lien social créé, et ne viennent donc pas limiter le reste à charge des personnes pour l'accompagnement nécessaire et mutualisé dont ils bénéficient. Le reste à charge pour le public vivant avec des maladie neurodégénératives (MND) en habitats inclusifs est donc fortement dépendant du montant de l'AVP, et des plafonds d'aide. En cela, sauf à prévoir des financements complémentaires au titre de la mutualisation des interventions dans ce type d'habitats partagés, les modalités de l'AVP et leurs évolutions possibles sont déterminantes dans le reste à charge des personnes.

Il importe à ce titre de penser d'autres modèles de financement, incluant le recours à l'ASH, pour des habitats fonctionnant sur le modèle d'établissements avec une présence professionnelle continue (voir supra).

4.2 Les frais indirects induits par l'habitat inclusif appellent à des financements publics, sans quoi le développement du secteur apparaît compromis

Si la CNSA porte un appel à manifestation d'intérêt pour le financement à l'investissement dans les habitats inclusifs, son budget et ses objectifs, de 100 habitats accompagnés chaque année, sont moindres par rapport aux objectifs de développement exprimés. [voir 1.2.] Le coût à

¹⁷⁵ Couvert, N. et Missegue, N. (DREES), 2019, « L'estimation des revenus des seniors dans l'enquête CARE-Ménages », Document de travail, série « sources et méthodes », n°72, février 2019

¹⁷⁶ Latourelle, J. et Ricoch, L. (DREES), 2020, « Profils, niveaux de ressources et plans d'aide des bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile en 2017 », Études et Résultats, n°1152, Drees.

l'investissement étant important, notamment dans l'ingénierie de projet, il est essentiellement porté par les personnes porteuses de projet.

Par ailleurs, les frais indirects liés à la vie sociale et partagée sont également importants. Selon une enquête sur une centaine d'habitats partagés de Familles Solidaires¹⁷⁷, qui accompagne le développement de projets d'habitats inclusifs, les coûts totaux de ces frais indirects (salaire de l'encadrant, déplacements professionnels, équipement du salarié, obligations réglementaires) sont estimés à plus de 16 000 € en moyenne chaque année. L'essentiel est affecté au salaire de l'encadrant. En outre, l'enquête pointe le fait que ces dépenses ne sont pas systématiquement finançables par l'AVP, dans la mesure où les frais pris en charge par l'AVP sont très disparates selon les départements. En moyenne, pour les répondants à l'enquête, 16,5 % des coûts indirects sont pris en charge par l'AVP, mais pour un tiers des personnes 3P, aucune part du budget AVP n'est perçu pour ces frais. Le poids de ces dépenses est dès lors assuré pour 21 % des frais par le groupe d'ESSMS, le cas échéant, portant l'habitat, sur fonds propre à 30 %, par une imputation aux locataires à 17 %, ou d'autres moyens, dont le bénévolat, les subventions ou les dons par exemples.

Ce modèle tend à favoriser le développement du secteur par des porteurs de projets de taille importante. Si une telle évolution n'est pas néfaste (il est imaginable de construire des habitats inclusifs répartis en îlot de petites tailles), elle conduira à s'éloigner du modèle « familial » sur lequel s'est développé l'habitat inclusif, et supposera en retour un plus grand engagement des autorités publiques dans le contrôle des conditions d'accueil et d'accompagnement, des prix et prestations facturés, du respect des libertés et du libre choix des personnes.

4.3 Un développement rapide du secteur demanderait un changement d'échelle et un pilotage plus robuste

Comme indiqué supra, l'habitat inclusif ne pourra constituer un pan de l'offre à destination des personnes en situation de perte d'autonomie que si les objectifs quantitatifs connaissent un changement d'échelle. A l'heure actuelle, les projections de la CNSA sont très éloignées de l'objectif de 150 000 places posées par le rapport Piveteau-Wolfrom. Encore cet objectif est-il lui-même indistinct en ce qu'il couvre des types de publics très divers. Au regard des projections démographiques, sur le seul versant des personnes atteintes de maladies d'Alzheimer ou maladies apparentées, il ne paraît pas envisageable d'intégrer cet habitat comme un pan sérieux de l'offre si chaque département ne dispose pas a minima de quelques dizaines de maisons, bien réparties sur les différents territoires de vie, pour que cette offre puisse constituer un choix réel. Les habitats Alzheimer repris dans les différents rapports et productions relatifs à ces questions se comptent en unités, et ne doivent pas donner le sentiment que cette offre a une existence autre qu'expérimentale.

Ce changement d'échelle devra nécessairement être conduit par un pilotage renforcé :

- Au niveau de l'Etat et de la CNSA par des objectifs quantitatifs clairs, qui pourraient être exprimés en proportion de personnes en situation de perte d'autonomie que ces habitats seraient en mesure d'accueillir. Dans l'état actuel des projections, les habitats partagés pourront accueillir à peu près 0,1 % des personnes âgées en situation de perte d'autonomie

¹⁷⁷ Familles Solidaires, 14 juin 2023, Enquête sur les coûts indirects de la vie sociale et partagée en habitat inclusif

en 2029, ou 0,2 % des bénéficiaires de l'APA¹⁷⁸. S'agissant des personnes atteintes de maladies d'Alzheimer, l'offre en habitat inclusif se compte aujourd'hui à quelques dizaines de places ; or, pour mémoire, une majorité des résidents d'Ehpad ont aujourd'hui des troubles neurodégénératifs et neuropsychiatriques (voir l'annexe relative aux Ehpad) ;

- Au niveau local, la circulaire interministérielle de 2019 a défini un cadre adapté, en positionnant les communes et EPCI au niveau de l'impulsion des projets, et les départements au niveau de la coordination et de la programmation de l'offre :
 - Les objectifs chiffrés devront être déclinés au niveau des départements et de la conférence des financeurs en cohérence avec les projections démographiques, notamment ceux issus du modèle LIVIA de la DREES ;
 - Ces objectifs gagneraient à être transmis aux communes et EPCI dans le cadre des plans de programmation urbaine (PLU, SCOT...). Si une approche plus volontariste venait à être déployée, les mesures de quota sur le modèle du logement social pourraient être étendues à l'habitat inclusif et partagé.
- Ce type d'habitat **pour des personnes âgées en situation de perte d'autonomie fonctionnelle et/ou cognitive (troubles neurocognitifs)** se compte aujourd'hui au mieux en dizaines de places, si bien qu'il représente un volume résiduel d'hébergement et ne peut être considéré à ce jour comme un segment de l'offre, contrairement à ce qui existe en Allemagne avec les seuls habitats Alzheimer¹⁷⁹.
- Une fois expertisées les conditions de mise en œuvre tant sanitaires et médico-sociales que financières nécessaires au fonctionnement sécurisé et pérenne de tels habitats, la mission considère qu'il faudrait en faire un segment accessible de l'offre (par exemple avec une cible de 15 000 personnes âgées logées dans des colocations Alzheimer à horizon 2030 réparties sur l'ensemble du territoire national¹⁸⁰).

¹⁷⁸ On considère par convention qu'un tiers des habitats partagés PA seront effectivement destinés à des personnes en situation de perte d'autonomie au sens de l'APA, le reste étant destinés à des personnes souhaitant une reconfiguration de la vie sociale.

¹⁷⁹ L'Allemagne comptait environ 2500 habitats type colocation Alzheimer en 2017 pour un capacitaire de près de 20 000 personnes.

¹⁸⁰ Avec une moyenne de 8 personnes par colocation, cette cible permettrait d'installer a minima une colocation par bassin de vie et plus dans les bassins de vie les plus densément peuplés.

ANNEXE 5 : Les résidences autonomie

ANNEXE 5 : LES RESIDENCES AUTONOMIE.....	131
1 LE PILOTAGE	133
1.1 DES STRUCTURES PRINCIPALEMENT A LA MAIN D'ACTEURS PUBLICS LOCAUX.....	133
1.2 UN TAUX D'OCCUPATION EN BAISSSE FORTE ET RAPIDE.....	135
1.3 DES EXPLICATIONS DIVERSES A CE TAUX FAIBLE D'OCCUPATION	136
1.3.1 Vétusté des locaux et inadaptation des services proposés	136
1.3.2 Localisation parfois inadaptée aux attentes des personnes âgées	139
1.3.3 Concurrence croissante des résidences services senior en termes de captation de clientèle.....	140
1.3.4 Un modèle d'habitat collectif qui trouve moins d'écho dans la population âgée d'aujourd'hui ?	141
1.4 LA TENTATION D'ACTEURS LOCAUX DE SE DEFAIRE DE LEURS RESIDENCES AUTONOMIE FACE AUX BESOINS DE RENOVATION ET AUX INSTALLATIONS NOMBREUSES DE RESIDENCES SERVICES SENIOR ...	141
2 L'OFFRE DE PLACES EN RESIDENCES AUTONOMIE.....	142
2.1 APRES UNE FORTE BAISSSE DANS LES ANNEES 2000, UNE HAUSSE LENTE DU NOMBRE DE PLACES MAIS UN RENOUVELLEMENT CERTAIN DU PARC DES RESIDENCES AUTONOMIE	142
2.2 UNE OFFRE QUASIMENT EXCLUSIVEMENT TOURNEE SUR DE L'HEBERGEMENT PERMANENT	144
2.3 UNE HETEROGENEITE TERRITORIALE D'IMPLANTATION MARQUEE MAIS UNE RECHERCHE FORTE DE PROXIMITE AUX SERVICES, COMMERCE ET TRANSPORTS	144
2.4 DES STRUCTURES D'UNE TAILLE RELATIVEMENT LIMITEE EN MOYENNE, QUOIQU'EN HAUSSE	145
2.5 DES SURFACES PAR RESIDENT PROCHE DES EHPAD MAIS DES ESPACES PRIVATIFS PLUS GRANDS.....	145
2.6 UNE OFFRE PRINCIPALEMENT ORIENTEE SUR DES STUDIOS AVEC CUISINE ISOLEE TYPE F1BIS.....	146
2.7 DES PROBLEMATIQUES BATIMENTAIRES PARFOIS DELICATES, AGGRAVEES PAR L'INFLATION, LA CRISE CLIMATIQUE ET LE NIVEAU DE DEPENDANCE ACCRU DES PERSONNES	146
2.7.1 Des résidences souvent mal préparées à faire face au réchauffement climatique.....	146
2.7.2 L'accroissement éventuel du niveau de dépendance des habitants et son impact sur les locaux	146
2.7.3 L'accroissement des coûts de la construction et son impact sur les projets de construction/rénovation.....	147
3 LE PUBLIC ACCUEILLI EN RESIDENCES AUTONOMIE.....	147
3.1 DES PERSONNES AGEES DONT L'AGE MOYEN EST STABLE ET INFERIEUR AUX RESIDENTS D'EHPAD	147
3.2 DES PERSONNES AUTONOMES OU MODEREMENT DEPENDANTES POUR L'ESSENTIEL MEME SI ON CONSTATE UNE TRES LEGERE AUGMENTATION DE LA DEPENDANCE CONSTATEE	147
3.3 UN NIVEAU DE DEPENDANCE ET DE PATHOLOGIES DES PERSONNES QUI EST SOUVENT MAL IDENTIFIE PAR LES RESPONSABLES DE STRUCTURES.....	149
3.4 DES PATHOLOGIES NOMBREUSES, SOUVENT PROCHES DE CELLES OBSERVEES EN EHPAD A L'EXCEPTION NOTABLE DES AFFECTIONS NEUROPSYCHIATRIQUES ET URO-NEPHROLOGIQUES	150
3.5 DES HABITANTS DONT LE NIVEAU DE REVENU EST PROCHE DE CELUI DES EHPAD ET DE CELUI DES PERSONNES DE PLUS DE 85 ANS EN FRANCE.....	150
4 LES ENTREES EN RESIDENCES AUTONOMIE.....	152

4.1	DES ENTREES GENERALEMENT PREPAREES EN AMONT ENTRE LA DIRECTION DES STRUCTURES, LES PERSONNES ET LEURS PROCHES	152
4.2	DES MOTIFS D'ENTREE PRINCIPALEMENT AXES SUR LA LUTTE CONTRE L'ISOLEMENT ET LA RECHERCHE DE SECURITE AU QUOTIDIEN	152
4.3	DES ENTREES EN RESIDENCE LEGEREMENT PLUS TARDIVES ET A DES NIVEAUX DE DEPENDANCE UN PEU PLUS ELEVES QUE PAR LE PASSE	154
4.4	UNE VOLONTE GENERALISEE CHEZ LES RESPONSABLES DE STRUCTURES DE LIMITER L'ENTREE DE PERSONNES AYANT DES TROUBLES NEUROCOGNITIFS OU DU COMPORTEMENT	154
4.5	UN PARCOURS D'HEBERGEMENT FAIBLEMENT DIVERSIFIE EN AMONT : LA PREVALENCE DU DOMICILE PRIVE ORDINAIRE	155
5	LES SERVICES PROPOSES EN RESIDENCES AUTONOMIE	155
5.1	NEUF PRESTATIONS DE BASE EXIGEEES DEPUIS LE 1ER JANVIER 2021	155
5.2	DES SERVICES ANNEXES LAISSES AU LIBRE CHOIX DES RESIDENTS	157
5.3	DEPENDANCE ET SOIN : LE RECOURS, POUR L'ESSENTIEL, A DES SERVICES EXTERNES	157
5.3.1	<i>La configuration majoritaire consiste pour les personnes à Un mode d'accès aux soins généralement similaire à celui des personnes habitant un domicile privé ordinaire</i>	<i>157</i>
5.3.2	<i>Dépendance : forfait autonomie et service d'aide à domicile</i>	<i>161</i>
5.4	LA PREVENTION DE LA MALTRAITANCE : UNE PROBLEMATIQUE PEU TRAVAILLEE EN RESIDENCES AUTONOMIE	163
5.5	LES RESIDENCES AUTONOMIE : DES ACTEURS DE LA PREVENTION DONT LE ROLE EST A AMPLIFIER	163
6	LES PERSONNELS INTERVENANT EN RESIDENCES AUTONOMIE	164
6.1	DES EFFECTIFS SALARIES CINQ FOIS MOINDRES QU'EN EHPAD	164
6.2	DES FONCTIONS PRINCIPALEMENT DE SERVICES GENERAUX ET DE GESTION	165
6.3	PLUS RAREMENT DES AIDES A DOMICILE ET PLUS ENCORE DES AIDES-SOIGNANTES	165
6.4	L'ABSENCE COMPLETE DE TOUT PERSONNEL MEDICAL SALARIE	166
6.5	LA DIFFICULTE POUR LES PERSONNELS DE GERER DES RESIDENTS DEPENDANTS : LE RISQUE AVERE DE GLISSEMENT DE TACHES	166
7	LES SORTIES DE RESIDENCES AUTONOMIE	166
7.1	UN DEGRE D'AUTONOMIE QUI DECROIT AVEC L'ANCIENNETE DANS LA RESIDENCE	166
7.2	LA DEGRADATION DE L'ETAT GENERAL DU RESIDENT : PREMIER MOTIF DE DEPART DE LA RESIDENCE AUTONOMIE	167
7.2.1	<i>Emmener les personnes « jusqu'au bout », quand c'est possible</i>	<i>167</i>
7.2.2	<i>L'Ehpad : une orientation quand la vie en résidence autonomie devient complexe</i>	<i>168</i>
7.3	DES DUREES DE PRESENCE STABLES	169

Les résidences autonomie (RA) sont apparues à la suite de la loi cadre sur l'urbanisme de 1957 sous la dénomination alors de logements-foyers et visaient alors à répondre aux besoins des personnes âgées face à la pénurie de logement dans l'après-guerre, aux mauvaises conditions d'habitat et à une volonté d'offrir un hébergement différent des hospices.

1 Le pilotage

1.1 Des structures principalement à la main d'acteurs publics locaux

Le financement et la programmation de ce type de structure est principalement à la main d'acteurs territoriaux : les conseils départementaux gèrent les autorisations d'ouverture de résidences autonomie, l'attribution du forfait autonomie (sous réserve de la contractualisation d'un CPOM) et l'octroi de l'aide sociale à l'hébergement pour les résidents qui sont en droit d'en bénéficier ; les communes en assurent dans la majorité des cas le portage opérationnel (souvent via leur centre communal d'action sociale), et sont souvent mobilisées pour équilibrer les budgets des résidences autonomies publiques qui sont en déficit. La mission a eu connaissance au cours de ses investigations d'un département, dans les Landes, qui s'engage dans la création d'un centre départemental d'action sociale pour porter en régie des résidences autonomie et revivifier la dynamique de développement de ce segment d'offre.

Plus des deux tiers des résidences autonomies en France sont publiques (67 % en 2019) quand les résidences autonomie privées à but non lucratif représentent 29 % du parc de RA et celles privées à but lucratif 4 % (pour mémoire, les Ehpad privés à but lucratif représentent 23 % de l'ensemble des places d'Ehpad)¹⁸¹. Les propriétaires des résidences autonomie sont en revanche très majoritairement des bailleurs HLM (58 % des RA), les structures publiques (collectivités, établissement de santé, CCAS...) arrivant ensuite avec 22 %.

¹⁸¹ Un décompte intégrant les RSS ferait apparaître que plus du tiers des résidences (autonomie ou services seniors) sont privés à but lucratif (voir l'annexe relative aux RSS).

Tableau 1 : Nombre de structures, places, personnes accueillies et personnels des résidences autonomie, au 31 décembre 2019

Tableau 1 Nombre de structures, places, personnes accueillies et personnels des résidences autonomie, au 31 décembre 2019

Statut juridique	2019						Évolution entre 2015 et 2019 (en %)	
	Établissements	Places installées	Personnes accueillies	Personnels	Effectifs (en ETP) ¹	Taux d'encadrement (en %)	Places installées	Personnes accueillies
Résidences autonomie, dont :	2 260	114 120	99 600	18 100	14 100	12,3	4,5	-2,2
privées à but lucratif	90	4 250	3 800	600	500	11,8	5,3	-0,3
privées à but non lucratif	660	31 850	27 600	5 200	3 700	11,7	7,5	0,9
publiques	1 510	78 020	68 200	12 300	9 900	12,6	3,2	-3,5

1. Les ETP (équivalent temps plein) mesurent l'activité du personnel sur la base d'un exercice à temps complet. Ils permettent de calculer le taux d'encadrement, c'est-à-dire le rapport entre le nombre d'ETP et le nombre de places installées.
Notes > Le nombre d'établissements comptabilisé en 2019 est inférieur au décompte de ceux du répertoire Finess, car des établissements étaient fermés ou pas encore ouverts au moment de l'enquête EHPA.
 Les nombres de places installées et de personnes accueillies incluent les places en accueil de jour/nuit et en hébergement temporaire, ainsi que les personnes occupant ces places au 31 décembre 2019 quel que soit leur âge (pour l'accueil de jour/nuit, il s'agit du nombre de personnes différentes prises en charge au cours de la semaine de référence).
 Les nombres d'établissements et de places installées sont arrondis à la dizaine, les nombres de résidents, de personnels et d'ETP, à la centaine.
Lecture > En 2019, les résidences autonomie comptabilisent 2 260 établissements dans lesquels 114 120 places installées sont disponibles. Elles accueillent 99 600 personnes qui sont encadrées par 18 100 professionnels.
Champ > Résidences autonomie, France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Source > DREES, enquêtes EHPA 2019 et 2015.

> Études et Résultats n° 1284 © DREES

Depuis 2014, l'Assurance retraite et la CNSA investissent pour la réhabilitation, la modernisation ou la mise aux normes des logements en résidences autonomie, construits avant les années 1990¹⁸². Les trois-quarts des résidences autonomie ont été construites avant les années 1990¹⁸³.

Entre 2014 et 2020, elles ont participé à la rénovation de 390 résidences autonomie, dont 11 MARPA, soit 19 495 logements pour un montant de 70 millions d'euros¹⁸⁴.

- La CNSA et l'Assurance retraite financent dans le cadre du plan d'aide à l'investissement (PAI 2022): la réhabilitation de 4 883 logements au sein de 106 résidences autonomie, pour un montant de 26,3 millions d'euros sur un montant de travaux estimé à 139,7 millions d'euros,
- des prestations intellectuelles pour accompagner les gestionnaires dans 22 chantiers de réhabilitation, pour un montant de 745 000 euros,
- la création de tiers-lieux dans 16 résidences autonomie pour un montant de 1,1 million d'euros. « tiers-lieu convivial, citoyen, intergénérationnel basé sur la rencontre et le « faire-ensemble », inscrit dans une démarche de développement social local ».

L'Assurance retraite finance également en 2022 des projets d'aménagement et d'équipement au sein de 136 résidences autonomie à hauteur de 4 135 105 euros.

Par ailleurs, pour accompagner la création de 2 938 nouveaux logements en résidence autonomie, 15 millions d'euros seront répartis entre 47 départements candidats. Les organismes gestionnaires

¹⁸²

<https://www.lassuranceretraite.fr/portail-info/files/live/sites/pub/files/Presse/Communiqu%C3%A9s/reno-residences-autonomie.pdf>

¹⁸³ <https://www.cnsa.fr/actualites-agenda/actualites/residences-autonomie-plus-nombreuses-et-renovees>

¹⁸⁴ Le PAI 2021 concernait 233 résidences autonomie subventionnées pour un montant total de 29 999 669 €.

retenus devront engager leur chantier avant la date limite du 30 juin 2026 pour bénéficier de l'aide de la CNSA et de l'Assurance retraite. Pour la Caisse des dépôts¹⁸⁵, ce « programme d'investissement national permettra bientôt à une partie de ces résidences de trouver une meilleure attractivité. Avec des résidences rénovées, dotées de moyens en termes de surveillance de l'état de santé des résidents, d'assistance et de services de soins, on répondra mieux aux besoins, même si 100 000 places supplémentaires sont nécessaires d'ici 2030. »

1.2 Un taux d'occupation en baisse forte et rapide

En 2011, les résidences autonomie connaissent des taux d'occupation relativement proches de celui des Ehpad, quoique légèrement moindres (94,6 % vs 96,7 % - données EHPA au 31 décembre de l'année). Depuis 2011, le taux d'occupation a d'abord baissé lentement (93,3 % en 2015) avant une chute en apparence accélérée sur la période suivante pour atteindre le taux bas de 87,3 % en 2019. Il est à noter que ce phénomène est indépendant du statut juridique des résidences autonomie, même si la baisse a été légèrement plus forte dans les résidences autonomies publiques. On observerait dès lors une situation paradoxale : tandis que le nombre de places en résidence autonomie s'est accru de près de 5 000 places entre 2015 et 2019 (pour atteindre un peu plus de 114 000 places installées réparties entre 2259 résidences), le volume de résidents présents a, lui, diminué de plus de 2 000, pour passer sous la barre des 100 000.

La mission s'interroge quant à la robustesse de cette donnée sur les taux d'occupation des résidences autonomie issue de l'enquête EHPA. En effet, l'enquête EHPA vise les établissements pour personnes âgées (Ehpad, Ehpad, RA, USLD) relevant du CASF. Depuis la loi ASV de 2015, les résidences autonomie peuvent recevoir suivant une procédure ad hoc des personnes de moins de 60 ans, et ce jusqu'à 15 % de la capacité autorisée (personnes handicapées, jeunes travailleurs ou étudiants). Or, la formulation du questionnaire d'enquête EHPA peut être source de confusion, dans le dénombrement des personnes présentes est présenté comme celui des personnes dites « âgées »¹⁸⁶. Héritage d'une époque où les EHPA ne pouvait pas accueillir de personnes de moins de 60 ans, cette formule peut avoir pour effet d'induire en erreur un certain nombre de répondants qui du même coup ne comptabilisent pas les personnes qui ont moins de 60 ans. Si tel est le cas, cela pourrait avoir pour effet mécanique de réduire le nombre d'occupants réels et donc de faire baisser artificiellement le taux d'occupation. Ce point mériterait des explorations complémentaires de la Drees.

D'après les auditions réalisées par la mission, le taux d'occupation en résidence autonomie a baissé depuis la crise sanitaire, si bien que certaines résidences ont des taux d'occupation désormais inférieurs à 70 %, sans disposer de liste d'attente de nouvelles demandes d'entrée.

Ce taux d'occupation moindre en résidences autonomie qu'en Ehpad est pour partie surprenant dans la mesure où l'on aurait pu s'attendre à une relation inverse : en effet, la durée de séjour en Ehpad étant plus courte qu'en RA (médiane proche d'un an pour les sortants de 2019, versus 3 ans et demi en résidence autonomie), il y a une plus grande rotation de résidents en Ehpad, ce qui

¹⁸⁵ https://www.lemediasocial.fr/orpea-veilles-habitat-comment-intervient-la-caisse-des-depots_mrFm5P

¹⁸⁶ Voir la fiche 2 du questionnaire en ligne : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-11/Questionnaire%20de%20l%E2%80%99enqu%C3%AAte%20EHPA%202019.pdf>
Formulation « Nombre total de personnes **âgées** accueillies au 31/12/2019 » (mise en gras par la mission).

peut induire plus de vacances des places des structures. Cela illustre le fait que le facteur déterminant pour le taux d'occupation est l'attractivité et non la durée de présence.

La taille des résidences semble avoir un lien direct avec leur taux d'occupation : ainsi, dans sa récente publication sur les résidences autonomie¹⁸⁷, la Drees relève que « *Les établissements de plus de 75 places installées enregistrent les taux d'occupation les plus faibles (84 %). C'est d'ailleurs parmi les structures à forte capacité que la diminution de ces taux est la plus importante. Entre 2015 et 2019, les établissements de 60 à 75 places ont ainsi perdu 6 points de taux d'occupation, ceux de plus de 75 places, 10 points* ». Ce constat plaide pour construire à l'avenir des résidences de taille limitée ou organisées sous la forme d'ilots de vie de petite taille (moins de 20-25 logements).

1.3 Des explications diverses à ce taux faible d'occupation

1.3.1 Vétusté des locaux et inadaptation des services proposés

La vétusté de certaines résidences autonomie est souvent le premier argument avancé. La mission Igas ne dispose pas de données rapprochant taux d'occupation et ancienneté du bâti mais il est vraisemblable que ces deux dimensions ont un lien. En effet, contrairement aux Ehpad où les entrées se font souvent dans l'urgence et la précipitation, les entrées en résidences autonomie font l'objet d'une maturation plus longue : les personnes âgées effectuent souvent des visites préalables pour se faire leur idée des locaux et services proposés, échangent avec la direction plusieurs mois avant de déposer un dossier et de concrétiser une entrée. On observe de fait que, alors que les RA ont des taux d'occupation notablement plus faibles que les Ehpad (cf. ci-dessus), leurs délais d'admission sont plus longs : ainsi, en 2019, le délai d'attente entre la date de réception du dossier et l'entrée dans l'établissement était inférieur ou égal à un mois pour 47,0 % des résidents entrés en 2019 en résidence autonomie (versus 62 % en Ehpad). Le choix d'entrer en RA étant beaucoup moins contraint que celui d'entrer en Ehpad, il est vraisemblable que les personnes âgées sont beaucoup plus à même de discriminer les structures selon leur caractère plus ou moins attractif en termes bâtimementaires (vétusté).

Une étude de 2017 réalisée pour le compte de la CNAV et de la MSA¹⁸⁸ permettait de montrer que 30 % du parc a été bâti avant 1975, l'essentiel du parc ayant été construit entre 1975 et 1990¹⁸⁹. Elle montre que la question des travaux dans ces structures est mal suivie, ce qui s'explique pour une large part par les relations complexes qu'entretiennent les gestionnaires et les propriétaires (en particulier les bailleurs sociaux). Quelle qu'en soit la cause, la mission a eu connaissance de situation de sous-investissement chronique de la part des bailleurs sociaux, ce qui est dommageable tant pour les résidents, les personnels que pour la valorisation et la pérennité des résidences autonomie concernées. Ainsi, le taux de non-réponse sur la réalisation de travaux dans

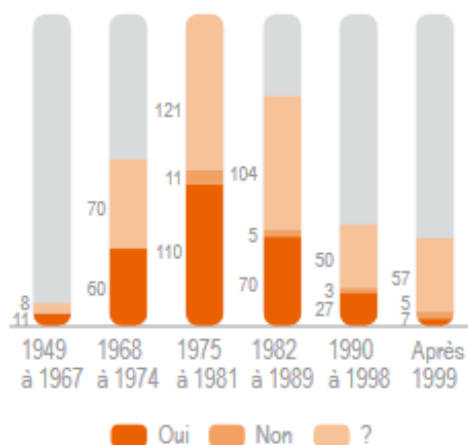
¹⁸⁷ Résidences autonomie : avant le début de la crise sanitaire, le nombre de places augmentait, mais celui des résidents diminuait Drees, novembre 2023, Etudes et résultats, n°1284.

¹⁸⁸ <https://www.lassuranceretraite.fr/portail-info/files/live/sites/pub/files/PDF/552002-Residences-autonomie-besoins-attentes.pdf>

¹⁸⁹ Vigilance méthodologique : l'échantillon de répondants ayant complètement rempli le questionnaire est faible, moins de 300 structures sur plus de 2200 RA.

les cinq dernières années est particulièrement élevé comme l'illustre le graphique ci-dessous. Si bien que l'état réel du bâti et des rénovations faites et à faire est mal connues.

Graphique 1 : Date de construction des résidences autonomie et identification de travaux réalisés dans les 5 dernières années en 2016 – croisement des établissements en fonction de la date de construction et de l'identification de travaux réalisés (5 dernières années)



Source : Etude 2017 pour le compte de la Cnav et la MSA. Note de lecture : pour 110 résidences autonomie construites entre 1975 et 1981, les gestionnaires déclarent qu'il a été fait des travaux dans les cinq dernières années, pour 11 non et pour 121 les responsables ne savent pas répondre à la question.

La mission a, pour sa part, visité des structures très récentes (Savoie) comme d'autres nettement plus anciennes (Loire-Atlantique, Seine-Saint-Denis), où les enjeux de rénovation (et donc d'attractivité) n'étaient clairement pas les mêmes. Les auteurs de l'étude faite pour la CNAV/MSA tiraient le bilan suivant : « De l'étude, il ressort une difficulté pour les gestionnaires d'anticiper l'avenir tant avec leur propriétaire qu'en termes de projet d'établissement. Les directeurs d'établissements semblent se retrouver seuls face aux enjeux. Ainsi, il semble se dégager une réalisation de travaux de manière assez « opportuniste » en fonction des possibilités de financement offertes alors qu'il conviendrait au contraire d'avoir une vision plus stratégique – tout particulièrement pour les petits établissements. Il ressort, en filigrane, la problématique du coût travaux sur les loyers et le besoin de déconventionnement dans certains cas ainsi que la gestion des travaux chantier en milieu occupé et taux de non-occupation entraînant une multiplication du coût ainsi que les manques à gagner pour les petits établissements et notamment ceux de moins de 25 logements. (...) Une majorité des structures construites entre 1975 et 1981 et dans une moindre mesure celles construites entre 1982 et 1989 envisagent de réaliser des travaux. ». C'est ce type de constat qui a motivé le lancement des plans mentionnés plus haut de rénovation, actuellement en cours de déploiement.

L'impression de vétusté peut aussi tenir au fait que la gamme des services proposés en résidences autonomie correspond moins à ce qui est attendu aujourd'hui : on relève ainsi que les équipements dits de confort-bien être sont parfois peu présents alors que plusieurs directeurs pointent une attente croissante des résidents de services plus qualitatifs : ainsi, à peine plus d'un tiers des résidences autonomie propose un salon de coiffure/esthétique (34 %) ou une chambre d'accueil pour les familles (37 %). Comme indiqué ci-dessous, les résidences autonomie sont mal préparées à faire face au réchauffement climatique, un nombre quasi négligeable d'entre elles

étant climatisées. La mission Igas regrette que les données d'enquête à disposition n'approchent pas de façon plus large les enjeux liés au réchauffement climatique en interrogeant les structures sur des questions plus nombreuses sur ce point : quelle végétalisation, existence ou non de dalles réfléchissantes, provenance et continuité de l'approvisionnement électrique, quelle optimisation des ventilations naturelles, quelle utilisation de matériaux bio-sourcés et de bois (versus usage du béton) ?¹⁹⁰

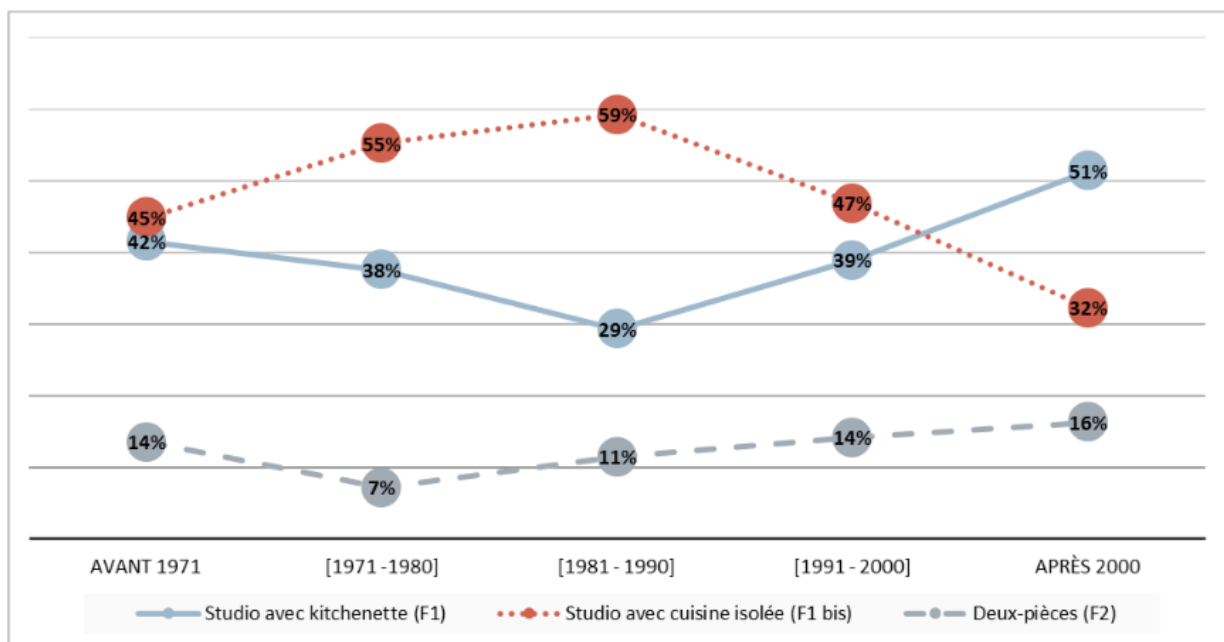
Par ailleurs, l'inadaptation des bâtiments aux attentes des personnes pourrait également constituer un frein à la demande. Les résidences autonomie comptent de nombreux studios (voir graphique ci-dessous) : la CNSA recensait en 2019 que « les résidences autonomie proposent principalement des studios de type F1 bis avec une cuisine isolée (53 %) ; viennent ensuite les studios avec kitchenette (F1) pour 37 % et enfin des deux-pièces (F2) pour 10 % »¹⁹¹. Or la demande des personnes seules semble s'orienter majoritairement vers les T2 lorsque les personnes ont les moyens de se le payer (d'après le recensement de la CNSA, « Fin 2019, le prix médian mensuel d'un studio avec kitchenette (F1) s'établit à 688 euros, le prix médian d'un studio avec cuisine isolée (F1 bis) est de 643 euros¹⁹², et le prix médian d'un deux-pièces (F2) atteint 787 euros ») : plusieurs résidences autonomie rencontrées par la mission ont confirmé que leurs logements vacants étaient prioritairement des logements d'une seule pièce. En cela, les résidences services senior sont en grande partie venues occuper un segment de marché concurrent à celui des résidences autonomie, en proposant une offre plus en accord avec les exigences actuelles en matière d'habitat.

¹⁹⁰ Une enquête menée en juin 2023 par la FNADEPA (Fédération nationale des associations de directeurs d'établissements et services pour personnes âgées) auprès de son réseau (187 répondants – 82 % sont des Ehpad, 16 % des résidences autonomie) s'inscrivant dans le cadre des travaux de la Cour des comptes pour son rapport annuel 2024 sur l'adaptation au changement climatique des politiques publiques donne quelques éléments instructifs : 58 % des ESMS ont 2 ou 3 niveaux dans leur bâtiments, 55 % ont été construits avant 1990, le taux de vétusté moyen est de 51 %, 33 % des établissements ont prévu des projets de rénovation parmi lesquels 54 % ont été au suivi de projet des cibles de confort thermique, 95 % des établissements ont mis en place une salle rafraîchie, très souvent par recours à une climatisation (97 %), 91 % des établissements ne sont pas climatisés pour leurs espaces privés, 15,5 % ont accueilli des personnes extérieures en période de canicule (notamment des personnes âgées vivant à domicile), 61 % considèrent que leur établissement a été thermiquement inconfortable dans les espaces privés durant l'été 2022, pendant en moyenne 29 jours dans l'année. (<https://www.ehpadia.fr/attachment/2476865/>)

¹⁹¹ https://www.cnsa.fr/documentation/analyse_statistique_prix_2018_et_2019_des_ra-accessible.pdf

¹⁹² Il est contre-intuitif que le prix moyen des F1 avec cuisine isolée soit en moyenne moins élevé que le prix moyen des F1 avec seulement une kitchenette : cela s'explique vraisemblablement par les années de construction qui diffèrent. En effet, les premiers ont principalement été construits dans les années 70-80 (donc bâti plus ancien), tandis que les seconds ont beaucoup été construits après 2000 (cf. hausse concomitante des prix de l'immobilier).

Graphique 2 : Évolution du nombre de logements construits par taille de logement depuis 1970 (en %)



Source : Portail PA CNSA

1.3.2 Localisation parfois inadaptée aux attentes des personnes âgées

Tandis que nombre d'acteurs ont fait part à la mission de l'attente croissante des personnes âgées de résider en cœur de ville à proximité des transports, services et commerces, la localisation d'un certain nombre de résidences autonomie pose question. En effet, seulement 39 % des résidences autonomie sont implantées en ville centre (calcul de la mission d'après les données CNSA pour 2019), le reste étant par ordre décroissant en banlieue (35 %), zone rurale (16 %) et ville isolée (10 %). Cette situation n'est pas le fruit d'un héritage ancien mais la conséquence du choix de localisation pour les constructions récentes : ainsi, tandis que les résidences autonomie construites avant 1971 étaient pour plus de la moitié d'entre elles (53 %) implantées en ville centre, ce n'est plus le cas de moins d'une sur quatre (24 %) pour les créations faites après l'an 2000. Parmi les constructions récentes de RA, deux sur cinq se sont faites en zone rurale. Ces choix d'implantations qui vont en apparence à rebours des attentes des personnes âgées s'expliquent par la recherche d'un foncier moins coûteux (hausse des prix de l'immobilier à partir du milieu-fin des années 1990) afin d'offrir des loyers modérés (cible de public plus large que les RSS). En d'autres termes, le coût modéré de l'hébergement a été privilégié, pour nombre de constructions récentes, à la qualité de l'environnement à proximité des résidences et aux caractéristiques des logements¹⁹³. Il n'en reste pas moins que 84 % des résidences autonomie se situent en ville ou à

¹⁹³ Ces constats nationaux sont toutefois à prendre avec précaution car, selon les époques de construction des RA, de fortes disparités entre départements existent concernant les caractéristiques des logements (voir étude de la CNSA relative aux prix des RA en 2018 et 2019).

D'après la CNSA, avec le parc actuel (y compris les 3000 créations de logement en RA budgétés en 2023), en 2030, pour un équivalent de 100 000 personnes âgées de plus de 60 ans, il y aurait à moins de 30 minutes de chez elles environ 750 logements en résidences autonomie, 79 départements étant en deçà de cette

proximité (banlieue) : un des enjeux consiste donc à travailler finement avec les collectivités locales et les gestionnaires de transports en commun la qualité de la desserte des résidences autonomie éloignée des centre villes et zones commerciales afin de leur assurer une bonne accessibilité.

1.3.3 Concurrence croissante des résidences services senior en termes de captation de clientèle

Une deuxième piste d'explication à la faiblesse du taux d'occupation des résidences autonomie est étroitement liée en pratique à la première, et tient à la croissance parallèle du parc de résidences services senior : sur la période récente, un nombre important de résidences services s'implantent en France (voir l'annexe relative aux résidences services senior), offrant, dans des structures généralement plus récentes que les RA, des prestations plus ou moins de même nature, quoiqu'à un coût généralement nettement plus élevé. Ce phénomène a été clairement identifié par une résidence autonomie auditionnée en Loire-Atlantique qui a vu son vivier de demandes se tarir après l'installation non loin d'elle d'une résidence services senior (RSS). Cet effet de concurrence n'est pourtant pas identifié par nombre d'acteurs, qui estiment que les résidences services et les résidences autonomie ne s'adressent pas à la même cible de public (les premières étant de manière générale nettement plus onéreuses que les secondes). Il n'a en revanche pas été fait d'analyse fine des niveaux de revenus des personnes habitant en résidences autonomie et notamment de la proportion de ceux qui auraient les moyens de s'installer en résidences services senior. La direction d'une autre résidence autonomie s'est, pour sa part, plaint du niveau d'après elle trop bas de la redevance demandée aux résidents, considérant que bon nombre de résidents étaient en capacité de payer plus cher (propos tenu dans un contexte où la résidence reçoit une subvention d'équilibre de la commune pour l'équivalent de la moitié de son budget annuel). Elle justifiait ce besoin par la nécessité de mieux financer l'établissement et d'anticiper des travaux.

In fine, au regard de la baisse rapide et relativement brutale du taux d'occupation des résidences autonomie, c'est la concurrence des RSS (qui ont pour caractéristique d'être plus modernes) et le repoussoir que peut représenter le fait de côtoyer des personnes en situation de perte d'autonomie plus sévère¹⁹⁴ (ex. diminution de la part des personnes autonome de GIR 6 entre 2011 et 2019 passant de 63 % à 56 % - voir ci-dessous) qui semblent être les causes principales de cette dynamique forte intervenue en un temps court.

moyenne (répartition très inégale des RA sur le territoire) (<https://www.cnsa.fr/actualites-agenda/actualites/residences-autonomie-plus-nombreuses-et-renovees>)

¹⁹⁴ Il est vraisemblable que le même phénomène existe pour les résidences services seniors qui ont une certaine ancienneté (c'est-à-dire qui ont déjà fait leur montée en charge en termes de public, les premières années après l'ouverture ne reflétant généralement pas le public accueilli une fois la résidence en régime de croisière).

1.3.4 Un modèle d'habitat collectif qui trouve moins d'écho dans la population âgée d'aujourd'hui ?

Une troisième piste d'explication à la faiblesse du taux d'occupation des résidences autonomie tient au modèle lui-même des résidences autonomie : ces résidences sont construites historiquement sur le modèle de résidences accueillant des personnes pour l'essentiel autonomes (GIR 5 et 6). Or l'accroissement de l'âge d'entrée et des niveaux de dépendance des résidents (cf. ci-dessous) tend à les rendre moins attractives pour les personnes âgées autonomes.

Par ailleurs, la volonté forte exprimée par la population comme par les pouvoirs publics de permettre aux personnes âgées de vivre plus longtemps à leur domicile ne conduit pas à anticiper une mobilité résidentielle en résidences en amont d'une éventuelle perte d'autonomie fonctionnelle. Suivant cette logique, le départ du domicile serait retardé au point que le degré d'autonomie des personnes ne correspondrait plus ou mal à la nature des services qui sont proposés en résidences. A cela s'ajoute une certaine confusion entre les résidences et les Ehpad sur la nature des services proposés : la mission a relevé à plusieurs reprises sur le terrain (ex. signalétique routière) que des Ehpad se faisaient appeler « résidences ».

Le besoin fondamental exprimé par les personnes qui rejoignent une résidence autonomie est double (voir la partie ci-dessous sur les motifs d'entrée) : ne pas s'isoler chez soi (« voir du monde » pour reprendre une expression utilisée par une résidente auditionnée) et avoir un environnement de vie plus sécurisant au quotidien (recherche de réassurance, notamment nocturne). Ces besoins ne paraissent pas devoir diminuer dans les années à venir mais il n'est pas certain que les résidences soient bien identifiées par la population et certains acteurs locaux pour y répondre (ex. professionnels médicaux). Ce dernier point a été évoqué à plusieurs reprises par les interlocuteurs rencontrés par la mission.

1.4 La tentation d'acteurs locaux de se défaire de leurs résidences autonomie face aux besoins de rénovation et aux installations nombreuses de résidences services senior

Même si la mission Igas ne dispose pas d'un diagnostic précis des besoins de rénovation des résidences autonomie, elle a pu constater que, dans certains territoires, le transfert imminent de la propriété du bâti de bailleurs sociaux vers les communes (ex. 50 ans après la construction) pouvait conduire la commune à se questionner sur la pérennité de la structure. En effet, outre les subventions d'équilibre versées, le taux d'occupation faible, le surcoût financier à prévoir pour la réalisation de travaux de rénovation, certains élus locaux constatent le développement des résidences services senior et y voient une offre de services comparable mais plus moderne et sans frais à avancer pour la commune. Cette tentation de se défaire de leurs résidences autonomie présente néanmoins le risque de laisser sans solution un certain nombre de résidents plus faiblement dotés financièrement. Ainsi, en 2019, un tiers des places de résidences autonomie est habilitée à l'aide sociale à l'hébergement (répartis sur la moitié des résidences), les résidences services senior n'ouvrent, elles, pas ce type de droit pour les personnes à bas revenus.

A l'inverse, certaines fédérations associatives défendent fermement le modèle des résidences autonomie, et demandent que les financements soient mis en cohérence pour assurer un meilleur

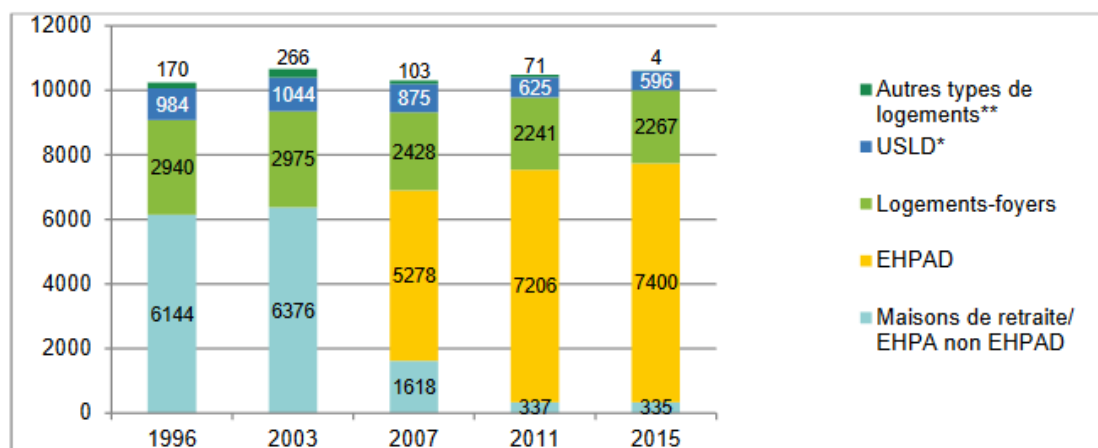
équilibre budgétaire des structures. Ainsi, la FEHAP a exprimé auprès de la mission sa conviction que les résidences autonomie représenteraient un segment important de l'offre aux personnes âgées, notamment pour celles qui ne disposent pas des revenus suffisants pour s'installer dans une RSS, ou pour disposer d'un accompagnement et d'un entourage suffisants à leur domicile. A ce titre, la FEHAP demande notamment la généralisation du forfait soins courants, actuellement distribué à une minorité de résidences, à l'ensemble des établissements, les moyens dévolus au sein de ce forfait pouvant conduire à un moindre recours aux urgences et aux hospitalisations. Selon la FEHAP, une telle évolution entrerait en cohérence avec le profil des personnes qui intègrent les résidences autonomie, dont le degré de perte d'autonomie tendrait à s'accroître, et qui, du fait d'un âge d'entrée croissant, sont plus nombreux à présenter des polypathologies. Un financement spécifique pourrait également être attribué pour les fonctions de coordination, qui ne sont actuellement pas assurées par le gestionnaire de la résidence (au même titre que dans les RSS et l'habitat inclusif). Le fait de disposer d'habitats collectifs accueillant des personnes en situation de perte d'autonomie, qui peuvent être vues par de nombreux intervenants, sans que ces habitats centralisent la coordination des interventions, apparaît comme une perte d'efficacité évidente.

2 L'offre de places en résidences autonomie

2.1 Après une forte baisse dans les années 2000, une hausse lente du nombre de places mais un renouvellement certain du parc des résidences autonomie

L'offre maximale en résidences autonomie a été atteinte en 1998 avec 3 053 établissements pour 158 399 places. Au cours des années 2000, elle a décru fortement (graphique ci-dessous – les résidences autonomie actuelles ont pour origine les logements-foyers).

Graphique 3 : Évolution du nombre d'établissements pour personnes âgées par catégorie



* Établissements de soins de longue durée et hôpitaux ayant une activité de soins de longue durée.

** Centres d'hébergement temporaire et Établissements expérimentaux

Lecture > En 2015, 7 400 EHPAD sont recensés en France et dans les DROM (hors Mayotte), soit près de 200 de plus qu'en 2011.

Notes > Le champ et la définition des catégories d'établissements a évolué au fil des enquêtes. Les USLD sont enquêtées depuis 2003 (mais leur nombre en 1996 est connu grâce à l'enquête SAE de la DREES). Les EHPAD sont repérés dans le questionnaire depuis 2003 mais les données sont exploitables à partir de 2007. Depuis 2015, la catégorie EHPAD est identifiable dans le répertoire FINESS. Les logements-foyers sont devenus, à partir du 1er janvier 2016, des résidences autonomie. Les catégories d'établissements ont été redéfinies pour les éditions 2007 et 2011 pour être comparable avec l'édition 2015. Ainsi, les USLD ayant signé une convention tripartite ne sont plus considérées comme EHPAD.

Champ > Établissements d'hébergement pour personnes âgées, hors centres d'accueil de jour; France métropolitaine + DROM (hors Mayotte).

Sources > DREES, enquêtes EHPA, 1996, 2003, 2007, 2011, 2015, enquête SAE 1996.

On dénombrait 109 000 places en 2011 et 2015 et 114 000 en 2019, soit une augmentation de 4 % en quatre ans. Pour autant, ce stock en apparence relativement stable connaît des ouvertures et fermetures dans une proportion non négligeable (environ 10 % entre 2015 et 2019). Dans la continuité du Ségur, 45 millions d'euros ont été prévus d'ici 2024 pour le soutien à la création de places de nouvelles de résidences autonomie mais la CNSA ne dispose pas de vision quant à la trajectoire de places nouvelles pour les années à venir, les autorisations étant délivrées par les conseils départementaux.

Le renouveau d'une politique de création de résidences autonomie est donc relativement récent et timide au regard des fermetures massives intervenues dans les années 2000.

Selon les projections du modèle Livia, à taux d'institutionnalisation inchangée (c'est-à-dire si la proportion de personnes âgées dépendantes accueillies en Ehpads restent la même au cours du temps, ce qui signifierait l'ouverture de nombreuses places d'Ehpads en France), le nombre de seniors en résidence autonomie devrait avoisiner les 30 000. Dans la mesure où l'orientation actuelle est de diminuer le taux d'institutionnalisation (voir les annexes Ehpads et scénarios prospectifs), ce chiffre est donc un minorant du besoin réel probable, une part des publics allant en Ehpads aujourd'hui pouvant être amenée à se reporter demain sur les résidences si les conditions de maintien en domicile ordinaire n'ont pas suffisamment progressé. Notons en particulier, comme le pointe le rapport du Commissariat au plan et du Think tank Matières grises de février 2023, que la question des aidants (sans doute moins nombreux à l'avenir – voir les parties du présent rapport correspondantes) pourrait accroître encore la demande d'entrée en résidences dans un contexte de saturation des places d'Ehpads. La mission préconise la création de 100 000 logements en résidence autonomie d'ici 2030. A horizon 2050, c'est potentiellement de plusieurs centaines de milliers de logements qu'il faudrait faire croître le parc des résidences

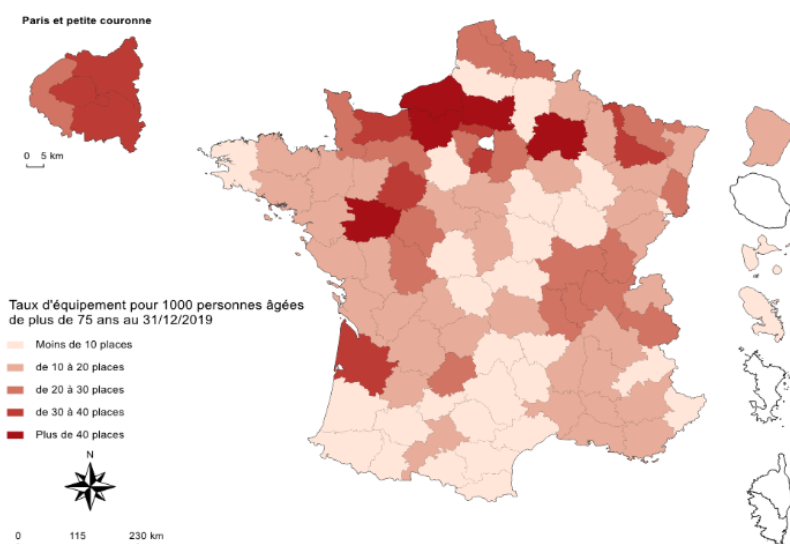
autonomie, même si les résidences autonomie ne constituent pas la seule offre « alternative » à l’EHPAD, les personnes pouvant choisir d’habiter en résidence service ou dans des habitats inclusifs (quoique cette offre soit peu développée à ce jour). Une telle évolution impliquerait par ailleurs que les résidences autonomie puissent présenter des facteurs d’attractivité suffisants pour attirer une part significative de la demande et qu’elles soient aussi armées pour faire face aux besoins liés à des pertes d’autonomie plus fréquentes et/ou importantes ainsi qu’aux possibles polyopathologies.

2.2 Une offre quasiment exclusivement tournée sur de l’hébergement permanent

99 % des personnes accueillies le sont en hébergement permanent en 2019. L’hébergement temporaire concerne 0,8 % des résidents et le reliquat des accueils de jour ou de nuit. Cette répartition est stable entre 2015 et 2019 même si on peut noter une hausse des accueils de jour et de nuit et surtout un fort développement dans les résidences autonomie privées à but lucratif (rares dans le secteur¹⁹⁵) concernant les hébergements temporaires) (0,3 % de leurs hébergements en 2015 contre 4,3 % en 2019).

2.3 Une hétérogénéité territoriale d’implantation marquée mais une recherche forte de proximité aux services, commerces et transports

Carte 1 : Taux d’équipement en résidences autonomie pour 1 000 personnes âgées de plus de 75 ans en 2019



Source : Portail PA CNSA.

https://www.cnsa.fr/documentation/analyse_statistique_prix_2018_et_2019_des_ra-accessible.pdf

84 % des résidences déclarent se situer à proximité de commerces, services et transports en commun, chiffre sensiblement plus élevé que celui des Ehpad, ce qui s’explique par la volonté de

¹⁹⁵ Moins de 5 % de l’ensemble des RA.

donner un accès simple à ces aménités pour des résidents plus mobiles (cette proximité est d'ailleurs un facteur d'attractivité généralement affichée pour promouvoir les résidences)¹⁹⁶.

2.4 Des structures d'une taille relativement limitée en moyenne, quoiqu'en hausse

En moyenne les résidences autonomie ont une taille nettement plus réduite que les Ehpad : ainsi, quand ces derniers étaient en 2019 à 82 places par Ehpad, les RA se situaient à 51 (en hausse de 3 places par rapport à 2015). Moins de 4 % des capacités d'accueil en RA appartiennent à des établissements de plus de 100 places quand 20 % des places sont dans des établissements de moins de 40 places. C'est plutôt en milieu rural que l'on retrouve des structures de plus petite taille, avec notamment le modèle des MARPA porté par la MSA.

2.5 Des surfaces par résident proche des Ehpad mais des espaces privatifs plus grands

En résidences autonomie, la surface moyenne par habitant en 2019 est de 58 m², quand elle est en Ehpad de 56 m². Pour autant la répartition entre espaces collectifs et espaces privatifs est très différente : les espaces privatifs représentent en moyenne 35m² par place en résidence autonomie quand ils ne sont que d'un peu plus de 21m² en Ehpad. Ce delta reflète le fait que les uns sont composés de petits logements tandis que les autres de chambres. Cette répartition des espaces donne néanmoins une mesure de ce que signifie architecturalement une transformation domiciliaire pour les Ehpad (dans une logique de désinstitutionnalisation des Ehpad eux-mêmes) avec un redéploiement d'espaces collectifs vers des espaces privatifs, l'organisation autour de petites unités de vie et de salles de restauration et d'interactions sociales à taille familiale, l'usage de matériaux chaleureux et se rapprochant d'un mobilier d'intérieur privé, et de façon générale la rupture d'une logique d'organisation en couloirs et chambres autour du centre de soins. Plusieurs cabinets et collectifs d'architectes se sont engagés dans cette réflexion et accompagnent les établissements dans leur transformation domiciliaire. Néanmoins, ces évolutions ne pourront être conduites sans qu'une évolution soit engagée sur le financement de l'espace privatif et semi-privatif (salle à manger de 8-10 couverts...) supplémentaire pour les personnes.

Notons néanmoins que la surface extérieure accessible aux résidents moyenne par place est supérieure en Ehpad (65 m²) à ce qu'elle est en résidence autonomie (52 m²). Dans la mesure où le degré d'autonomie fonctionnelle des personnes en résidence autonomie tend à décroître, cette différence ne pourra être entièrement compensée par la capacité des personnes à sortir en ville.

¹⁹⁶ On relève d'ailleurs que, d'après les données de la CNSA extraites de sa publication sur l'évolution des prix des RA entre 2018 et 2019, 84 % des résidences autonomie sont en ville (centre ou isolée) ou en banlieue. La similarité de ces deux statistiques reflète leur forte corrélation.

2.6 Une offre principalement orientée sur des studios avec cuisine isolée type F1bis

Près de la moitié du parc de logement (48 % en 2022) est composé de studio avec cuisine isolée (F1bis). Un tiers est en studio avec kitchenette type F1 (studio) et un sur cinq (19 %) en studio de deux pièces F2 (très légèrement hausse depuis 2017 de la part des F2). La question principale qui se pose par rapport à cette offre est sa répartition, quelques acteurs ayant fait part à la mission que la demande sociale tend à être plus rarement pour des F1 et en hausse pour des F2 (dès lors que les personnes sont en mesure de s'offrir le surcoût associé à un F2, bien sûr).

2.7 Des problématiques bâtementaires parfois délicates, aggravées par l'inflation, la crise climatique et le niveau de dépendance accru des personnes

2.7.1 Des résidences souvent mal préparées à faire face au réchauffement climatique

A la suite de la canicule de 2003, l'ensemble des établissements d'hébergement pour personnes âgées (dont les résidences autonomie) ont été contraintes d'avoir une pièce rafraîchie mise à la disposition des résidents en cas de vague de chaleur¹⁹⁷. En dehors de cela, il n'existe pas d'obligation, et on observe en pratique que la climatisation est presque inexistante dans les résidences autonomie (elle y est inférieure à ce que l'on observe dans les Ehpad) : en 2019, 2 % des espaces privés y étaient climatisés. 57 % des résidences déclarent par ailleurs ne pas disposer d'une climatisation pour l'ensemble des espaces de vie commune. Le parc actuel paraît donc particulièrement mal équipé pour faire face au réchauffement climatique et vagues de chaleur répétées que la France va subir de façon croissante dans les années à venir, alors que les personnes très âgées sont particulièrement vulnérables à la chaleur (ex. risque accru de déshydratation). Il faut par ailleurs noter que d'autres actions que la climatisation méritent d'être déployées (végétalisation, dalles réfléchissantes, optimisation de la ventilation...) mais la mission ne dispose pas de données sur ces points. Notons toutefois que, d'après l'enquête EHPA 2019, à peine plus de trois résidences autonomie sur quatre bénéficient d'un jardin aménagé quand c'est le cas de près de 90 % des Ehpad.

2.7.2 L'accroissement éventuel du niveau de dépendance des habitants et son impact sur les locaux

Comme détaillé ci-dessous, les personnes en résidences autonomie sont dans leur grande majorité autonome (GIR 6) ou quasiment autonome (GIR 5). Néanmoins, il est constaté une légère dégradation de la dépendance en RA. Or, une telle évolution pose des questions au regard de l'aménagement bâtementaire de certaines résidences (ex. marches, pente de rampes, absence de

¹⁹⁷ Arrêté du 13 août 2004 modifiant l'arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévu à l'article 5-1 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

douches à l'italienne...). Par ailleurs, 21 % déclarent ne pas disposer de places de stationnement adaptées (statistique plus de deux fois moindre pour les Ehpad).

2.7.3 L'accroissement des coûts de la construction et son impact sur les projets de construction/rénovation

Lors des auditions réalisées par la mission, est revenue à plusieurs reprises la question de l'inflation, et ce malgré les actions entreprises par le gouvernement pour en limiter les effets (ex. bouclier tarifaire de l'électricité pour les bénéficiaires du tarif réglementé de vente de l'électricité¹⁹⁸). Elle peut avoir un impact sur l'équilibre financier des structures, en particulier quand la volonté de ne pas accroître la redevance est forte, mais elle a aussi des conséquences sur les investissements dans les bâtiments. Le conseil départemental de la Loire Atlantique a ainsi rapporté que son projet de créations de 1 000 places en résidences autonomie risque de prendre du retard du fait d'une plus grande difficulté à boucler, avec les bailleurs sociaux, le calibrage financier des projets (augmentation des coûts des matériaux notamment).

3 Le public accueilli en résidences autonomie

3.1 Des personnes âgées dont l'âge moyen est stable et inférieur aux résidents d'Ehpad

L'âge médian des résidents en résidence autonomie était de 84 ans et 6 mois en 2019, soit le même qu'en 2015 (84 ans et 7 mois), ce qui est inférieur de plus de trois ans à l'âge moyen des résidents d'Ehpad. L'âge moyen est, lui, de 82 ans et 7 mois.

3.2 Des personnes autonomes ou modérément dépendantes pour l'essentiel même si on constate une très légère augmentation de la dépendance constatée

Les résidences autonomie se présentent en premier lieu comme destinées à accueillir des personnes âgées autonomes. Pour autant, la crainte d'un accroissement de la dépendance des habitants présents a conduit les pouvoirs publics à encadrer l'accueil de personnes dépendantes. Ainsi, les résidences autonomie ne doivent pas dépasser un seuil réglementaire d'une proportion de 10 % de GIR 1 et 2 et 15 % de GIR 1 à 3 et l'accueil de personnes en GIR 4 requiert l'élaboration d'un projet d'établissement ainsi que des conventions de partenariat avec un Ehpad et un service de soins infirmiers à domicile ou équivalent (Spasad, CSI, établissement de santé)¹⁹⁹.

Entre 2011 et 2019, les personnes relevant de GIR 1 à 3 représentent une proportion stable des résidents de RA (entre 5,5 et 6 %). En revanche, la part des personnes autonome de GIR 6 baisse passant de 63 % à 56 %, les GIR 4 étant passés de 17 à 19 % des résidents et les GIR 5 de 14 % à 19 %. Il n'est donc pas observé d'évolution notable du public des résidences autonomie tant du point de vue de l'âge moyen que du niveau de dépendance. La baisse du nombre de résidents

¹⁹⁸ <https://www.ecologie.gouv.fr/bouclier-tarifaire-lelectricite-et-amortisseur-electricite>

¹⁹⁹ Art. D. 313-15 et Art. D. 313-24-1 du CASF.

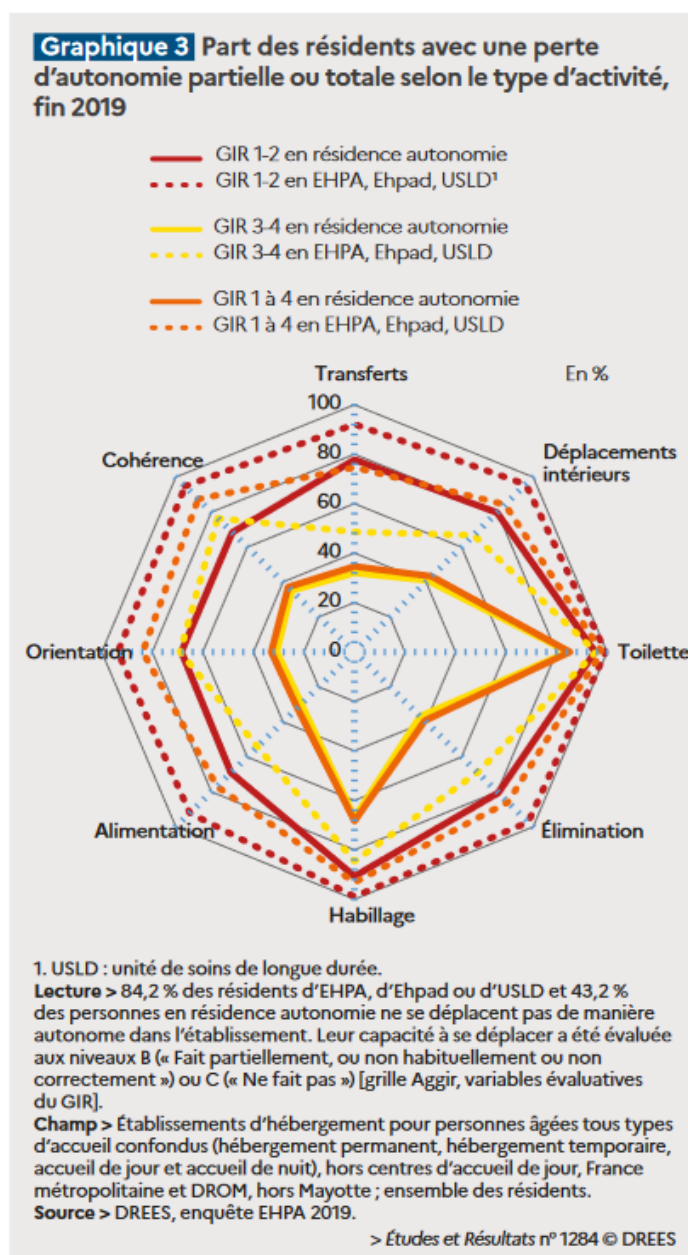
dans un contexte d'accroissement du volume des personnes de plus de 80 ans en France reflète donc la diminution de la demande.

Cette faiblesse des personnes en GIR 1 à 3 en résidence s'explique principalement par le fait que les personnes qui atteignent ces niveaux de dépendance quittent les résidences autonomie : ainsi, 20 % des personnes qui ont quitté les résidences autonomie en 2019 avaient un GIR 1 à 3²⁰⁰ (contre une part de 6 % de ces GIR parmi les résidents), la plus grosse partie des départs se faisant vers des Ehpad (les décès ne représentent qu'une part minoritaire des motifs des sorties de résidences autonomie).

Le seul GIR donne une vision générale du profil des résidents mais masque un certain nombre de détails qui ont leur importance, notamment la nature des activités que les personnes arrivent ou n'arrivent plus à faire. Une publication de la Drees de novembre 2023 permet une comparaison éclairante entre public de RA et public d'Ehpad (voir radar ci-dessous) : à GIR donné, les personnes en Ehpad sont plus souvent en capacité de réaliser des actes de la vie quotidiennes (pointillés systématiquement plus proche de l'extérieur du radar que les traits continus). L'écart est le plus conséquent sur les items Cohérence et Orientation, en particulier pour les GIR 3 et 4. 40 % des sorties annuelles de RA se faisant vers l'Ehpad (voir ci-dessous), ces résultats semblent confirmer les dires des responsables de RA pour qui l'apparition de troubles neuro-cognitifs, notamment productifs, pose selon eux généralement difficulté pour le maintien dans les lieux, ce qui les conduit à travailler avec les personnes et leurs familles des départs vers l'Ehpad.

²⁰⁰ Moins d'un tiers des sorties ont pour cause le décès (31 %), le reste étant des mobilités résidentielles pour des structures mieux dotées en soin (environ deux tiers des cas : Ehpad ou, secondairement, services hospitaliers).

Graphique 4 : Part des résidents avec une perte d'autonomie partielle ou totale selon le type d'activité, fin 2019



3.3 Un niveau de dépendance et de pathologies des personnes qui est souvent mal identifié par les responsables de structures

Les gestionnaires de structures sont dans une situation délicate : d'un côté ils ne doivent pas dépasser le seuil réglementaire de 10 % de GIR 1 et 2 et de 15 % de GIR 1 à 3, mais d'un autre côté ils ne disposent pas de médecin en interne pour mener des évaluations AGGIR des résidents (l'enquête EHPA 2019 recense moins de 50 médecins travaillant dans l'ensemble des 2200 résidences autonomie de France). Plusieurs directeurs de résidences autonomie ont fait part à la mission des difficultés que cela leur pose, en particulier au moment de l'admission de nouveaux habitants : ainsi, certains directeurs sollicitent l'avis du médecin traitant (il a été rapporté que certaines résidences services senior pratiquent aussi cela) quand d'autres mobilisent des

personnels infirmiers salariés de la résidence (environ 220 exerçaient en Ehpad en 2019) ou des aides-soignantes (plus de 800 étaient salariées en résidences autonomie en 2019). Lorsque localement l'accès aux places d'Ehpad est tendu, les directions de résidences autonomie se voient parfois adressées des demandes d'entrée qui ne correspondent pas au public autonome qu'elles sont supposées accueillir en l'état actuel de leur calibrage organisationnel.

3.4 Des pathologies nombreuses, souvent proches de celles observées en Ehpad à l'exception notable des affections neuropsychiatriques et uro-néphrologiques

La part des habitants des résidences autonomie qui ont des pathologies est souvent proche de celle des résidents d'Ehpad : en 2011, 98 % des personnes avaient au moins une pathologie, ce qui étaient le cas de 100 % des résidents d'Ehpad, (versus 80 % des plus de 85 ans en population générale), et dans les deux cas les résidents en avaient souvent plusieurs (7,9 pathologies par résident d'Ehpad en moyenne, contre 5,4 en résidences autonomie). Le cas le plus fréquent concerne les affections cardio-vasculaires (plus des trois quarts des résidents avec 79 %, même pourcentage qu'en Ehpad), notamment l'hypertension artérielle chez 68 % des personnes (ce qui est plus élevé qu'en Ehpad, 60 %). De la même façon, 57 % des habitants ont des affections ostéo-articulaires quand c'est le cas de 55 % des résidents d'Ehpad.

Il y a néanmoins des différences notables sur quelques pathologies :

- les syndromes démentiels (dont Alzheimer) sont presque cinq fois moins fréquent en résidence qu'en Ehpad (11 % des habitants versus 49 %). Cela s'explique tant par la volonté des directions de ne pas admettre de personnes présentant ce type de troubles que par l'indication donnée aux familles de rechercher une place en Ehpad dès lors que les symptômes de la maladie ne permettent plus de vivre à domicile.
- plus de trois fois moins d'affections uro-néphrologiques (15 % versus 48 %), en particulier l'incontinence (9 % versus 39 %).
- l'état grabataire ou terminal concerne presque un quart des résidents d'Ehpad (23 %) contre 1 % des habitants des résidences autonomie.

3.5 Des habitants dont le niveau de revenu est proche de celui des Ehpad et de celui des personnes de plus de 85 ans en France

Le niveau de revenus des personnes qui habitent en résidences autonomie était jusqu'à récemment mal connu. Le statut d'ESMS relevant du code de l'action sociale et des familles donne généralement aux résidences autonomie l'image d'être des structures accueillant préférentiellement des publics à faibles niveaux de revenus. Cette représentation explique sans doute la faible implantation historique dans le secteur des gestionnaires privés à but lucratif (4 % des capacités installées, versus presque un quart pour les Ehpad).

Pour autant, cette représentation correspond mal à la réalité. Ainsi, seul un tiers des places en résidences autonomie est habilité à l'aide sociale départementale fin 2019 (à titre de comparaison, plus de 90 % des places des Ehpad publics ou privés à but non lucratifs sont habilitées). Outre le fait que l'habilitation n'empêche pas le fait que les places sont effectivement occupées par une personne qui bénéficie de l'aide sociale du département, cela signifie que la grande majorité des

personnes relèvent de places non habilitées. Pour ces dernières, le tarif moyen d'hébergement dans une résidence autonomie était à fin 2019 supérieur à 700 euros par mois (donnée issue de l'enquête EHPA).

Comme détaillé précédemment, il est vraisemblable que la sous-occupation d'une partie des résidences autonomie tienne au développement en parallèle des résidences services senior. Or les RSS, qui relèvent du parc privé à but lucratif dans la grande majorité des cas, proposent des prestations plus onéreuses pour les habitants. S'il existe une concurrence entre les RA et les RSS sur une partie de leur public, cela signifie que les RA accueillent pour partie des personnes qui ont des revenus moyens ou élevés. La mission a pu confirmer ce point lors d'auditions de résidentes en RA. Ce phénomène s'expliquerait par un pur effet d'offre : s'il n'existe localement pas beaucoup d'offres correspondant à un hébergement semi-collectif comme des résidences, les personnes qui recherchent de la sécurité au quotidien et moins d'isolement social vont être enclines à aller dans la résidence autonomie implantée localement, et ce quel que soit leur niveau de revenu.

Les résidences sociales à destination de personnes âgées (offre spécifique des bailleurs sociaux qui n'est pas aujourd'hui suivie par la DREES au titre de son enquête EHPA, ces résidences n'ayant pas de FINESS) reçoivent quant à elles un public probablement plus défavorisé que celui des résidences autonomie.

En novembre 2023, la Drees a publié pour la première fois des données relatives au niveau de revenu des résidents de RA, comparé à celui des résidents de RSS et d'Ehpad (voir tableau ci-dessous). Il en ressort que le public de RA a un niveau de revenu très similaire à celui accueillis en Ehpad. Il est aussi proche de celui des personnes de plus de 85 ans en France²⁰¹. C'est celui des RSS qui dénote fortement, disposant de niveaux de revenus substantiellement plus élevés. Il est très vraisemblable que, si se loger en RSS restera difficilement accessible économiquement pour une grande part de la population âgée française, ce n'est pas le cas pour les résidences autonomie.

²⁰¹ La pension de retraite moyenne des personnes de plus de 85 ans en France en 2019 est, d'après l'Insee, de 1342 euros mensuels pour les femmes et de 1611 euros mensuels pour les hommes, soit des niveaux très proches des 1400 euros observés en résidences autonomie. (in Femmes et hommes, l'égalité en question, édition 2022, Insee références : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6047747?sommaire=6047805>)

Tableau 2 : Composition et pension mensuelle pour les résidents seuls touchant une pension selon les établissements de résidence, en 2019

Catégorie	Répartition (en %)			Pension mensuelle moyenne (en euros)			Pension mensuelle médiane (en euros)		
	Résidences autonomie	Résidences-services seniors	Ehpad	Résidences autonomie	Résidences-services seniors	Ehpad	Résidences autonomie	Résidences-services seniors	Ehpad
Célibataire/divorcé	40,2	25,8	30,5	1 190	1 870	1 170	1 140	1 710	1 040
Femme célibataire/divorcée	24,2	17,7	18,2	1 200	1 760	1 200	1 160	1 670	1 100
Homme célibataire/divorcé	16,0	8,1	12,3	1 170	2 100	1 130	1 120	1 830	960
Veuf	59,8	74,2	69,5	1 550	2 300	1 640	1 450	2 060	1 460
Femme veuve	52,4	62,2	60,0	1 500	2 170	1 570	1 410	1 970	1 410
Homme veuf	7,4	12,0	9,5	1 890	2 970	2 070	1 750	2 590	1 810
Femme	76,6	79,9	78,2	1 400	2 080	1 480	1 330	1 900	1 350
Homme	23,4	20,1	21,8	1 400	2 620	1 540	1 320	2 300	1 360
Ensemble	100,0	100,0	100,0	1 400	2 190	1 490	1 330	1 970	1 350

Lecture > Les femmes célibataires ou divorcées représentent 18,2 % des personnes seules en Ehpad qui perçoivent une pension de retraite. Elles touchent une pension moyenne de 1 200 euros mensuels.
Champ > Seniors de 60 ans ou plus percevant une pension de retraite en résidence autonomie hors conflit d'intérêt d'adresse, France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Sources > Finess 2019 ; Fantoir 2020 ; Fidéli 2020 ; EHPA 2019, calculs DREES.

4 Les entrées en résidences autonomie

4.1 Des entrées généralement préparées en amont entre la direction des structures, les personnes et leurs proches

Comme indiqué précédemment (et confirmé lors des auditions faites par la mission dans des résidences autonomie), les entrées en résidences autonomie ne se font généralement pas dans la précipitation. En effet, l'orientation des admissions sur des publics autonomes n'induit ni d'urgence (due par exemple à une dégradation soudaine de l'état de santé ou au décès d'un proche aidant, comme cela peut être observé en Ehpad) ni l'entrée de personnes sous la contrainte de leur entourage (ex. épuisement). Au contraire, tous les interlocuteurs de la mission ont souligné que l'entrée en résidence est marquée par un choix, souvent longuement réfléchi, des personnes concernées et de leurs proches.

4.2 Des motifs d'entrée principalement axés sur la lutte contre l'isolement et la recherche de sécurité au quotidien

Les mêmes motifs d'entrée en résidence autonomie reviennent de façon récurrente : lutter contre l'isolement et rechercher de la sécurité au quotidien, le tout à la réserve de ne pas présenter un

niveau de dépendance important. Une étude qualitative de la Cnav en 2016²⁰² détaille de la façon suivante les motifs d'entrée en résidence autonomie :

- Le logement-foyer comme alternative au domicile ordinaire :
 - Prévenir l'inadaptation des logements
 - Quitter un logement provisoire
 - Des logements difficiles à entretenir
- Le logement-foyer pour privilégier le lien social :
 - Vieillir entouré et en sécurité
 - Se rapprocher des siens sans être un poids pour la famille

Une étude de Santé publique France de 2016 confirme ces analyses, pointant la faiblesse des questions de santé dans le choix d'entrée en résidence autonomie : « *Indépendance et environnement sécurisé sont les facteurs déterminant le choix d'entrée en résidence, bien avant la préservation de sa santé. Les facteurs particulièrement déterminants dans le choix des résidents à entrer dans une résidence autonomie sont principalement liés à l'envie de garder une certaine indépendance tout en bénéficiant d'un environnement sécurisant (pour 57 % d'entre eux) et, dans des proportions moindres, afin de bénéficier d'une présence de jour comme de nuit (34,6 %), de se sentir moins isolé (33 %) et de ne pas être un poids pour leur famille (31,3 %). Le besoin de préserver sa santé concerne 28,4 % des résidents et le souhait d'avoir un logement adapté pour minimiser les risques d'accident ou de chute 27 %. La nécessité de bénéficier d'animations ou d'activités conviviales correspond à 18,2 % des résidents* ».

Près des trois quarts des résidents sont des résidentes (72 %) fin 2019. Les entrées se font souvent chez des femmes en situation de veuvage (les logements prévus pour des couples ne sont d'ailleurs souvent pas occupés par des couples mais par des personnes seules), ce qui correspond à la tendance générale des décisions de quitter son domicile, ne serait-ce que parce que les familles, et notamment les enfants, prennent une place plus importante dans la décision lorsque la personne est seule. Certains gestionnaires de structure soulignent que le fait d'habiter dans une zone pavillonnaire ou périphérique (plutôt donc éloigné de commerces ou avec nécessité forte d'être motorisé) ou dans une maison dont l'entretien, notamment du jardin, représente une charge lourde, constitue une incitation à rejoindre une résidence autonomie. Vivre dans une résidence permet de se rassurer ou de rassurer les proches (présence de personnels sur des places horaires étendues, notamment face à la peur de la chute) et d'accéder à une vie sociale plus intense (animations portées par la résidence, relations avec les autres résidents). Les autres services proposés (ex. restauration, blanchisserie) ne sont que très rarement mentionnés comme des éléments ayant justifié l'entrée en Ehpad : ces services ont plutôt comme fonction soit d'améliorer la sociabilité (le repas en commun est un lieu propice d'échanges et de rencontres) soit de permettre un vieillissement dans des conditions durables dans la résidence.

²⁰² AOUCI, S., GALLOU, R., CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE VIEILLESSE (CNAV). Choisir de vivre en logement-foyer, entre indépendance et collectivité. Cadr'@ge - Études, recherches et statistiques de la CNAV : 2016, n°32. (Étude réalisée auprès de 200 résidences autonomie d'Île-de-France).

4.3 Des entrées en résidence légèrement plus tardives et à des niveaux de dépendance un peu plus élevés que par le passé

En 2007, l'âge moyen des résidents à l'entrée en Ehpad était de 79 ans et 6 mois. Il était en 2019 de 80 ans et dix mois²⁰³.

Les entrées de résidents ayant un niveau de dépendance GIR 1 à 3 sont marginales (moins de 4 % des entrées en 2019) et s'expliquent parfois par des venues en couple (l'un est en bonne santé quand l'autre est dépendant). En revanche, on observe entre 2015 et 2019 une diminution de la part des personnes GIR 6 (59 % versus 64 %), qui se traduit par une hausse des entrants en GIR 4 et 5 (37 % versus 32 %).

Il faut noter que ces évolutions tant de l'âge que du niveau de dépendance sont relativement faibles et plutôt lentes à ce jour. La mission ne dispose pas de données longitudinales pour examiner l'évolution du niveau de pathologies des résidents.

Notons toutefois que, dans un territoire comme la Savoie où les acteurs estiment rencontrer des tensions fortes sur l'accès aux places d'Ehpad, ils déclarent connaître des évolutions plus marquées tant de l'âge que du niveau de dépendance des personnes qui entrent en résidences autonomie (ces résidences, dont le public se rapprocherait de celui des Ehpad d'il y a vingt ans aux dires des gestionnaires, auraient d'ailleurs des files d'attente, configuration rarement rencontrée ailleurs). Une telle dynamique leur pose question dans la mesure où elle se traduit par une baisse de l'attractivité des résidences autonomie pour les personnes autonomes, alors même que ce public constitue en principe le public cible des résidences autonomie, ce qui fait craindre au département un glissement des résidences autonomie vers des personnes plus dépendantes, sans disposer en parallèle des moyens intégrés existants par exemple dans les Ehpad.

4.4 Une volonté généralisée chez les responsables de structures de limiter l'entrée de personnes ayant des troubles neurocognitifs ou du comportement

Un tiers des résidences autonomie déclarent avoir refusé en 2019 l'admission de personnes désorientées et plus de deux sur cinq l'admission de personnes âgées nécessitant une charge de soins importants. Ces données sur les admissions sont à mettre en regard du fait que, fin 2019, les résidences autonomie avaient des taux d'occupation bas (87 %). Ce n'est donc bien souvent pas pour un motif de saturation qu'elles ont refusé ces admissions mais bien par volonté de ne pas accueillir des personnes pour lesquelles elles estiment ne pas être en capacité d'assurer une prise en charge adaptée et dont la présence pourrait poser des difficultés (vis-à-vis des autres résidents et du personnel notamment). Ce souhait des directions bute cependant sur les faibles moyens à leur disposition pour connaître des pathologies dont souffrent les postulants car les résidences n'ont quasiment jamais de compétences médicales salariées (cf. précédemment) et n'ont donc accès qu'aux informations que les personnes et leurs familles mettent à leur disposition. Or plusieurs responsables de résidences autonomie ont fait part du fait qu'il arrive que certaines familles tentent de masquer certains troubles pour faciliter l'entrée d'un proche en résidence autonomie et ainsi éviter une entrée en Ehpad. Même si la mission ne dispose pas de données quantitatives à sa disposition, nombreux sont les responsables de résidence autonomie à avoir

²⁰³ Médiane à 83 ans et 3 mois.

pointé une augmentation des maladies neuro-cognitives parmi les résidents, sans pour autant que le personnel soit formé à la gestion de ce type de public. L'accueil de ce type de public est donc pour eux source d'inquiétude et la volonté d'orienter les personnes vers l'Ehpad est forte (cf. analyse ci-dessous des GIR des sortants).

4.5 Un parcours d'hébergement faiblement diversifié en amont : la prévalence du domicile privé ordinaire

Les trois quarts des personnes qui sont entrées en 2019 en résidence autonomie avaient pour hébergement antérieur leur domicile privé (ou celui d'un proche). Presque une sur six venait d'une autre résidence autonomie (17 %). Ces deux hébergements (domicile et RA) représentent donc à eux seuls 92 % des entrées. Pour autant, il n'est pas rare lorsque l'on auditionne des résidentes d'entendre des histoires de vie où un événement de santé (ex. une chute) a conduit à un passage par l'hôpital suivi d'un retour à domicile à l'occasion duquel la personne âgée a pris conscience de son besoin d'être plus entouré au quotidien. On note entre 2015 et 2019 une légère hausse des personnes en provenance de services hospitaliers (SSR, UCC, unité de court séjour, USLD), passant de 1,8 % des résidents à 3,3 %.

5 Les services proposés en résidences autonomie

5.1 Neuf prestations de base exigées depuis le 1er janvier 2021

Un décret pris en 2016 prévoit qu'à compter du 1^{er} janvier 2021 les résidences autonomie offrent des prestations minimales (pour les Ehpad, il est question d'un socle de prestations). Ces prestations concernent : l'administration générale, un logement privatif (qui devient la résidence principale de la personne), des locaux collectifs, des actions de prévention de la perte d'autonomie, l'accès à un service de restauration et de blanchisserie et à des moyens de communication (y compris Internet), l'accès à un dispositif de sécurité apportant au résident 24h/24h une assistance par tous moyens et lui permettant de se signaler et des prestations d'animation de la vie sociale (détails dans l'encadré ci-dessous).

Prestations minimales, individuelles ou collectives, délivrées par les résidences autonomie

I. Prestations d'administration générale :

1° Gestion administrative de l'ensemble du séjour, notamment l'état des lieux contradictoire d'entrée et de sortie;

2° Elaboration et suivi du contrat de séjour, de ses annexes et ses avenants.

II. Mise à disposition d'un logement privatif, au sens de l'article R. 111-3 du code de la construction et de l'habitation, comprenant en sus des connectiques nécessaires pour recevoir la télévision et installer le téléphone.

III. Mise à disposition et entretien de locaux collectifs en application de l'article R. 633-1 du code de la construction et de l'habitation

IV. Accès à une offre d'actions collectives et individuelles de prévention de la perte d'autonomie au sein de l'établissement ou à l'extérieur de celui-ci.

V. Accès à un service de restauration par tous moyens.

VI. Accès à un service de blanchisserie par tous moyens.

VII. Accès aux moyens de communication, y compris Internet, dans tout ou partie de l'établissement.

VIII. Accès à un dispositif de sécurité apportant au résident 24h/ 24h une assistance par tous moyens et lui permettant de se signaler.

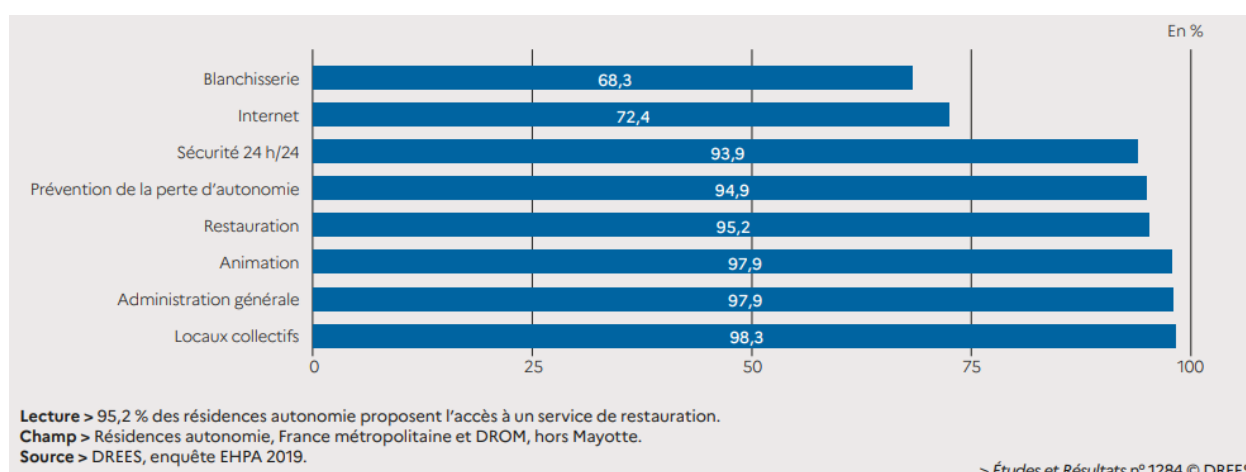
IX. Prestations d'animation de la vie sociale :

- accès aux animations collectives et aux activités organisées dans l'enceinte de l'établissement ;
- organisation des activités extérieures.

Décret n° 2016-696 du 27 mai 2016 relatif aux résidences autonomie et portant diverses dispositions relatives aux établissements sociaux et médico-sociaux pour personnes âgées

Ce cadre a permis de faire progresser l'ensemble des résidences autonomie sur la nature des services de base délivrés mais ces prestations minimales ne sont pas mises en place partout (voir tableau ci-dessous). Ainsi, les prestations relatives à la blanchisserie et Internet sont déployées dans moins des trois quarts des résidences tandis que les autres le sont quasiment partout (plus 93 % des cas).

Graphique 5 : Respect des prestations obligatoires dans les résidences autonomie en 2019



Concernant la question spécifique d'un dispositif de sécurité apportant au résident 24h sur 24 une assistance, il prend des formes relativement variées mais dans la majorité des cas, aucun personnel paramédical n'est mobilisé (voir tableau ci-dessous).

Tableau 3 : Répartition des résidences autonomie selon qu'elles déclarent ou non disposer d'au moins un professionnel présent sur place 24 h/24 et 7 j/7 en 2019

L'établissement déclare avoir au moins présent sur place 24 h/24 et 7 j/7...	Oui
Un professionnel	60 %
Un infirmier	1 %
Un aide-soignant	6 %
Une astreinte d'infirmier assurée la nuit 7j/7	5 %
L'astreinte est mutualisée entre plusieurs établissements	54 %

5.2 Des services annexes laissés au libre choix des résidents

Des services annexes sont laissés au libre choix des résidents, par exemple le repas du petit-déjeuner ou du dîner (les logements sont aménagés avec une petite cuisine), ou encore des prestations de linge ou de repassage. Selon le projet d'établissement, certaines de ces prestations peuvent néanmoins être obligatoires (ex. sur la restauration).

5.3 Dépendance et soin : le recours, pour l'essentiel, à des services externes

5.3.1 La configuration majoritaire consiste pour les personnes à Un mode d'accès aux soins généralement similaire à celui des personnes habitant un domicile privé ordinaire

faire appel à un médecin traitant et à tout service médical ou paramédical libéral ou centre de santé, de la même façon qu'elles le feraient dans un domicile privé ordinaire. Les résidences autonomie ne sont donc pas dotées du personnel médical et paramédical qu'ont les Ehpad (voir ci-dessous la partie relative aux personnels).

Pour autant, certaines résidences passent des conventions avec des acteurs de soin, mais cette pratique reste largement minoritaire (voir tableau ci-dessous). C'est l'inscription dans une filière gériatrique qui est le plus fréquent (25 % des RA). On peut en revanche s'étonner de la faiblesse des liens avec les équipes mobiles de soins palliatifs (voir ci-dessous), et ce d'autant plus que le pourcentage d'établissement est en baisse (17 % en 2015 versus 11 % en 2019).

Tableau 4 : Répartition des résidences autonomie selon le type de conventions signées - Situation au 31/12/19

Résidences autonomie	En 2019			
	Non	Oui, par le biais d'une convention	Oui, par le biais de son rattachement à une structure sanitaire disposant d'une équipe de ce type	Total répondants
Pourcentage d'établissements ayant signé une convention ou pouvant bénéficier par le biais de son rattachement à une structure sanitaire, de...				
... une équipe mobile de soins palliatifs	89	7	4	100
... un réseau de santé en soins palliatifs (ou autre dispositif territorial de coordination disposant de compétences spécifiques en soins palliatifs)	92	4	4	100
... une équipe mobile d'intervention gériatrique	88	6	6	100
... une équipe mobile psychiatrique	82	8	10	100
... une convention au titre de la filière gériatrique (hors « Plan bleu »)	75	25	x	100

Champ > Résidences autonomie, France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Source : Drees, n°1284

Il existe des résidences autonomie qui bénéficient d'un forfait soins courants obtenu avant 2008. En 2017, c'était le cas de 13 % des résidences autonomie. L'Anesm faisait dans une enquête de 2017 auprès des résidences autonomie (publiée en 2018)²⁰⁴ le constat suivant : « que les résidences autonomie bénéficient ou non du forfait soins, on observe en moyenne les mêmes niveaux de dépendance », ce qui illustre le fait que le fait de disposer d'un forfait soins est le fruit de l'histoire de chaque résidence plus que du fait d'accueillir des résidents plus requérants en soins. Plusieurs responsables de structures ont fait part d'un sentiment d'arbitraire dans l'attribution ou non aux RA de ce forfait soin.

Les résidences qui bénéficient de ce forfait ne peuvent pas profiter du forfait autonomie (voir ci-dessous)²⁰⁵. Une étude de la DGCS a en effet montré que le forfait soins courants était souvent utilisé pour salarier des aides-soignantes et financer des actions de prévention de la perte d'autonomie (parfois mutualisée entre plusieurs résidences d'une même entité juridique, cas rencontré par la mission en Loire-Atlantique).

L'assistance à la vie quotidienne que réalise ces professionnels pour les habitants n'est pas exclusive du recours par ces derniers à des services externes, selon leur choix (infirmière, SSIAD).

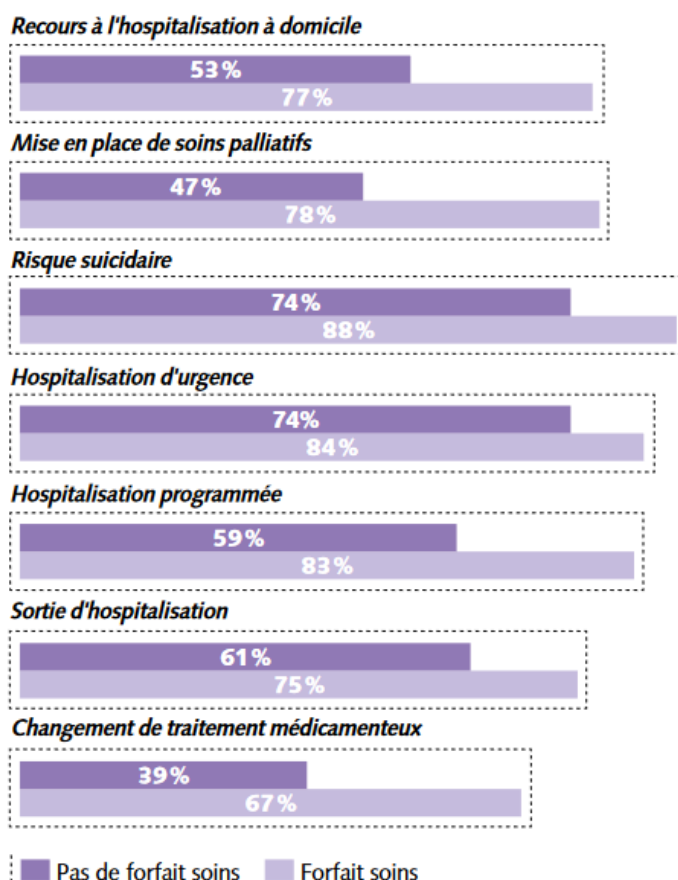
²⁰⁴ https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-12/qualite_de_vie_en_residences_autonomie-enquete.pdf

²⁰⁵ https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-12/qualite_de_vie_en_residences_autonomie-recommandations.pdf, d'après une étude de DGCS.

Le forfait soin intervient donc plus en complément qu'en substitution. L'existence de tels services tend sans doute à générer une certaine confusion sur les services réellement proposés par les résidences autonomie : ainsi, plusieurs responsables de résidence autonomie ont fait part à la mission du fait que l'offre des résidences autonomie est d'après eux mal connue et que des personnes requérant une assistance trop lourde au regard des moyens de la résidence leur sont adressées. A l'extrême, un directeur a évoqué le fait que des professionnels de santé libéraux en forte tension sur leur activité (excès de demande par rapport à leur capacité productive en soins) refusaient parfois d'intervenir en résidences autonomie considérant, à tort, que la personne pouvait solliciter les services de la résidence, comme cela existe dans un Ehpad.

D'après l'enquête de l'Anesm réalisé auprès des résidences autonomie en 2017, 35 % des RA ont développé un partenariat avec un centre hospitalier et 23 % avec un Ssiad. Pour autant, au quotidien, c'est avec les professionnels libéraux que les résidences autonomie sont le plus en lien : 53 % déclarent être en contact régulier avec ces derniers, au premier rang desquels les médecins traitants (enquête Anesm 2017). Parmi les RA qui déclarent avoir des contacts avec les professionnels libéraux, l'attribution du forfait soins améliore très sensiblement la coordination avec les médecins traitants : 94 % des RA ayant le forfait soins déclarent des échanges réguliers avec les médecins traitants contre seulement 70 % pour les résidences autonomie sans forfait soins. L'Anesm détaille de surcroît des différences dans les motifs de coordination avec le médecin traitant selon que la RA a ou non le forfait soin (voir graphique ci-dessous) : « *Pour celles qui ont un forfait soins, les échanges s'effectuent en majorité sur le thème des risques suicidaires (88 %), de l'hospitalisation d'urgence (84 %) et de l'hospitalisation programmée (83 %). Pour ceux qui n'en disposent pas, les motifs portent l'aggravation de l'état de santé (95 %), le risque suicidaire d'un résident (74 %) et l'hospitalisation d'urgence (74 %). On remarque que les résidences autonomie qui n'ont pas de forfait soins, ont moins d'échange avec le médecin traitant concernant le recours à l'hospitalisation à domicile (53 %) et la mise en place des soins palliatifs (47 %)* ». On pourrait y ajouter l'hospitalisation programmée.

Graphique 6 : Motif de coordination entre la résidence autonomie et le médecin traitant



Source : Anesm, 2018

L'attribution d'un forfait soin joue favorablement sur le recours à l'hospitalisation à domicile au sein des résidences autonomie. Ainsi, l'Anesm détaille dans son enquête de 2017 auprès des structures (publication en 2018) que « lorsque l'établissement bénéficie d'un forfait soins, 27 % d'entre eux ont eu au moins un résident qui a bénéficié d'une HAD contre 17 % pour ceux qui n'en disposent pas. Cette variation peut peut-être s'expliquer par le fait que ce dispositif est plus facile et rapide à mettre en œuvre quand l'établissement peut mobiliser en interne son propre personnel soignant ». Les types d'actions menées par les RA qui ont recours à l'hospitalisation à domicile sont variés : communication auprès du personnels, adaptation de l'environnement, alerte du médecin traitant, réunion de coordination avec l'équipe de l'HAD...

La présence d'un forfait soins a un retentissement au-delà des seules problématiques du soin : en effet, 57 % des résidences autonomie qui disposent du forfait soin mettent en place des outils pour repérer les risques de perte d'autonomie contre seulement 32 % parmi les autres.

Une analyse comparée de l'évolution de l'état de santé des habitants et de leurs profils entre résidences autonomie avec forfait soins et celles sans serait bénéfique. En effet, l'Anesm montre dans son étude de 2017 auprès des résidences autonomie que « Lorsque la résidence bénéficie d'un forfait soins, 21 résidents en moyenne ont été hospitalisés et 12 l'ont été au moins une fois en urgence. Ces chiffres sont moins importants quand la résidence ne dispose pas de forfait soins (respectivement 14 et sept résidents) ». Il semble que cet écart ne s'explique pas par une différence de profil des résidents dans la mesure où les deux types de résidence ont le même taux de départ

de résidents dans l'année (16-17 %) et que les niveaux de dépendance sont similaires, mais ce résultat mériterait d'être confirmé par des données sanitaires plus fines (notamment sur les pathologies des résidents). Dès lors, les écarts dans le recours à l'hospitalisation sembleraient indiquer que l'attribution d'un forfait soins permet la construction de liens plus étroits avec les autres acteurs du système de santé, concourant du même coup à une meilleure prise en charge sanitaire des résidents (et donc à une hausse des hospitalisations).

L'attribution d'un forfait soin paraît jouer très favorablement dans la prise en charge sanitaire des personnes âgées hébergées, ce qui pose la question de sa généralisation à l'ensemble des résidences autonomie qui souhaitent en bénéficier. Actuellement, une structure qui bénéficie du forfait soin ne peut pas bénéficier du forfait autonomie. Cette limitation provient du fait qu'une partie des résidences autonomie qui ont le forfait soins l'utilisaient, d'après des travaux de la DGCS fait avant l'adoption de la loi ASV en 2015, pour financer des actions de prévention de la perte d'autonomie et non pour recruter du personnel, notamment aides-soignants. Afin d'éviter ce risque, pourrait être envisagé d'autoriser le cumul des deux forfaits en interdisant l'usage du forfait soins pour le financement d'actions externe de prévention de la perte d'autonomie.

D'après les informations fournies à la mission par la DGCS, il existe une forte hétérogénéité dans le montant de forfait soins alloué : ainsi, en Bretagne, parmi les RA bénéficiaires, le montant moyen par bénéficiaire oscille entre 500 et 3000 euros. Un travail d'harmonisation apparaît donc nécessaire.

5.3.2 Dépendance : forfait autonomie et service d'aide à domicile

5.3.2.1 La réalisation d'actions de prévention en résidence autonomie grâce au forfait autonomie financé par la CNSA

Les résidences autonomie bénéficient d'un forfait autonomie pour développer des actions de prévention de la perte d'autonomie. Le décret précité de 2016 définit les dépenses prises en charge par le forfait autonomie, ainsi que les conditions de son attribution aux résidences autonomie, par les départements, ou le cas échéant par les métropoles, dans le cadre de la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées.

Dans son rapport de juin 2022 relatif à l'activité 2020 du dossier technique de la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie et de l'habitat inclusif²⁰⁶, la Cnsa établit le bilan suivant du forfait autonomie : « L'axe 2 du périmètre de la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie est dédié au financement d'actions de prévention dans les résidences autonomie, à destination des résidents et d'un public extérieur concerné par les thématiques traitées. Les actions peuvent être individuelles ou collectives. La grande majorité de ces actions est financée grâce au concours de la CNSA « Forfait autonomie » attribué aux territoires en fonction du nombre de places dans les résidences autonomie. (...) À la différence des actions collectives financées uniquement par le forfait autonomie, plusieurs sources de financement peuvent être identifiées pour les actions individuelles dans des résidences autonomie. La grande majorité de ces actions est toutefois financée par le concours versé par la CNSA (94,5 %), les autres crédits mobilisés provenant de la MSA et des collectivités locales (...) La contractualisation via la signature d'un CPOM entre le département et la résidence autonomie est une condition pour que cette dernière bénéficie du forfait autonomie. En moyenne, 94 % des résidences autonomie par

²⁰⁶ <https://www.cnsa.fr/documentation/rapport-2020-vf2-web.pdf>

département ont bénéficié du forfait autonomie en 2020 (...). Les actions collectives relatives à la santé globale et au bien vieillir mobilisent toujours le plus de financements en 2020. Les actions en faveur du maintien du lien social et la lutte contre l'isolement constituent le deuxième poste des dépenses. »

En 2020, les actions de prévention de la perte d'autonomie en résidences autonomie représentaient 30 millions d'euros, pour l'essentiel sous la forme d'actions collectives (voir tableau ci-dessous).

Tableau 5 : Données d'activité de la prévention dans des résidences autonomie (RA) en 2020

Type d'actions en RA	Nombre de bénéficiaires	Nombre d'actions réalisées	Montant en euros
Actions collectives en RA	381 974	68 604	25 199 506
Actions individuelles en RA	62 681	30 632*	5 215 367
TOTAL actions en RA	444 655	99 236	30 414 873
<i>Part des données RA dans l'ensemble des axes</i>	<i>20,31 %</i>	<i>13,09 %</i>	<i>15,21 %</i>

Source : CNSA, rapport CFPPA 2020

Même si les volumes financiers représentent peu par bénéficiaires (moins de 70 euros par an en moyenne), le forfait autonomie est un moyen utile d'ouvrir les résidences sur leur territoire et vers les personnes âgées vivant à domicile. En effet, les actions financées sont trois fois sur quatre ouvertes à des personnes âgées ne résidant pas dans l'établissement²⁰⁷.

5.3.2.2 Des services d'aides à domicile généralement externes à la résidence autonomie

Contrairement aux personnes âgées en Ehpad, les personnes en résidence autonomie sont libres de faire appel aux services d'aide à domicile de leur choix. Pour autant, certaines résidences autonomie ont intégré à leur offre de services un SAAD de sorte à sécuriser la réponse aux besoins de leurs habitants et ainsi proposer une prise en charge plus globale des personnes. L'autorisation d'un tel service d'aide à domicile intégré nécessite, comme pour tout SAAD, une autorisation du conseil départemental.

D'après l'enquête de l'Anesm réalisé auprès des résidences autonomie en 2017, 13 % des RA ont développé un partenariat avec un SAAD, ce qui paraît relativement faible. Pour autant, il y a plus de RA qui déclarent avoir des contacts avec des SAAD (27 %). Il serait judicieux d'insérer dans le questionnaire de l'enquête quadriennale EHPA pilotée par la DREES une question sur le fait de disposer, pour une résidence autonomie, d'un SAAD intégré autorisé par le conseil départemental.

²⁰⁷ In Drees, n°1284, op. cit.

5.4 La prévention de la maltraitance : une problématique peu travaillée en résidences autonomie

Le fait que les résidences autonomie voient au fil du temps le niveau de dépendance des habitants s'accroître (et donc leur vulnérabilité) renforce la nécessité qu'elles se dotent de façon plus vigoureuse et systématique d'actions de prévention de la maltraitance. En effet, fin 2019, moins d'une résidence autonomie sur deux (46 %) a un projet d'établissement qui comprend un volet « prévention de la maltraitance » (c'est le cas de 80 % des Ehpad) et elles ne sont que 44 % à déclarer que des protocoles, procédures et/ou référentiels de gestion de situations ou des risques de maltraitance sont formalisés et mis en œuvre (versus 83 % dans les Ehpad).

5.5 Les résidences autonomie : des acteurs de la prévention dont le rôle est à amplifier

Entre 2016 et 2018, l'Anesm a publié trois documents de recommandations à l'adresse des résidences autonomie sur la question de la perte d'autonomie²⁰⁸, afin d'accompagner les structures à adapter leur projet d'établissement et leurs accompagnements dans la continuité du décret de 2016 précédemment cité. Ces éléments de cadrage posés, se posent désormais deux enjeux pour les résidences autonomie : leur appropriation par les professionnels des structures et l'adéquation des moyens humains dont elles disposent pour faire face à une éventuelle hausse de la population âgée dépendante.

La mise en œuvre des recommandations de l'Anesm n'a pas fait l'objet d'une enquête ad hoc. Pour autant, en 2018, l'Anesm publiait une enquête auprès des RA faisant apparaître des réponses qui questionnent quant à l'appropriation par les structures de ses recommandations. Ainsi, seulement 37 % des RA déclaraient utiliser des outils pour repérer les risques de perte d'autonomie et, parmi ces dernières, seulement 23 % disaient utiliser l'outil élaboré par l'Anesm dans ses recommandations de 2016. En somme, sur l'ensemble des résidences autonomie, c'est moins d'une résidence autonomie sur dix (8,5 %) qui déclaraient utiliser l'outil de l'Anesm. Si, les années passant, ce taux a pu s'améliorer, il serait judicieux de savoir où se situent aujourd'hui les structures et mener des actions ciblées en direction de celles qui ne l'utilisent pas.

Pour autant, une enquête de Santé publique France (SpF) publiée en 2017 auprès des gestionnaires de résidence autonomie et de résidents²⁰⁹ a montré le dynamisme des RA sur le sujet de la prévention de la perte d'autonomie. Du point de vue des responsables de RA, le premier levier pour faire de la prévention réside dans les caractéristiques mêmes des résidences autonomie : *« Les trois préoccupations prioritaires en matière de prévention de la perte d'autonomie selon les responsables sont : d'abord, l'offre de services (qui recouvre la sécurité, la restauration, la blanchisserie et les animations) pour 62 % d'entre eux, puis, la vigilance et l'accompagnement*

²⁰⁸ Repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation. Volet résidences autonomie. 2016.
Repérage des déficiences sensorielles et accompagnement des personnes qui en sont atteintes dans les établissements pour personnes âgées. Volet résidences autonomie. 2016.
La qualité de vie en résidences autonomie, 2018.

²⁰⁹ GREBIL, N., LEON, C. Les résidences autonomie sont des acteurs dynamiques de prévention : comment les soutenir ? Saint-Maurice : Santé Publique France, juin 2017. 11 p.

individuel (61 %) et, enfin, la dimension sociale de ce type de lieu (50 %). Les partenariats développés avec les acteurs du territoire (36 %), la participation des résidents à la vie de l'établissement (32 %) et les conseils ou activités proposés pour permettre de vieillir en bonne santé (29 %) sont des dimensions beaucoup plus secondaires. Le constat est aussi le même sur le lien avec les services de soins, puisque cette thématique est citée par seulement 16 % d'entre eux ». D'après l'enquête, tous les établissements proposent des activités et animation en lien avec la prévention de la perte d'autonomie, principalement des actions hebdomadaires dédiées aux jeux collectifs, à la promotion de l'activité physique ainsi qu'à la stimulation des fonctions cognitives. Interrogés sur leurs attentes pour améliorer leur santé et leur bien-être, les résidents « se concentrent essentiellement sur quatre types d'actions : exercer sa mémoire (pour 39,6 % d'entre eux), faire plus d'exercices physiques (32,7 %), prendre soin de soi (30,8 %) et être plus souvent avec sa famille ou ses amis ou d'autres résidents (30 %) ». L'étude observe par ailleurs que les résidents sont principalement sensibles et réceptifs aux actions de prévention faites dans l'établissement et très peu à ce qui se fait en dehors (84 % des résidents ne participent pas aux activités de prévention extérieures à leur résidence autonomie). Cela illustre l'utilité qu'il y a à réaliser les actions de prévention sur le lieu de vie des personnes âgées et du même coup à les regrouper dans ce type de résidence afin que ces actions puissent se réaliser (public suffisant, efficience des moyens déployés par rapport au volume de personnes touchées – pour mémoire, la taille moyenne des RA est d'une cinquantaine de résidents). Autant d'éléments qui confortent le modèle même des résidences autonomies comme acteur de prévention de la perte d'autonomie pour les personnes âgées.

Santé publique France identifie néanmoins divers freins au développement de la prévention de la perte d'autonomie dans les résidences autonomie : les principaux freins sont d'ordre organisationnel, au premier rang desquels un manque de financement (auquel est supposé répondre le forfait autonomie), suivi par le manque de moyens humains, de compétence en animation d'actions de prévention, de temps. Les responsables des résidences autonomie pointent des freins liés aux résidents (capacité des participants, hétérogénéité des groupes, appréhension des participants) mais ceux-ci jouent dans une moindre ampleur. Les résidents eux-mêmes pointent comme premiers freins à leur participation aux actions de prévention la fatigue et les difficultés physiques. Dans ce contexte, la demande des professionnels s'oriente en premier lieu vers des formations (la moitié l'expriment) et des outils (guide de bonnes pratiques, plateforme d'échanges, logiciels). L'intensification des accompagnements externes via des partenariats est aussi souvent mentionnée (60 % des responsables).

6 Les personnels intervenant en résidences autonomie

6.1 Des effectifs salariés cinq fois moindres qu'en Ehpad

Les professionnels travaillant en résidence autonomie sont un peu plus de 18 000 (voir tableau ci-dessous).

Tableau 6 : Effectifs et ETP en résidence autonomie au 31 décembre 2019

Fonction principale exercée	Personnel en effectifs	Personnel en ETP
PERSONNEL DE DIRECTION, DE GESTION ET D'ADMINISTRATION	3 891	2 839,8
PERSONNEL DES SERVICES GÉNÉRAUX	8 201	6 721,2
PERSONNEL D'ENCADREMENT	75	52,9
PERSONNEL EDUCATIF, PEDAGOGIQUE, SOCIAL ET D'ANIMATION	1 936	1 416,2
PERSONNEL MEDICAL	44	5,4
PSYCHOLOGUE, PERSONNEL PARAMEDICAL OU SOIGNANT	1 430	1 083
AGENT DE SERVICE HOSPITALIER (PUBLIC) OU AGENT DE SERVICE (PRIVÉ)	2 478	1 941,3
Total répondants	18 055	14 059,4
Non renseigné	37	15,6
ENSEMBLE	18 092	14 075,0

Source : EHPA 2019

Le ratio personnels/habitants en résidence autonomie, c'est-à-dire le nombre d'ETP salariés (équivalent temps plein) rapporté au nombre de places autorisées, est d'environ 12 ETP pour 100 places (pour mémoire, le taux d'encadrement en Ehpad est de 65 salariés pour 100 résidents). D'après le guide de bonnes pratiques publié par l'Anesm en 2018, les résidences autonomie qui bénéficient du forfait soins ont en moyenne deux fois plus d'effectifs que celles qui ne l'ont pas, traduisant notamment le fait que ces résidences utilisent en grande partie le forfait soins à recruter du personnel (notamment d'aides-soignantes).

6.2 Des fonctions principalement de services généraux et de gestion

La majorité des personnels sont des agents en charge des services généraux (agent de cuisine, de buanderie...) et le personnel d'administration (direction, gestion, services administratifs). Cela s'explique bien par la nature des services prodigués aux habitants des résidences autonomie (voir ci-dessus).

6.3 Plus rarement des aides à domicile et plus encore des aides-soignantes

Près de 2 500 personnes correspondant à des agents de service hospitalier ou à des agents de service (privé) exercent en résidences autonomie. Ces personnes remplissent des missions pouvant correspondre en particulier à celles d'aides à domicile, notamment dans le cadre de service d'aide à domicile intégré.

Comme indiqué précédemment, un certain nombre de résidences autonomie bénéficient d'un forfait soins courants, grâce auquel elles financent des postes salariés, notamment d'aides-soignantes. Les personnels de soins type psychologue, personnel paramédical et soignant, sont

eux peu nombreux : moins de 1 500 (pour environ 1 000 ETP) répartis sur plus de 2 200 résidences autonomes.

Le décalage avec les Ehpad est par construction très fort sur ce type de personnel (psychologue, personnel paramédical ou soignant, agent de service hospitalier (public) ou agent de service (privé)) : ainsi le taux d'encadrement en Ehpad varie de 40 (Ehpad privé à but lucratif) à 54 (Ehpad publics) tandis qu'il est en résidence autonomie de moins de 3 ETP pour 100 places installées.

6.4 L'absence complète de tout personnel médical salarié

Comme indiqué précédemment, les résidences autonomie n'ont pour ainsi dire jamais de personnel médical.

6.5 La difficulté pour les personnels de gérer des résidents dépendants : le risque avéré de glissement de tâches

Lors de ses déplacements en résidences autonomie, plusieurs acteurs ont fait part à la mission de la difficulté pour les salariés des RA de ne pas répondre aux sollicitations des habitants, même si elles ne correspondent pas à leur fiche de poste, et relèveraient plutôt du travail d'un SAAD. En effet, les équipes des SAAD sont généralement extérieures à la structure et là seulement par intermittence. A l'inverse, les personnes des résidences autonomie sont sur site, connaissent les personnes de longue date et souvent lient des liens étroits avec elles et se voient mal refuser de l'aide à un résident qui le demande. Ce contexte est donc particulièrement propice à un glissement de tâche entre SAAD et personnels des résidences autonomie (point confirmé en audition).

7 Les sorties de résidences autonomie

7.1 Un degré d'autonomie qui décroît avec l'ancienneté dans la résidence

Parmi les résidents ayant moins d'un an d'ancienneté dans leur résidence autonomie, 62 % sont GIR 6 (autonomes) et 20 % GIR 5 (tableau ci-dessous). Parmi les résidents ayant plus de six ans d'ancienneté (et alors même que les responsables de structures ont pour pratique d'accompagner la sortie vers l'Ehpad des résidents devenant trop dépendants), on observe une baisse de la part des personnes en GIR 5 et 6 (18 % et 57 %). A l'inverse, la proportion de personnes GIR 3 est de 2 % pour les personnes ayant moins d'un an d'ancienneté et de 6 % pour celles ayant plus de 6 ans d'ancienneté (respectivement 15 % et 20 % pour les personnes en GIR 4).

Tableau 7 : Effectif de personnes ayant moins d'un an d'ancienneté et plus de six ans d'ancienneté en résidence autonomie, selon le GIR, parmi les personnes accueillies fin 2019

	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5	GIR 6	Total
Moins d'un an	0,0 %	0,5 %	2,2 %	15,3 %	20,0 %	62,0 %	100 %
6 ans et plus	0,2 %	1,9 %	5,6 %	20,1 %	18,3 %	54,0 %	100 %
Total répondants	0,1 %	1,2 %	4,1 %	18,7 %	19,0 %	56,9 %	100 %

Source : EHPA 2019

En termes d'effectifs, fin 2019, environ 12 000 résidents avaient une ancienneté dans leur RA inférieure à un an et étaient GIR 5 et 6, mais moins de 4000 résidents GIR 5 et 6 avaient une ancienneté dans leur RA de 5 à 6 ans. Ce rapport de 1 à 3 des GIR 5 et 6 selon leur ancienneté dans la résidence illustre deux phénomènes aux effets importants : les sorties de résidences autonomie et la survenue de la dépendance²¹⁰.

7.2 La dégradation de l'état général du résident : premier motif de départ de la résidence autonomie

7.2.1 Emmener les personnes « jusqu'au bout », quand c'est possible

La volonté exprimée par les responsables de structures est d'accompagner les personnes le plus longtemps possible, à la condition que la résidence autonomie soit en capacité de faire face à la dégradation éventuelle de leur degré d'autonomie. En 2019, les sorties de résidences autonomie ont représenté un peu plus de 18 000 personnes pour un total de près de 100 000 habitants à fin 2019.

31 % des sorties de résidences autonomie ont pour cause le décès du résident²¹¹. Dans près de trois quarts des décès d'habitants de résidence autonomie (71 %), le décès n'a pas lieu dans la résidence mais à l'hôpital. En résidences autonomie comme à domicile, mourir chez soi est devenu une pratique largement minoritaire en France pour les personnes âgées. Les personnes décédées ont en moyenne 86 ans.

En dehors des cas de décès, 22 % des sorties ont pour destination le domicile privé ou celui d'un proche (soit, toute cause de sortie y compris décès, une sortie sur sept se fait vers un domicile). Les personnes concernées en 2019 avaient autour de 81 ans. Cette situation peut trouver plusieurs explications : il y a des cas où un enfant fait le choix, une fois à la retraite, de prendre chez soi son parent âgé auparavant en résidence autonomie ; il peut aussi y avoir des personnes âgées qui ne

²¹⁰ L'évolution des résidents en RA sur la période antérieure est globalement stable.

²¹¹ Ce chiffre est donc un peu plus élevé que dans l'enquête Anesm, ce qui s'explique sans doute pour partie par le fait que la Drees prend ici en compte les décès qui ont lieu dans la RA mais aussi à l'hôpital – voir ci-dessous

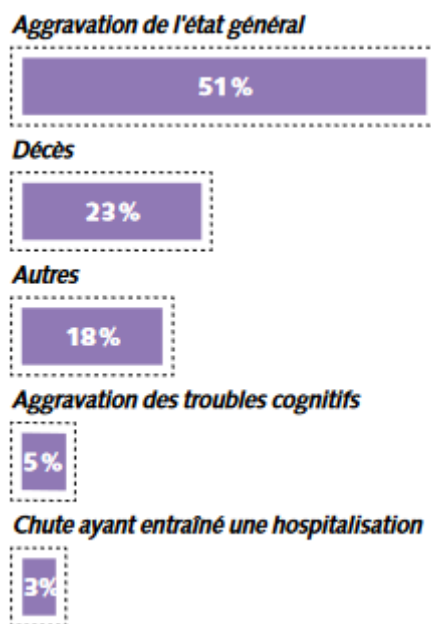
s’acclimatent pas à la vie en résidence autonomie et préfèrent repartir à leur domicile. Quoiqu’il en soit, il est intéressant de souligner que ce phénomène n’est pas marginal.

In fine, il y a autant, voire légèrement plus, de personnes qui décèdent en résidences autonomie ou repartent à domicile que de résidents qui rejoignent une institution (USLD, EHPAD, EHPA). Il n’y a donc aucune inéluctabilité, pour les personnes qui ont fait le choix d’entrer en résidence autonomie, à rejoindre un jour un Ehpad. Il n’en reste pas moins que le départ vers l’Ehpad concerne un nombre important de résidents.

7.2.2 L’Ehpad : une orientation quand la vie en résidence autonomie devient complexe

Dans son enquête de 2017 auprès des RA, l’Anesm montre que 51 % des départs sont dus à une dégradation de l’état général du résident (voir graphique ci-dessous). C’est de loin le premier motif qui conduit à quitter une résidence autonomie.

Graphique 7 : Motifs de départ des résidents de résidence autonomie en 2017



Source : Anesm 2018

Lorsque la vie en résidence autonomie devient complexe (ex. état de santé dégradé, difficultés à trouver du personnel de soins ou d’aide à domicile, environnement de vie inadapté), les directeurs de structure incitent les personnes et leurs familles (quand ces dernières ne prennent pas l’initiative d’elles-mêmes) à organiser la sortie de la personne âgée de la résidence autonomie. Les personnes âgées étant dans leur domicile, nombre de responsables ont du mal à savoir le pouvoir qui est le leur si la personne ou ses proches refusent de quitter la résidence. Toutefois, la mission n’a pas rencontré de situation où cette configuration s’est présentée au point de devenir un problème. Dans l’éventualité où les résidences autonomie accueilleraient demain un nombre croissant de personnes âgées en situation de perte d’autonomie, cette situation pourrait se poser de façon plus fréquente, ce qui nécessiterait de sécuriser les directions de résidences autonomie sur ce qu’elles ont ou non le droit de faire.

La mission Igas n'a pu déterminer si les limites du maintien dans les lieux interviennent à des stades de dépendance plus ou moins grands qu'à domicile (comprendre : pour les personnes âgées dépendantes vivant dans un domicile privé ordinaire). En pratique, presque la moitié des sorties de résidences autonomie (46 %) se font vers une structure du type Ehpad-Usld-EHPA (chiffre sur l'année 2019). Les personnes concernées avaient environ 88 ans en 2019.

7.3 Des durées de présence stables

Il se dessine donc un schéma relativement cohérent de la dynamique de vie au sein des résidences autonomie : les personnes entrent à un âge proche de 80 ans, certaines en repartent vers un domicile privé relativement vite (âge moyen de ces sorties de 81 ans). Parmi celles qui restent, un certain nombre décèdent dans la résidence autonomie (âge moyen de ces décès 86 ans). Parmi les personnes qui ne partent pas vers le domicile privé classique, et ne décèdent pas dans les lieux, intervient fréquemment un départ en Ehpad à un âge ultérieur (âge moyen des sorties vers l'Ehpad de 88 ans).

La durée de présence en résidence autonomie est très hétérogène (voir tableau ci-dessous) : fin 2019, 10 % des sortants ont eu une présence inférieure à 2 mois, un quart inférieur à 1 an et deux mois quand 10 % ont une durée de séjour supérieur à 13 ans. La médiane se situe à 3 ans et demi et la moyenne à un peu plus de 5 ans.

Tableau 8 : Durée de séjour des résidents de résidence autonomie sortis en 2019

	Moyenne	1er décile	1er quartile	Médiane	3ème quartile	9ème décile
2007	5 ans et 2 mois	nc	1 an et 5 mois	3 ans et 10 mois	7 ans et 11 mois	nc
2015	4 ans et 9 mois	2 mois et demi	1 an et 1 mois	3 ans et 4 mois	7 ans et 2 mois	11 ans et 9 mois
2019	5 ans et 4 mois	2 mois	1 an et 2 mois	3 ans et 6 mois	7 ans et 5 mois	13 ans et 1 mois

Source : EHPA 2019

Il est caractéristique de noter la grande stabilité de la durée de séjour des sortants sur moyenne période (2007-2019), voire même la hausse de cette durée entre 2015 et 2019 pour les personnes qui restent longtemps (9^{ème} décile), signe de la bonne acclimatation à cet environnement vie pour les personnes concernées.

ANNEXE 6 : Les résidences services séniors

ANNEXE 6 :	LES RESIDENCES SERVICES SENIORS	171
1	LE PILOTAGE	173
1.1	DES RESIDENCES SERVICES NE SONT PAS DES ETABLISSEMENTS ET SERVICES SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX AU SENS DU CODE DE L’ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES, CONTRAIREMENT AUX RESIDENCES AUTONOMIE	173
1.2	DEUX GRANDS TYPES DE PROMOTEURS : CEUX VENANT DU MONDE DE L’HOTELLERIE ET CEUX VENANT DU MONDE DES EHPAD PRIVES A BUT LUCRATIFS	173
1.3	LES RSS NE SONT PAS SOUMISES AU CONTROLE OU AUX OBLIGATIONS DE LA LOI DE 2002 CONTRAIREMENT AUX ESSMS	174
1.4	L’ABSENCE DE TENUE PAR LES POUVOIRS PUBLICS D’UN ANNUAIRE DES RESIDENCES SERVICES SENIOR CONTRAIREMENT AUX RESIDENCES AUTONOMIE	175
1.5	DES TAUX D’OCCUPATION MAL CONNUS PAR LES POUVOIRS PUBLICS	175
2	L’OFFRE DES RESIDENCES SERVICES	177
2.1	DEUX GRANDES FORMES JURIDIQUES : LES RESIDENCES EN COPROPRIETE ET CELLES PROPOSEES A LA LOCATION.....	177
2.2	UNE CROISSANCE ACTUELLE RAPIDE MAIS DIFFICILE A QUANTIFIER, FAUTE DE RECENSEMENT, EN TERMES DE NOMBRE DE PERSONNES ACCUEILLIES	178
2.2.1	<i>Préambule méthodologique : des collectes de données sur Internet par moissonnage</i>	<i>179</i>
2.2.2	<i>Une hausse très importante du nombre de résidences dans les années récentes</i>	<i>180</i>
2.2.3	<i>De nombreux projets d’ouverture pour les années prochaines</i>	<i>181</i>
2.3	UNE HETEROGENEITE TERRITORIALE D’IMPLANTATION MARQUEE MAIS UNE FORTE CONCENTRATION DANS LES GRANDS CENTRES URBAINS A PROXIMITE DE SERVICES, COMMERCE ET TRANSPORTS	181
2.3.1	<i>Des implantations préférentiellement dans l’Ouest, le bassin parisien, le Rhône, l’Alsace et la côte méditerranéenne</i>	<i>181</i>
2.3.2	<i>Une implantation presque exclusive dans les grands centres urbains à proximité de commerces, services et transports.....</i>	<i>184</i>
2.4	UNE OFFRE PRINCIPALEMENT ORIENTEE VERS DES LOGEMENTS DE TYPE F2, EN PARTICULIER DANS LES RESIDENCES RECENTES	185
2.5	DES CONSTRUCTIONS RECENTES NON EXEMPTES DE PROBLEMATIQUES BATIMENTAIRES (LARGEUR DES PORTES, CALIBRAGE DES ESPACES DE RESTAURATION.....)	188
3	LE PUBLIC ACCUEILLI EN RESIDENCES SERVICES	188
3.1	UN PUBLIC PREFERENTIELLEMENT CONSTITUE DE PUBLICS AGES AUTONOMES, MALGRE UNE MECONNAISSANCE REPANDUE DU NIVEAU DE PERTE D’AUTONOMIE DES HABITANTS.....	188
3.2	UN NIVEAU DE DEPENDANCE NON ENCADRE PAR LES POUVOIRS PUBLICS, CONTRAIREMENT AUX RESIDENCES AUTONOMIE.....	190
3.3	DES RESIDENTS PLUS AGES QU’EN RESIDENCES AUTONOMIE	190
3.4	UN PUBLIC COMPOSE PRINCIPALEMENT DE FEMMES SEULES	191
3.5	DES RESIDENTS AU NIVEAU DE VIE SUPERIEUR A CELUI DES SENIORS EN LOGEMENT ORDINAIRE	192

3.6	UN PUBLIC AGE EN PARTIE VULNERABLE : LE RISQUE D'ABUS.....	193
3.7	DES RESIDENTS CONSTITUES EN « CONSEIL DES RESIDENTS ».....	195
4	LES ENTREES EN RESIDENCES SERVICES SENIOR	196
4.1	DES MOTIFS D'ENTREE AXES SUR LA LUTTE CONTRE L'ISOLEMENT ET LA RECHERCHE DE SECURITE AU QUOTIDIEN	196
4.2	DES ENTREES GENERALEMENT PREPAREES EN AMONT ENTRE LA DIRECTION DES STRUCTURES, LES PERSONNES ET LEURS PROCHES.....	196
4.3	DES ENTREES PRINCIPALEMENT ORIENTEES SUR DES PUBLICS AGES AUTONOMES AVEC UN REFUS QUASI GENERALISE D'ACCEPTER DES PERSONNES PRESENTANT DES TROUBLES NEUROCOGNITIFS	196
4.4	UN NIVEAU DE DEPENDANCE DES RESIDENTS A L'ENTREE QUI S'ACCROIT ?	197
5	LES SERVICES PROPOSES EN RESIDENCES SERVICES SENIOR.....	198
5.1	SERVICES INDIVIDUALISABLES ET NON INDIVIDUALISABLES : UNE DISTINCTION JURIDIQUE CONNUE MAIS DONT LA MISE EN ŒUVRE PRATIQUE PAR LES RSS N'EST PAS TOUJOURS ADEQUATE	198
5.2	LE SERVICE DE BASE : UN APPARTEMENT	199
5.3	DES SERVICES ANNEXES : UNE GRANDE DIVERSITE D'OFFRE	199
5.4	SOIN ET AIDE A LA PERSONNE NE FONT QUE RAREMENT PARTIES DE L'OFFRE DE SERVICES PROPOSES. 200	
5.4.1	<i>Le soin : un produit d'appel, pourtant éloigné de la réalité des services proposés par les résidences</i>	<i>200</i>
5.4.2	<i>L'assistance aux gestes de la vie quotidienne : le développement minoritaire de services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) intégrés aux résidences</i>	<i>201</i>
5.5	UNE OFFRE D'HABITAT TEMPORAIRE QUI PEINE A TROUVER SA PLACE	203
6	LES PERSONNELS SALARIES OU INTERVENANTS EN RESIDENCES SERVICES SENIOR....	204
7	LES SORTIES DE RESIDENCES SERVICES SENIOR.....	205
7.1	LE DECES EN RESIDENCES SERVICES SENIOR.....	205
7.2	L'EHPAD : UNE ORIENTATION PERÇUE COMME INDISPENSABLE DANS UN CERTAIN NOMBRE DE CAS..	205

1 Le pilotage

1.1 Des résidences services ne sont pas des établissements et services sociaux et médico-sociaux au sens du code de l'action sociale et des familles, contrairement aux résidences autonomie

Les résidences services senior (RSS)²¹² sont définies et partiellement réglementées depuis la loi de 2015 par le code de l'action sociale et des familles (CASF) sans pour autant être introduites au sein du L312-1 qui organise les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) autorisés par les autorités régulatrices (conseils départementaux et agences régionales de santé dans le champ des personnes âgées) et elles relèvent avant tout du code de la construction et de l'habitat. Les résidences autonomies sont également régies par les deux codes mais elles sont identifiées parmi les ESSMS soumis à autorisation et à la mise en œuvre de l'ensemble des principes fondamentaux et outils mis en place par la loi du 2 janvier 2002. L'article L631-13 du CASF (loi ASV de 2015) définit ainsi ce qu'est une résidence services senior : « *La résidence-services est un ensemble d'habitations constitué de logements autonomes permettant aux occupants de bénéficier de services spécifiques non individualisables. Les services spécifiques non individualisables sont ceux qui bénéficient par nature à l'ensemble des occupants. (...) Les services spécifiques individualisables peuvent être souscrits par les occupants auprès de prestataires* ».

Elles ne sont donc pas soumises à autorisation avant ouverture et *reporting* aux conseils départementaux, et ne sont pas des établissements au sens des ESMS à qui sont délivrés un numéro Finess.

Elles sont pour l'essentiel de statut privé à but lucratif, même si certaines sont privées à but non lucratif (ex. RSS du réseau des MARPA²¹³, Maison d'accueil rurale pour personnes âgées devenue l'acronyme de maison d'accueil et de résidence pour l'autonomie).

Les ouvertures des résidences services senior répondent donc à la convergence d'intérêt de deux acteurs : celui d'une entreprise promotrice de RSS et celui d'une commune désireuse de voir s'implanter ce type d'offre sur son territoire (plan local d'urbanisme, libération de foncier, octroi d'un permis de construire, réorganisation des dessertes en transports collectifs locaux).

1.2 Deux grands types de promoteurs : ceux venant du monde de l'hôtellerie et ceux venant du monde des Ehpad privés à but lucratifs

Il existe schématiquement deux grands types de promoteurs de RSS : ceux issus du monde de l'hôtellerie et ceux issus de la sphère des Ehpad privés à but lucratif ou de la sphère du médico-social au sens large.

²¹² Le code les nomme « résidences services » mais il est d'usage de parler de « résidences services seniors ».

²¹³ A noter tout de même que l'essentiel des résidences du réseau MARPA sont sous le statut des résidences autonomie.

Les premiers sont ceux que l'on pourrait qualifier d'historiques dans le secteur, tandis que les seconds n'ont commencé véritablement leur développement sur ce segment qu'après les années 2000. Aujourd'hui, pour ces derniers, le développement de RSS offre de nouvelles perspectives de croissance dans un contexte où les autorisations d'ouverture d'Ehpad se sont fortement raréfiées (cf. annexe relative aux Ehpad). Cette distinction est importante car, par rapport au grand âge, tous les acteurs ne s'appuient pas sur le même savoir-faire ni sur les mêmes stratégies marketing pour attirer des clients.

1.3 Les RSS ne sont pas soumises au contrôle ou aux obligations de la loi de 2002 contrairement aux ESSMS

Contrairement aux résidences autonomie encadrées par le code de l'action sociale et des familles, il existe peu de règles relatives à l'accompagnement des personnes âgées dans ces structures. Les RSS n'entrent pas dans le champ de la loi de 2002 et n'ont donc pas à disposer de projet d'établissement, de projet individualisé, ni de modalités de participation des habitants aux décisions qui les concernent (outre le conseil des résidents, qui porte néanmoins sur la situation comptable et se rapproche d'une réunion de copropriété, voir infra) : elles fonctionnent sur le modèle d'une résidence d'habitation privée.

Actuellement, un élément permet néanmoins à une autorité publique d'exercer un droit de regard sur les pratiques internes à une RSS : lorsque cette dernière a internalisé un service d'aide à domicile (SAAD), cette offre doit être autorisée par le conseil départemental du ressort territorial. Il n'est néanmoins pas apparu à la mission lors de ses déplacements en départements que ce vecteur était utilisé par les conseils départementaux, les RSS restant loin de leur point d'attention (contrairement aux résidences autonomie qu'ils suivent de plus près puisqu'ils les autorisent et peuvent être amenés à étudier des demandes d'aide sociale à l'hébergement de locataires). Lorsque le résident est un bénéficiaire de l'APA et sollicite le SAAD intégré dans le cadre de la mise en œuvre du plan d'aide APA (allocation pour l'autonomie) qui lui a été notifié par le conseil départemental, le département peut exercer des contrôles sur le service fait en contrepartie de l'allocation versée. Les équipes départementales peuvent par ailleurs développer une connaissance des habitats à l'occasion des visites d'évaluation pour la mise en place ou la révision d'un plan d'aide APA.

En cas de risque sur la sécurité et la santé des personnes, l'autorité préfectorale peut par ailleurs diligenter un contrôle au titre de la protection des populations. La mission a eu connaissance de deux contrôles de cette nature initiés au cours de ses investigations dans deux régions, avec le concours de l'ARS et du département. Ces contrôles avaient pour origine des pratiques mettant en cause la sécurité des personnes, des suspicions de maltraitance et, au vu de l'état de dépendance des habitants, de dérive vers un EHPAD de fait. Néanmoins, ces contrôles ont fait l'objet de processus de discussion parfois complexes entre les autorités administratives, dans la mesure où il s'agit d'un domaine dans lequel les champs de compétence ne paraissent pas pleinement définis. La capacité de réaction vis-à-vis de dysfonctionnements au sein d'une RSS paraît par conséquent devoir être renforcée.

1.4 L'absence de tenue par les pouvoirs publics d'un annuaire des résidences services senior contrairement aux résidences autonomie

Porté par la DGCS et la CNSA, il existe un site Internet public (<https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/>) dont la finalité est de faciliter l'accès aux personnes âgées et à leurs proches quant aux informations sur les établissements et services susceptibles de leur délivrer des prestations qui répondent à leurs besoins et à leurs attentes. Choix a été fait il y a plusieurs années de ne pas y faire figurer les résidences services senior, quand bien même ce type d'offre a beaucoup de similarités avec les résidences autonomie. La mission n'a pas eu connaissance de l'argumentaire précis ayant auguré à ce choix mais il a néanmoins comme conséquences que les RSS sont pour l'essentiel en dehors du spectre des acteurs publics du grand âge (CNSA, ARS, CD). Cette offre est relativement mal connue, raison pour laquelle la mission s'est livrée, via une technique de collecte de données en ligne dite de webscrapping, à un recensement de l'offre des RSS, afin de mieux déterminer le développement des RSS, leurs lieux d'implantations ainsi que les services qu'elles proposent.

Notons néanmoins qu'il existe plusieurs moteurs de recherche en ligne privés qui proposent des filtres permettant d'identifier une résidence et ses principales caractéristiques commerciales.

1.5 Des taux d'occupation mal connus par les pouvoirs publics

Il n'existe aucun suivi du taux d'occupation des résidences services senior. L'occupation des résidences dépend de chaque gestionnaire qui agit en fonction de sa stratégie commerciale propre, de la demande constatée sur son territoire d'implantation ainsi que du seuil de rentabilité financière de sa résidence.

Sans qu'il lui soit possible de former de conclusion définitive sur ce point, la mission a constaté lors de ses déplacements des taux d'occupation fréquemment bas. La DGCCRF, lors d'une vaste enquête rendue publique en juin 2023, arrivait au même constat : « dans certaines régions, les services d'enquête ont pu constater que la plupart des résidences contrôlées avaient des difficultés à trouver des locataires et que le taux d'occupation ne se situait parfois qu'entre 30 et 50 % ».

Plusieurs facteurs pourraient expliquer cette situation :

- Des coûts trop élevés : ainsi que le montre la Drees (voir ci-dessous), le niveau de vie des résidents de RSS est nettement plus élevé que celui de la population âgée générale. Le prix des résidences n'est pas accessible à de nombreuses personnes âgées ;
- Une concurrence mal maîtrisée avec les résidences autonomie et d'autres RSS : le développement rapide des RSS se fait pour l'essentiel dans un environnement de libre marché sans que chaque acteur n'ait de vision des autres acteurs ayant en projet de s'installer sur le même territoire. Or la mission a constaté des effets de concurrence sur la clientèle entre résidences, y compris avec les résidences autonomie ;
- Des choix de quartiers inadaptés : la mission a constaté que certains promoteurs ont fait le choix d'installer leurs résidences non en hyper centre de pôle urbain mais en début de périphérie du fait de la difficulté à trouver du foncier disponible en cœur d'agglomération.

Cet éloignement relatif aux commerces et services semble avoir un effet direct sur la capacité de la résidence à trouver des nouveaux clients et donc à avoir un bon taux de location ;

- Une demande sociale qui ne correspond pas à ce type d'offre en habitat semi-collectif : face à cette faible occupation, certains responsables de structures auditionnées par la mission allaient jusqu'à s'interroger sur la qualité des études marketing réalisée par le siège de leur groupe avant le lancement du projet d'installation de leur résidence ;
- Un effet transitoire du covid : pour les résidences qui ont ouvert pendant la crise sanitaire, la commercialisation des logements a été difficile, la crise ayant eu pour effet de freiner les entrées ;
- Pour les résidences ayant ouvert récemment, un enjeu de montée en charge de la résidence : la durée moyenne de séjour des résidents observée sur des RSS plus ancienne étant généralement mentionnée comme proche de 5 ans, il est vraisemblable que la montée en charge pour atteindre un taux d'occupation stabilisé est environ de cette durée ;
- Une anticipation de montée en puissance progressive : il est vraisemblable qu'un certain nombre de promoteurs construisent dès maintenant afin d'être des acteurs bien installés et identifiés dans leur territoire pour le jour où la hausse de la demande émanant de personnes de plus de 75 ans se produira dans les années à venir. Leur enjeu principal est dès lors d'avoir à court terme suffisamment de trésorerie pour faire face à des entrées de liquidités réduites à court terme.

Les faibles taux d'occupation des résidences autonomie (qui, quoique faibles par rapport aux Ehpad, étaient généralement plus élevés que ceux relevés en RSS par la mission lors de ses déplacements) sont généralement expliqués par le manque d'attractivité des RA du fait de la vétusté de leurs locaux. Cet argument a peu de sens pour les RSS dans la mesure où la majorité est sortie de terre il y a moins d'une dizaine d'années.

Quelle que soit la cause d'éventuelles difficultés à commercialiser les logements des résidences services senior, ces dernières n'étant pas bénéficiaires d'aides publiques, contrairement à nombre de résidences autonomie, le modèle économique de certaines RSS peut dès lors se trouver fortement fragilisé par ce manque de clients. La DGCCRF recense quelques actions entreprises par les gestionnaires de RSS confrontés à ces difficultés pour y remédier : « Les faibles taux d'occupation engendrent des difficultés financières pour les gestionnaires des RSS qui tentent alors de trouver de nouvelles modalités de remplissage des logements :

- *en proposant des remises et offres (opérations « web » qui offrent un mois de location, petits déjeuners ou encore blanchisserie pour toute entrée dans un temps limité) ;*
- *en changeant la destination de l'immeuble : le gestionnaire décide de remettre en cause le statut de la RSS et la transforme, à titre d'exemple, en résidence étudiante sans services. Les changements de destination des RSS occasionnent généralement un fort mécontentement des résidents occupants, qui peuvent alors exercer leur droit de recours devant les juridictions civiles ;*
- *en louant les logements vacants de la RSS pour de courts séjours : les établissements mettent parfois en ligne les logements en question sur des plateformes de location. À titre d'exemple,*

il est possible de trouver des appartements dédiés aux courts séjours d'une durée minimum de 6 nuits à 60 euros la journée. La fourniture du linge et parfois la pension complète y sont intégrées comme peuvent le faire les résidences de tourisme ».

La mission Igas a relevé quant à elle d'autres conséquences possibles :

- Le financement de campagnes d'affichages publicitaires dans les environs des résidences ;
- L'accueil de résidents moins autonomes, en particulier dans les territoires où l'offre en places d'Ehpad est tendue.

Pour ce dernier point, il peut présenter des risques pour les résidences s'il n'est pas correctement accompagné et suivi, notamment du point de vue des modalités d'accompagnement des personnes (présence d'un médecin traitant, mobilisation de services infirmiers, disponibilité de personnels d'aide et d'accompagnement à domicile, présence de proches-aidants investis au quotidien...).

Deux questions peuvent dès lors se poser pour les RSS implantées ou qui vont s'installer dans les années à venir :

- La hausse du nombre de personnes de plus de 80 ans dans les années à venir sera-t-elle de nature à saturer l'offre de logements en RSS ?
- Dans les territoires où la tension sur les places d'Ehpad sera forte, comment les résidences feront-elles face à la demande croissante émanant de personnes en perte d'autonomie d'être accueillies en RSS (soit pour des personnes déjà présentes, qui ont vieilli là et qui voudront y rester malgré leur perte d'autonomie, soit pour des personnes qui souhaiteraient y entrer du fait de leurs limitations dans les actes de la vie quotidienne), public dont la faible autonomie fonctionnelle ne correspond pas à la cible populationnelle actuelle de la grande majorité des résidences ?

2 L'offre des résidences services

2.1 Deux grandes formes juridiques : les résidences en copropriété et celles proposées à la location

Dans un rapport de février 2015, l'Igas détaillait en préambule de son propos l'existence de deux grands types de résidence : « *Il existe deux types de résidences avec services en copropriété :*

- *les résidences du premier type qui sont des copropriétés dérogatoires dans lesquelles le syndicat de copropriété offre aux résidents des services qu'il « produit » lui-même ou qu'il achète en bloc à une association ou à un prestataire à but lucratif. Les charges de service, largement mutualisées, sont assimilées à des charges de copropriété, que les copropriétaires en soient ou non consommateurs effectifs ;*
- *les résidences du second type qui sont des copropriétés de droit commun, dans lesquelles le syndicat de copropriété n'a pas pour objet la prestation de services aux résidents et dans*

lesquelles le prestataire offre directement ses services aux résidents à partir d'espaces dédiés qui ne sont pas des parties communes.

Sans qu'existe un recensement exhaustif, les professionnels évaluent à 150 le nombre de résidences du 1^{er} type (c'est un chiffre stable ; à la connaissance de la mission, aucune n'a été mise en service au cours des dernières années). Et entre 300 et 400, le nombre de résidences du 2^{ème} type livrées ou en cours de développement toutes mises en service au cours des dix dernières années. »

La loi de 2015 Adaptation de la société au vieillissement a permis une clarification quant aux charges et factures des résidents selon le caractère individualisable ou non des prestations, et ce à la suite de plusieurs cas problématiques médiatisés. Cette distinction était qui plus est nécessaire par rapport à l'allocation personnalisée d'autonomie versée par le Conseil départemental, afin de déterminer ce qui relève du plan d'aide et ce qui n'en fait pas partie.

Le 1^{er} type a émergé à partir des années 1970 mais a buté au bout de quelques années de développement sur plusieurs difficultés, parmi lesquelles une certaine confusion entre charges de copropriété et charges de services ainsi que des reventes du bien parfois difficiles.

Le second type s'est lui développé à partir des années 2000 et a plus nettement distingué les rôles d'investisseur, de gestionnaire et de résidents, ces derniers étant locataires de leur logement. Le développement très important des résidences dans les années récentes (voir ci-dessous) a pour l'essentiel porté sur le second type.

2.2 Une croissance actuelle rapide mais difficile à quantifier, faute de recensement, en termes de nombre de personnes accueillies

On recensait en 2014 550 RSS pour environ 42 000 logements²¹⁴ (soit une moyenne de 76 logements par résidence services, soit une taille notablement plus grande que les résidences autonomie qui comptent plutôt autour d'une petite cinquantaine de logements par résidences autonomie en moyenne). Il existait alors de grandes différences de taille : ainsi, le leader du secteur comptait en moyenne 119 logements par résidence quand le deuxième acteur en termes de nombre de RSS avait lui en moyenne 58 logements par résidence. Afin d'apprécier la dynamique d'ouvertures sur les années récentes, la mission Igas ne disposait pas de données comme il en existe pour les résidences autonomie qui relèvent du code de l'action sociale et des familles (code Finess en tant qu'ESMS) et font partie de l'enquête de la DREES EHPA tous les quatre ans (dernière en date : 2019). La mission a donc développé une méthode ad hoc pour à la fois afin de mieux cerner les caractéristiques du secteur et la dynamique de son offre (moissonnage de données – webscrapping).

²¹⁴ <https://www.cairn.info/revue-espace-geographique-2017-1-page-41.htm> : Intégration spatiale des résidences avec services seniors en France : stratégies d'implantation et de diffusion, Béatrice Chaudet, François Madoré, Dans L'Espace géographique 2017/1 (Tome 46), pages 41 à 60.

2.2.1 Préambule méthodologique : des collectes de données sur Internet par moissonnage

Dans l'objectif d'actualiser le panorama du marché des résidences services depuis les travaux de la mission IGAS-CGEDD de 2014 et du travail de recherche de Chaudet et Madoré (2017 sur données 2014), la mission a décidé de s'appuyer sur les données publiques des annuaires en ligne qui décrivent l'offre de ce secteur. Contrairement aux résidences autonomie, les RSS ne sont pas recensés sur l'annuaire du site public pour-les-personnes-agees.gouv.fr. En mai 2023, les données en ligne des trois annuaires capresidencesseniors.com, conseildependance.fr et sanitaire-social.com ont été « moissonnées » à l'aide du langage de programmation R et des librairies `polite` et `rvest`. Ces trois sites Internet ont été initialement choisis pour les raisons suivantes :

- le site capresidencesseniors.com semblait le plus exhaustif sur le nombre de résidences décrites, sur le détail des services proposés et indiquait leur date d'ouverture ce qui nous aiderait à comprendre l'évolution de ce marché ;
- le site conseildependance.fr a ensuite été identifié car il permettrait à la mission d'obtenir des données plus détaillées sur la taille des logements (F1, F2, F3, etc.) et ainsi une seconde estimation du parc des résidences services et du nombre d'occupants potentiels en 2023 ;
- le site sanitaire-social.com avait enfin été choisi pour vérifier les informations des deux sites précédents. Le nombre de résidences couvertes ainsi que les informations sur la taille des logements étant plus faibles que pour les deux sites précédents, il a été décidé de ne finalement pas retenir ce site dans l'analyse présentée ici.

La mission ne présente donc dans le reste de cette annexe que les analyses des sites capresidencesseniors.com et conseildependance.fr. Lors de l'interprétation des résultats, il est nécessaire de prendre en compte les limites suivantes :

- Ces résultats sont décrits séparément pour chaque site car la mission n'a pas eu le temps de rassembler les deux jeux de données dans une base unifiée. Il aurait fallu pour cela appairer les résidences des deux sites à l'aide de leur adresse géographique puis de vérifier la concordance de chaque information disponible. De plus, pour vérifier si une résidence est toujours ouverte, il aurait également été nécessaire d'appairer ces données avec le fichier historique des établissements de l'INSEE.
- Les informations affichées sur ces deux sites sont déclaratives et parfois manquantes. Pour une catégorie de service proposé, comme la présence d'un service d'aide à domicile, une résidence peut : (i) ne pas avoir indiqué qu'elle proposait un tel service alors que c'est le cas, (ii) déclarer qu'elle propose un tel service (sans définition précise de l'étendue et de la nature réelle de ce service), ou (iii) déclarer qu'elle propose un tel service et décrire comme sur capresidencesseniors.com si ce service consiste en un SAAD intégré agréé par le département ou non.

Face à ces limites (hétérogénéité du remplissage, données déclarées) et pour juger de la qualité de certains indicateurs, notamment sur les nombres de résidences, de logements et de résidents potentiels, la mission s'est donc efforcée de mettre en regard les données récoltées avec les

quelques chiffres publics de l'entreprise Xerfi qui a produit une analyse du secteur (publication janvier 2023)²¹⁵.

2.2.2 Une hausse très importante du nombre de résidences dans les années récentes

Des données sont disponibles pour 1 159 résidences services sur le site capresidenceseniors.com à la fin du mois de mai 2023 (date du moissonnage). Parmi cet ensemble de résidences, la mission a été en mesure de récupérer la date d'ouverture de 783 résidences : parmi celles-ci, 711 sont déjà ouvertes en 2023 et 72 ont une ouverture prévue après 2023. Il y a donc 376 résidences avec une date d'ouverture manquante.

Pour avoir une estimation plus précise du parc actuel en prenant en compte les résidences avec une date manquante, la mission a tiré au hasard 10 % de ces résidences - soit 38 résidences - pour identifier si elles étaient ouvertes, à ouvrir ou dans un autre statut (recherche en ligne ad hoc pour chacune). La mission a déterminé que 28 sont ouvertes, 2 sont en construction, 1 est fermée, 1 a changé de statut pour devenir une résidence tout public et 6 ne détaillent pas d'informations suffisantes pour confirmer leur statut d'ouverture. Si nous extrapolons ce ratio de 28 résidences ouvertes sur les 38 résidences tirées aléatoirement à l'ensemble des 376 résidences sans date, cela ferait 277 résidences ouvertes. Selon ce site, il y aurait donc, à mai 2023, au niveau national près d'un millier (988) de résidences services ouvertes.

Ce nombre de résidences services ouvertes est proche du nombre trouvé sur le site conseildependance.fr avec 934 résidences ouvertes. Cette similarité est à nuancer car la mission n'a pas réussi à obtenir la date d'ouverture de l'ensemble des résidences moissonnées avec les informations qu'elle a récoltées.

L'estimation du nombre de résidences ouvertes sur le marché peut être comparé à une analyse effectuée par l'entreprise Xerfi qui indiquait qu'il y avait 972 résidences fin 2021 et que le marché devait, d'après ses prédictions, atteindre 1 147 résidences en 2023. Les estimations effectuées par la mission du parc sont donc plus proches des chiffres avancés par Xerfi en 2021 qu'en 2023, ce qui pourrait s'expliquer de plusieurs manières : plus grande couverture du marché par Xerfi lors de son étude, cas de fermeture de résidences depuis 2021 (comme l'a constaté la mission lors de ses recherches, mais ce phénomène est probablement mineur), ouvertures en 2022 et 2023 d'un nombre de résidences moindre que prévues en 2021. Les nombres de résidences ouvertes trouvés par la mission permettent surtout de confirmer que la barre symbolique des 1000 résidences services ouvertes va être très prochainement franchie et l'a peut-être déjà été (étude Xerfi).

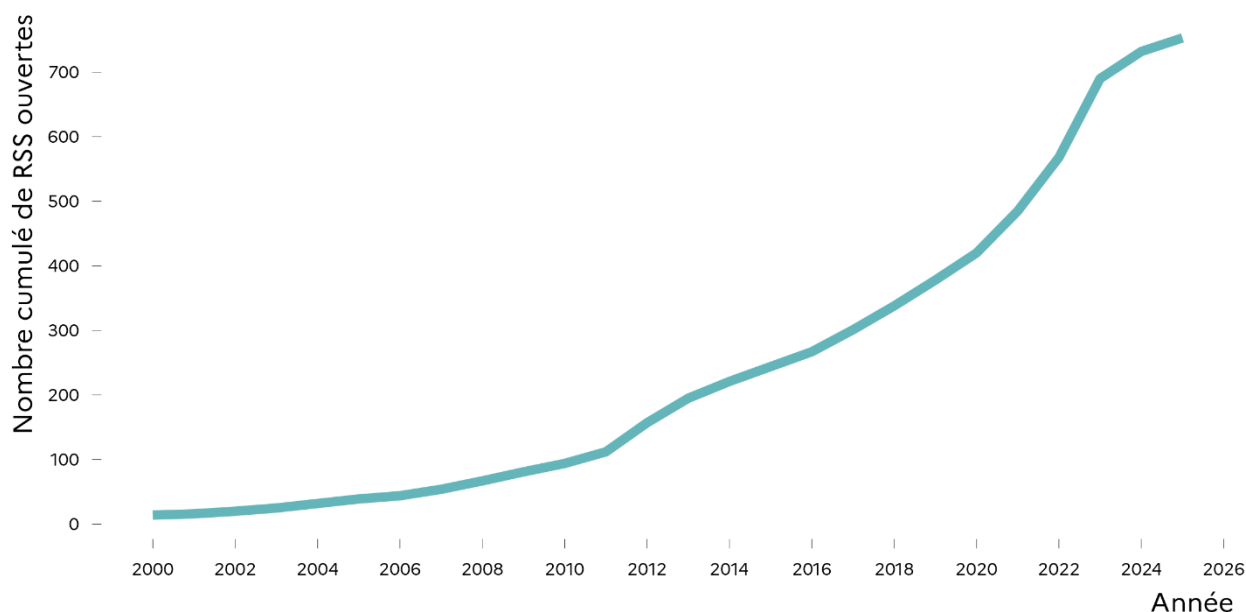
Par comparaison avec les travaux de Chaudet et Madoré, on peut estimer qu'en moins d'une dizaine d'années, le nombre de résidences services a été multiplié par deux en France.

²¹⁵ https://www.xerfi.com/presentationetude/Le-marche-des-residences-seniors-comment-concretiser-l-immense-potentiel-de-croissance-_22BAT53

2.2.3 De nombreux projets d'ouverture pour les années prochaines

Par rapport au millier de RSS déjà ouvertes, d'après le moissonnage en ligne fait par la mission, il y aurait 171 dont la construction est mentionnée sur le site capresidencesseniors.com. Cela dénote le fait que le dynamisme observé dans les années récentes de création de résidences services reste fort (voir graphique ci-dessus).

Graphique 1 :Évolution du nombre cumulé de RSS ouvertes depuis 2000 jusqu'à début 2023 et à ouvrir jusqu'en 2025



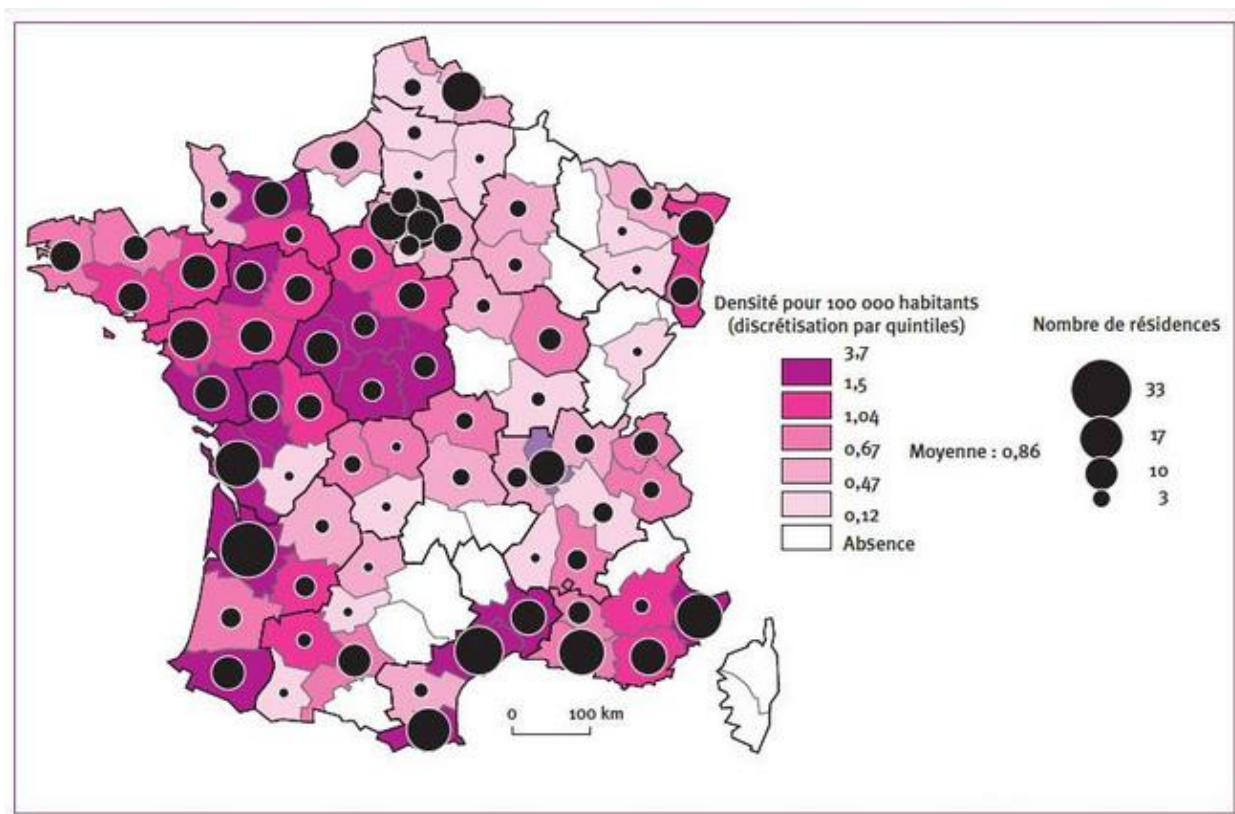
Source : Moissonnage du site capresidencesseniors.com effectué fin mai 2023 par la mission. Note de lecture : le tassement qui apparaît pour 2024-2025 doit être pris avec précaution dans la mesure où il est vraisemblable que de nombreux promoteurs ou futurs gestionnaires de RSS ne font pas apparaître en ligne des RSS qui ne sont pas ouvertes ou sur le point d'ouvrir. Les données futures ici sont donc des données minorant le nombre de projets réellement en cours de construction.

2.3 Une hétérogénéité territoriale d'implantation marquée mais une forte concentration dans les grands centres urbains à proximité de services, commerces et transports

2.3.1 Des implantations préférentiellement dans l'Ouest, le bassin parisien, le Rhône, l'Alsace et la côte méditerranéenne

Historiquement, les promoteurs de RSS ont privilégié des implantations dans l'Ouest, le bassin parisien, le Rhône, l'Alsace et la côte méditerranéenne (voir carte ci-dessous pour 2014).

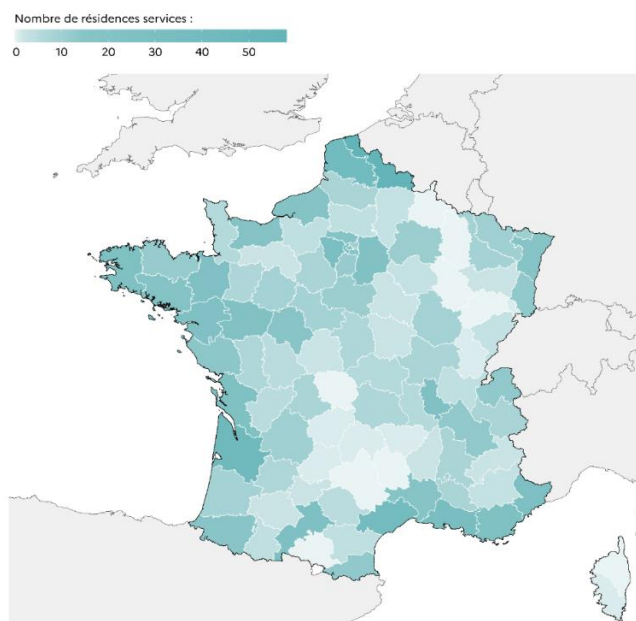
Carte 1 : Implantation des résidences services senior en France métropolitaine en 2014 et densité rapportée à la population



Source : Chaudet et Madoré, 2017, op. cit.

On peut constater que, dans la période récente, nombre des ouvertures de nouvelles résidences se sont fait sur ces territoires historiques d'implantation mais on relève aussi une diversification à de nouveaux départements (ex. Pas-de-Calais) (voir cartes ci-dessous).

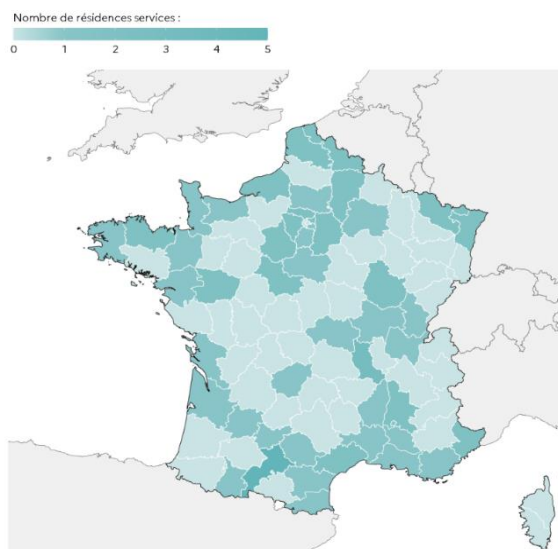
Carte 2 : Répartition départementale des résidences services du site capresidencesseniors.com à mai 2023



Source : Moissonnage du site capresidencesseniors.com effectué fin mai 2023 par la mission. Notes : Il y a aussi une résidence en Guyane et cinq à La Réunion. A noter, les chiffres départementaux sont proches entre le site capresidencesseniors.com et conseildependance.fr, excepté pour quelques départements (ex. Nord, Pas-de-Calais où l'écart est supérieur à la vingtaine sans que la mission ne puisse expliquer pourquoi)

Les projets en construction tels que recensés sur le site capresidencesseniors.com confirment ce double mouvement (territoires historiques, et plus marginalement quelques nouveaux territoires, comme le Jura, l'Ardèche, Corrèze) (voir carte ci-dessous).

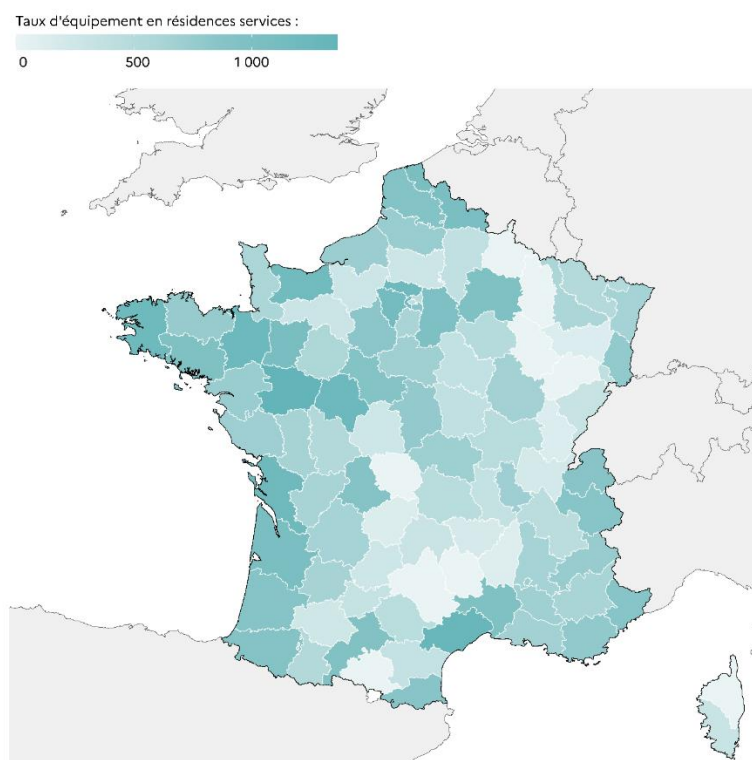
Carte 3 : Nombre de résidences services prévues d'être construites selon le site capresidencesseniors.com



Source : Moissonnage du site capresidencesseniors.com effectué fin mai 2023 par la mission.

Le carte ci-dessous représente la répartition départementale du taux d'équipement en résidences services en 2023 qui est défini ici comme le nombre de places pour 100 000 personnes de plus de 65 ans du département (le nombre de résidents potentiels – numérateur - a été calculé suivant l'hypothèse détaillée dans la sous-partie ci-dessous²¹⁶).

Carte 4 : Répartition départementale du taux d'équipement en résidences services rapporté à la population de plus de 65 ans du site capresidencesseniors.com



Source : Moissonnage du site capresidencesseniors.com effectué fin mai 2023 par la mission.

2.3.2 Une implantation presque exclusive dans les grands centres urbains à proximité de commerces, services et transports

Les résidences services senior sont principalement installées dans les grands centres urbains : on observe ainsi que presque neuf résidents sur dix de RSS en France vivent dans de grands pôles urbains (Paris y compris - voir tableau ci-dessous). Ce n'est que marginalement que des résidences sont implantées en zone rurale.

²¹⁶ Soit presque 93 000 résidents potentiels nationalement.

Tableau 1 : Répartition des résidents et de la population métropolitaine par type de communes

Type de commune	Répartition de la population française	Répartition de la population française de 60 ans ou plus	Répartition des résidents de RSS de 60 ans ou plus
Aire urbaine de Paris, hors terr. ruraux	18,5	14	15,9
Grandes aires urbaines, hors Paris et terr. ruraux	45,8	45,7	73,4
Moyennes, petites aires et multipol. hors ruraux	6,5	8,4	5,4
Territoires ruraux des grandes aires	19,2	19	3,6
Territoires ruraux des moyennes et petites aires	5,7	6,8	0,9
Territoires ruraux isolés	4,3	6,1	0,8
Ensemble	100	100	100

Source : *In Résidences-services seniors : des résidents au niveau de vie supérieur à celui des seniors en logement ordinaire*, Drees, *Etudes et résultats*, mars 2023, n1261

Cette implantation particulière présente pour les gestionnaires de résidences services senior plusieurs avantages :

- être à proximité de services, commerces et transports ;
- avoir un grand nombre de clients potentiels afin de mieux commercialiser leur RSS ;
- avoir une clientèle plus solvable du fait du potentiel fiscal plus grand des personnes âgées dans ces territoires.

Les données moissonnées par la mission confirment le fait que les résidences services sont effectivement souvent implantées dans les grandes villes. Pour cette raison ainsi que pour des raisons de promotions commerciales évidentes (enjeu de remplissage des RSS pour améliorer leur rentabilité), les informations déclarées sur les deux sites moissonnés par la mission suggèrent une fréquente proximité des résidences services aux commodités utiles aux seniors (mais la notion « être proche » n'est pas définie sur ces sites, ce qui est une limite forte à l'analyse et il existe, selon toute vraisemblance, des écarts de remplissage entre sites) : 96 % des résidences indiquent être proches de commerces pour conseildependance.fr contre 59 % pour capresidencesseniors.com ; 87 % des résidences indiquent être proches de transports en commun contre 59 % pour capresidencesseniors.com. Par comparaison, les données de l'enquête EHPA 2019 de la Drees montrent que 84 % des résidences autonomie se déclarent à proximité des commerces, services et transports en commun.

2.4 Une offre principalement orientée vers des logements de type F2, en particulier dans les résidences récentes

Le site conseildependance.fr permet de dresser un panorama de l'offre des logements des résidences services. La mission a calculé que 25 % des résidences services ont moins de 53

logements, 50 % moins de 84 logements et 31 % des résidences services plus de 100 logements²¹⁷. Comme indiqué plus haut, les résidences services ont donc une taille généralement nettement plus grande que celle des résidences autonomie, ce qui influe sans doute sur leur meilleure capacité à rentabiliser le projet d'investissement initial et certains coûts de fonctionnement courant.

Au niveau national, la répartition des logements au sein des résidences services est la suivante :

- a) 27,3 % des logements sont des F1 ;
- b) 54,2 % sont des F2 ;
- c) 17,8 % sont des F3 ;
- d) 0,8 % sont des F4.

Alors que les résidences autonomie proposent majoritairement des F1 (plus des quatre cinquièmes du parc de logements en RA), ils ne représentent qu'un peu plus d'un quart chez les RSS. Inversement, moins d'un cinquième des logements en RA sont des F2 ou plus alors que c'est l'offre majoritaire des RSS (presque les trois quarts, principalement des F2). L'offre de F2 en résidences autonomie a progressé mais reste très inférieur aux RSS. Ce décalage s'explique en grande partie par la différence de cibles socio-économiques du public visé par les RA et les RSS, les RSS ciblant un public nettement plus aisé et par une différence dans l'époque de construction de chacun des parcs (évolutions des attentes et standards socio-culturels).

La mission a testé trois hypothèses d'occupation potentielle des logements selon leur taille :

- Hypothèse basse : l'occupation moyenne des F1 et des F2 est de 1 et l'occupation moyenne des F3 et des F4 de 1,5 (occupé tantôt par une seule personne tantôt par deux) ;
- Hypothèse intermédiaire : l'occupation moyenne des F1 est d'une personne, d'1,25 personne des F2, et de 1,75 pour les logements plus grands.
- Hypothèse haute : l'occupation moyenne des F1 est de 1, d'1,5 pour les F2 et de 2 pour les F3 et F4.

La mission constate qu'avec l'hypothèse intermédiaire l'effectif potentiel moyen par logement des résidences services est proche de 1,15 occupant, soit une estimation très proche de celle à laquelle on parvient avec les données de l'étude Xerfi de 2023. Cette hypothèse repose sur une occupation d'1,25 occupant en moyenne par F2, ce qui paraît élevé par rapport à ce que la mission a constaté lors de ses déplacements où la majorité des F2 était occupée par des personnes seules²¹⁸ (l'isolement social, notamment à la suite du décès d'un conjoint, est d'ailleurs souvent un motif important d'entrée en RSS). Pour autant, le faible nombre de RSS visitées ne permet pas d'extrapolation nationale.

²¹⁷ Le site *capresidencesseniors.com* permet de dresser un panorama de l'offre des logements des résidences services proche. La mission a calculé que 25 % des résidences services ont moins de 74 logements, 50 % moins de 87 logements et 30 % des résidences services plus de 100 logements.

²¹⁸ Et certains retours de terrain semblent indiquer que cela peut aussi être vrai des F3.

En prenant l'hypothèse intermédiaire, il y aurait d'après le site conseildependance.fr un peu plus de 82 000 occupants potentiels en RSS à mai 2023, d'après le site capresidencesseniors.com on se situerait à près de 93 000. Les représentants du secteur auditionnés par la mission considère que le nombre de résidences services se rapprochent de plus en plus de celui des résidences autonomie (par comparaison, à fin 2019, le parc des places en résidences autonomie serait d'un peu plus de 114 000 occupants potentiels (enquête EHPA Drees)²¹⁹). On peut donc considérer que le parc de logements en RSS tend à se rapprocher de celui en RA. Ce nombre en RSS semble réaliste aux yeux de la mission sachant que dans une note de Xerfi datant de 2021 (https://www.xerfi.com/blog/L-engouement-pour-les-residences-seniors-persiste_1252), il avait été alors prédit que le marché pourrait accueillir 106 000 occupants potentiels à la fin 2023 (équivalant à environ 92 000 logements en RSS). Plusieurs facteurs peuvent expliquer ce léger décalage entre les résultats de la mission et les prédictions de Xerfi : les dates ne sont pas exactement les mêmes (la mission a effectué son moissonnage de données en mai 2023, alors que Xerfi se projetait à fin 2023 ; il est vraisemblable que certaines prédictions d'ouverture ne se sont pas réalisées²²⁰, l'étude Xerfi couvre probablement mieux le marché futur que les sites en ligne, qui ont principalement comme intérêt de valoriser l'offre déjà existante²²¹

Enfin, si le taux de croissance du nombre de RSS des deux prochaines années reste similaire à celui estimé par Xerfi entre 2021 et 2023, soit un taux de 18 % (972 RSS en 2021 et 1147 en 2023), il y aurait plus de 1300 RSS à la fin de 2025 et donc au moins 120 000 occupants potentiels²²² (pour arriver à ce chiffre, nous avons calculé le nombre moyen d'occupants potentiels en 2023 par logements selon la prédiction de Xerfi qui est proche de l'hypothèse intermédiaire de la mission détaillée ci-dessus, soit 1,5 occupant par logement, puis extrapolé ce nombre moyen d'occupant à un parc de 1300 RSS²²³).

²¹⁹ Il n'est possible ni pertinent de comparer ici des taux d'occupation : non seulement la mission ne dispose pas de la donnée mais elle a par ailleurs constaté de plusieurs reprises de fortes difficultés de remplissage de la part des gestionnaires de RSS.

²²⁰ Les causes peuvent être multiples : report de date d'ouverture faute d'un nombre suffisant de préinscription (cas rencontré par la mission dans l'Ouest de la France), inflation des coûts des matériaux et de la construction sur la période déséquilibrant le budget prévisionnel des projets à lancer...

²²¹ Il est vraisemblable que toutes les RSS à ouvrir ne sont pas d'ores et déjà inscrites sur les sites capresidencesseniors et conseildependance, la visibilité apportée par ces sites ayant surtout pour utilité de trouver immédiatement de la clientèle. Xerfi a lui fait une consultation déclarative directe auprès des acteurs du secteur.

²²² Une étude plus ancienne de Xerfi (2019) citée par le Synerpa RSS projetait que « D'ici à 2030, la France devrait compter 1 600 résidences pour 138 000 résidents ».

(https://www.synerpa.fr/maj/upload/produit/produit_67.pdf),

²²³ Le nombre moyen de logements par RSS retenu dans le calcul est de 80 (décompte fait à partir des chiffres de Xerfi, qui donne un résultat proche de celui estimé par la mission via les sites conseildependance.fr et capresidencesseniors.com).

2.5 Des constructions récentes non exemptes de problématiques bâtementaires (largeur des portes, calibrage des espaces de restauration...)

La mission a pu constater à l'occasion de ses déplacements en résidences services que, même lorsqu'elles sont récentes, des problématiques bâtementaires se posent. Si certains aménagements paraissent répandus (ex. ascenseurs, rampe murale dans les couloirs, douche à l'italienne), d'autres peuvent ponctuellement poser difficultés (ex. largeur de portes ne permettant pas le déplacement d'un lit médicalisé, calibrage inadapté des espaces de restauration).

Par ailleurs, si les RSS cherchent à assurer un modèle plus désirable que les EHPAD, la réflexion architecturale conduite pour permettre une meilleure qualité de vie des personnes n'est pas toujours aboutie. La mission s'est ainsi rendue dans des RSS où l'espace de restauration était une salle qui servait près de 100 couverts, sur un modèle de restauration collective qui va à rebours des réflexions conduites sur la qualité architecturale dans les Ehpads (petites salles de restauration, réduction des nuisances sonores, atmosphère familiale). Il en va de même des espaces dédiés à la vie collective et à l'animation, qui peuvent se réduire à un espace bibliothèque. Si les RSS proposent des appartements dans lesquels les personnes peuvent cuisiner et souvent recevoir, les déterminants d'un changement d'habitation pour s'installer dans une résidence spécialisée tiennent souvent aux difficultés rencontrées pour faire la cuisine et pour se déplacer de façon entièrement autonome (ainsi qu'à la crainte des chutes). Par conséquent, il paraît essentiel que les gestionnaires de RSS soient inclus dans les nombreuses réflexions actuellement portées sur la structuration architecturale des établissements et de l'ensemble des habitats collectifs des personnes âgées, et qu'ils soient associés en ce sens aux travaux portés par les autorités publiques.

3 Le public accueilli en résidences services

3.1 Un public préférentiellement constitué de publics âgés autonomes, malgré une méconnaissance répandue du niveau de perte d'autonomie des habitants

L'accueil de personnes autonomes ou quasi-autonomes est un enjeu fort pour les résidences services à plusieurs titres : tout d'abord, les résidences ne sont pas calibrées en termes RH pour accueillir des personnes en situation de grande dépendance ou ayant des pathologies lourdes (voir ci-dessous). L'accompagnement individuel fonctionne sur le même schéma que pour toute personne dans son domicile privé ordinaire, c'est-à-dire par le recours à des professionnels de ville. Dans les résidences services visitées par la mission, il n'y avait jamais de médecin salarié et la mission a rencontré à une seule reprise une infirmière salariée (résidence particulière affichant sa volonté d'accueillir des personnes en situation de perte d'autonomie en plus des personnes autonomes). La connaissance de la grille Aggir est faible voire inexistante, ce qui interroge sur l'information que ces structures sont en mesure d'apporter à leurs habitants. Dans la mesure où les personnes viennent habiter en RSS pour y trouver une plus grande sécurité et un environnement de vie plus adapté et moins isolé, on pourrait attendre des RSS qu'elles soient a

minima en mesure d'apporter à ces personnes une information claire sur leurs droits et sur les démarches à accomplir lorsque des besoins d'aide apparaissent.

Cibler préférentiellement l'accueil de personnes âgées autonomes présente par ailleurs l'avantage de donner, dans l'esprit d'un certain nombre d'acteurs du secteur, une image attractive à de futurs clients. Pour autant, l'avancée en âge peut conduire un certain nombre de résidents à développer des difficultés à réaliser des actes de la vie quotidienne. Par ailleurs, les faibles taux d'occupation des RSS souvent rapportés à la mission peuvent inciter certains gestionnaires à accueillir des résidents moins autonomes ou à retarder le départ de résidents présentant une perte d'autonomie qui s'aggrave.

Contrairement aux résidences autonomie qui sont suivies par la DREES au moyen de l'enquête EHPA tous les quatre ans, il n'existe rien d'équivalent concernant les RSS. La mission ne dispose donc pas de données sur la nature des publics accueillis. Les gestionnaires de RSS n'ont pas non plus de vision du GIR des personnes accueillies. Cet état de fait peut néanmoins conduire à des situations délicates, notamment, comme cela a été rapporté à la mission par un acteur du champ des RSS, quand les équipes du SDIS (service d'incendie et de secours) demandent une attestation selon laquelle le GIR pondéré est inférieur à 300 pour délivrer le permis de construire²²⁴ alors que rien n'encadre le GIR des résidents en RSS et que ce GIR n'est pas connu des directeurs. Cette méconnaissance des capacités fonctionnelles des personnes peut présenter des problématiques spécifiques en cas de nécessité d'évacuation urgente des personnes, en particulier si leur part venait à augmenter et ce alors même que de nombreux acteurs, notamment locaux, considèrent que les RSS accueillent quasi exclusivement des personnes autonomes.

La mission tient néanmoins à souligner le fait qu'elle a auditionné un groupe gestionnaire de RSS qui, non seulement ne fait pas des publics autonomes sa cible de clientèle exclusive, mais qui, de surcroît, développe actuellement une action à destination des personnes en perte d'autonomie (via notamment le recours à une infirmière de coordination et à la mobilisation d'une grille ad hoc d'identification des fragilités). Cette action est le support d'une promotion de services payants ensuite faite à la personne (ex SAAD intégré), la décision d'y recourir ou non restant à son libre choix. La mission a également auditionné une RSS accolée à un Ehpad format qui semblait sécuriser les locataires et permettait à certains d'habiter à côté de leur conjoint résident de l'Ehpad, soulignant l'intérêt d'une telle formule en plus des mutualisations entre les deux structures permises par la proximité géographique et organisationnelle.

D'après une enquête récente de la DGCCRF, il arrive aussi que le SAAD soit annoncé mais absent, ou ne disposant pas d'autorisation. De manière plus générale, la DGCCRF note que si les RSS ne sont pas des établissements médico-sociaux comme les résidences autonomie ou les EHPAD, « *la distinction reste très floue pour une majorité de consommateurs et certains opérateurs jouent volontairement sur cette confusion en alléguant une prise en charge médicale ou paramédicale afin de rassurer et d'attirer de nouveaux locataires/propriétaires. Certains professionnels ne font tout simplement pas la distinction entre ces différentes catégories, par méconnaissance du secteur et*

²²⁴ Cette demande du SDIS, qui ne provient pas du code, est sans doute héritée du fait qu'avant la loi de 2015 les résidences autonomie ne devaient pas dépasser un GMP de 300 sans quoi elles étaient requalifiées en Ehpad, ce qui emporte une réglementation particulière en termes de sécurité faisant référence aux établissements recevant du public de type J.

des réglementations applicables. Il a ainsi été constaté que des RSS se présentaient comme des EHPAD ou des résidences autonomie, ou mettaient en avant leur médicalisation ».

3.2 Un niveau de dépendance non encadré par les pouvoirs publics, contrairement aux résidences autonomie

Rien n'empêche une résidence service senior de dépasser le seuil assigné aux résidences autonomie d'un maximum de 10 % de personnes classées en GIR 1 et 2 parmi les résidents et de maximum 15 % de personnes classées en GIR 1 à 3 (voir l'annexe relative aux résidences autonomie). Il existe donc un risque, avéré, que certaines résidences soient requalifiées en Ehpad de fait²²⁵.

3.3 Des résidents plus âgés qu'en résidences autonomie

La Drees dans une étude récente sur les niveaux de vie des résidents de RSS en 2019 (voir ci-dessous) a constaté un âge médian de 86 ans en RSS. Par comparaison, l'âge médian en résidence autonomie était, la même année, de 84 ans et 6 mois.

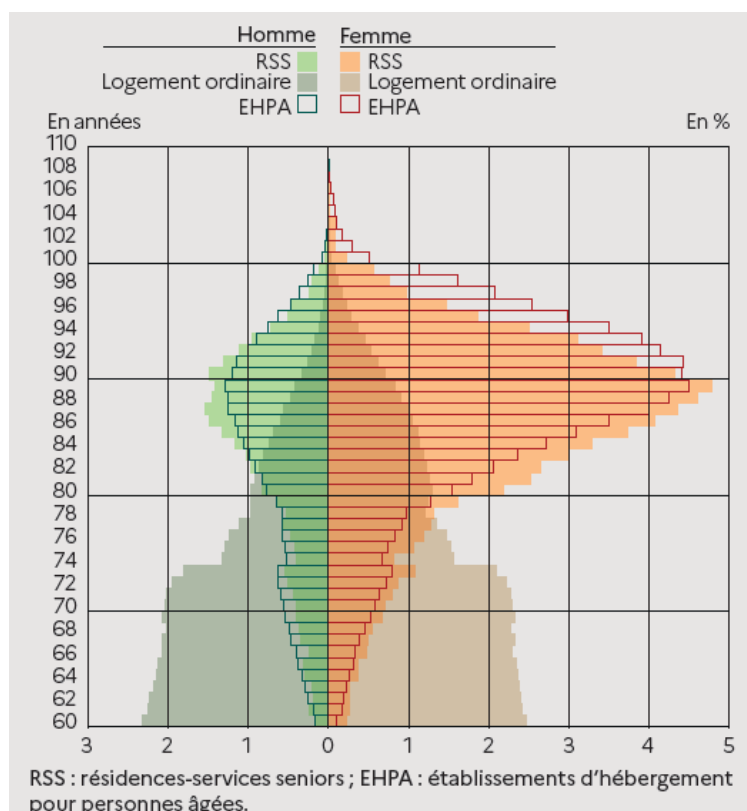
En résidences autonomie, l'âge moyen est de 82 ans et 7 mois (source EHPA 2019). Une enquête menée par le Think tank Matières grises en 2021 auprès de 320 résidences a relevé un âge moyen de 85 ans en RSS.

Ces écarts ne sont pas surprenants : en effet, dans la sphère des Ehpad, on observe aussi un âge moyen plus élevé dans les Ehpad privés à but lucratif (88 ans et 1 mois) que dans les Ehpad publics (86 ans et 3 mois)

Plusieurs phénomènes peuvent expliquer cet âge (médian ou moyen) plus élevé en RSS qu'en RA. Tout d'abord, les RA ont un profil de public moins favorisé qui connaît des situations d'isolement plus marqué avec vraisemblablement moins de ressources pour se maintenir durablement à domicile. A cela s'ajoute le fait que l'espérance de vie en bonne santé est plus élevée suivant un gradient de niveau de vie. Enfin, il est possible que le coût d'une RSS (tout comme celui d'un Ehpad privé à but lucratif) incite les potentiels clients à retarder leur entrée autant qu'ils le peuvent. La durée de séjour plus réduite des résidents en Ehpad privé à but lucratif tend à confirmer cette hypothèse.

²²⁵ Situation rencontrée à l'occasion d'un contrôle conjoint de la DGCCRF et d'une ARS.

Graphique 2 : Age des personnes en RSS, établissements d’hébergement pour personnes âgées et logement ordinaire



Source : Drees 2023, Etudes et résultats n°1261

3.4 Un public composé principalement de femmes seules

D’après les travaux de la Drees, trois quarts (73 %) des résidents de RSS sont des femmes²²⁶, et parmi elles, les deux tiers sont veuves. Le rapport précité de Matières grises estimait quant à lui que 10 à 25 % des résidents de RSS sont en couple. A noter qu’en résidences autonomie, 92 % des résidents déclarent être sans conjoint (y compris conjoints décédés).

Il est donc important de garder à l’esprit que, comme en Ehpad, la majorité des personnes vivant en RSS sont seules et ne disposent donc pas de ce qui constitue souvent le premier levier d’aide au quotidien, à savoir un conjoint aidant.

²²⁶ A titre de comparaison, 74 % des résidents d’Ehpad privés à but lucratif sont des femmes (EHPA 2019), dont 90 % n’ont pas (ou plus) de conjoint.

Tableau 2 : Répartition des résidents de résidences services seniors dans les différentes configurations matrimoniales

Situation matrimoniale et sexe	Répartition (en %)
Célibataire/divorcé	20,9
Femme célibataire/divorcée	14,3
Homme célibataire/divorcé	6,7
Marié	21,6
Femme mariée	10,7
Homme marié	10,9
Veuf	57,5
Femme veuve	48,2
Homme veuf	9,3
Femme	73,1
Homme	26,9
Ensemble	100

Source : Drees 2023, Etudes et résultats n°1261

3.5 Des résidents au niveau de vie supérieur à celui des seniors en logement ordinaire

Une étude pilotée par la Drees²²⁷ s'appuyant sur des appariements innovants avec les données fiscales a permis récemment d'objectiver l'écart de niveau de vie des résidents de RSS avec le reste de la population. La Drees résume la situation de la façon suivante : « La quasi-totalité des résidents perçoivent une pension de retraite, d'un montant moyen de 2 140 euros²²⁸, les hommes touchant une pension supérieure aux femmes, comme dans l'ensemble de la population, de l'ordre de 40 %. Les pensions des résidents ni mariés ni pacsés dans ces résidences-services sont plus élevées de 13 % que celles des résidents d'Ehpad privés lucratifs et de 46 % que celles des résidents des Ehpad toutes catégories confondues. Les seniors de 60 ans ou plus en résidence-services seniors ont un niveau de vie plus élevé que les seniors du même âge en logement ordinaire. Ils sont ainsi deux fois moins à être en situation de pauvreté monétaire (4,7 % contre 9,3 %). L'écart est surtout porté par les 80 ans ou plus : ceux en résidence-services seniors ont un niveau de vie de 30 % supérieur à celui des seniors du même âge en logement ordinaire ».

²²⁷ Résidences-services seniors : des résidents au niveau de vie supérieur à celui des seniors en logement ordinaire, Drees, mars 2023, Etudes et résultats, n° 1261.

²²⁸ Niveau de vie médian en RSS de 2200 euros quand il est de 1900 euros pour les personnes de plus de 60 ans en logement ordinaire.

Tableau 3 : Composition et pension mensuelle pour les résidents seuls touchant une pension selon les établissements de résidence, en 2019

Catégorie	Répartition (en %)			Pension mensuelle moyenne (en euros)			Pension mensuelle médiane (en euros)		
	RSS	Ehpad privé lucratif	Ehpad	RSS	Ehpad privé lucratif	Ehpad	RSS	Ehpad privé lucratif	Ehpad
Célibataire/divorcé	25,8	23,8	30,5	1 870	1 600	1 170	1 710	1 470	1 040
Femme célibataire/divorcée	17,7	15,9	18,2	1 760	1 580	1 200	1 670	1 490	1 100
Homme célibataire/divorcé	8,1	7,9	12,3	2 100	1 650	1 130	1 830	1 410	960
Veuf	74,2	76,2	69,5	2 300	2 040	1 640	2 060	1 830	1 460
Femme veuve	62,2	64,5	60	2 170	1 930	1 570	1 970	1 760	1 410
Homme veuf	12	11,7	9,5	2 970	2 630	2 070	2 590	2 310	1 810
Femme	79,9	80,4	78,2	2 080	1 860	1 480	1 900	1 710	1 350
Homme	20,1	19,6	21,8	2 620	2 230	1 540	2 300	1 980	1 360
60-79 ans	20,5	13,4	17,8	1 890	1 580	1 160	1 750	1 440	1 020
80-84 ans	17,4	11,7	12,7	2 220	1 950	1 490	2 020	1 790	1 370
85-89 ans	28,7	24	24,1	2 230	1 960	1 550	2 010	1 790	1 410
90-94 ans	24,4	30,9	28,2	2 320	2 010	1 600	2 050	1 810	1 430
95 ans et plus	9,1	20	17,1	2 320	2 010	1 600	2 040	1 800	1 410
Ensemble	100	100	100	2 190	1 930	1 490	1 970	1 760	1 350

Source : Drees 2023, Etudes et résultats n°1261

Ce profil de richesse, qui ne tient de plus pas compte du patrimoine des personnes, est cohérent avec le fait que le coût pour les personnes âgées d'une résidence services senior est notablement plus élevé que celui d'une résidence autonomie.

3.6 Un public âgé en partie vulnérable : le risque d'abus

Le fait d'être autonome ne protège pas nécessairement contre le fait d'être victime d'abus. En effet, l'âge élevé des résidents les expose à des pratiques qui peuvent se faire à leurs dépens si eux ou leur entourage ne sont pas vigilants. Ainsi dans son enquête rendue publique en juin 2023, la DGCCRF relate diverses situations problématiques (voir encadré ci-dessous).

La mission Igas n'a par ailleurs pas connaissance de données d'enquête permettant d'apprécier si les RSS mènent des actions de prévention de la maltraitance et des abus de faiblesse et avec quelle ampleur.

Structuration de la partie 3 du bilan d'enquête de la DGCCRF auprès des résidences services senior rendu public en juin 2023

3. Anomalies constatées auprès de l'ensemble des opérateurs contrôlés (sièges des groupes ciblés, RSS des groupes ciblés et RSS indépendantes)

3.1. Anomalies non spécifiques constatées dans les deux volets

3.1.1. Pratiques déloyales

- la nature de l'établissement :
- la quantité et la qualité des prestations de service fournies/proposées :
- les prix annoncés et facturés :

- les services non-individualisables :

3.1.2. Autres anomalies

- les manquements sur les sites internet
- des informations précontractuelles et des informations sur les prix des services souvent incomplètes
- des anomalies dans les règlements intérieurs
- la méconnaissance du dispositif Bloctel
- La médiation de la consommation
- l'absence de remises de notes en conformité avec la publicité des prix des services

3.2. Anomalies spécifiques à la partie prestation immobilière et investissement locatif

- la loyauté des allégations publicitaires :
- la facturation illicite d'honoraires de mise en location :
- l'intégration des services individualisables et non-individualisables dans le loyer :
 - une facturation trompeuse des charges récupérables et une absence d'informations concernant le mode de répartition des charges
- l'absence de remise des diagnostics techniques
- la présence de clauses illicites et abusives dans les contrats de bail

3.3. Anomalies spécifiques aux prestations de services à la personne

3.3.1. Pratiques déloyales

- la mise en avant de la délivrance de services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) sans autorisation spécifique du conseil départemental par la RSS :
- la mise en avant d'un avantage fiscal, alors que les SAP n'étaient pas déclarés :
- une présentation des prix des SAP ne correspondant pas aux prix réellement pratiqués :
- des allégations exagérément valorisantes sur la qualité des SAP rendus :

3.3.2. Informations sur les prix et les informations précontractuelles relatives aux services à la personne

3.3.3. Anomalies dans les contrats de services à la personne

3.3.3.1. Les contrats de SAAD

3.3.3.2. Les clauses abusives et illicites retrouvées dans les contrats de SAP

- les clauses contraires au code de l'action sociale et des familles (CASF) :
- les clauses contraires au code monétaire et financier (CMF) :
- les clauses contraires au code de la consommation (CC) :
- les clauses prévoyant des frais de recouvrement sans titre exécutoire :
- les clauses attribuant à un tribunal spécifique la compétence du règlement des litiges :

➤ les clauses présumées abusives de manière irréfutable (clauses dites « noires ») au regard de l'article R. 212-1 du code de la consommation

- les clauses permettant de modifier unilatéralement les prix des services dans les contrats (article R. 212-1 3° et R. 212-4) :

- les clauses contraignant le consommateur à exécuter ses obligations alors que, réciproquement, le professionnel n'exécuterait pas les siennes (article R.212-1 5°) :

- les clauses réduisant le droit à réparation du préjudice subi par le consommateur (article R. 212-1 6°) :

- les clauses permettant de soumettre, dans les contrats à durée indéterminée, la résiliation à un délai de préavis plus long pour le consommateur que pour le professionnel (art. R. 212-1 10°) :

➤ Les clauses abusives non listées (recommandation n°12-01 de la Commission des clauses abusives) :

- les clauses prévoyant de facturer des prestations au consommateur, lorsqu'elles ne sont pas exécutées de son fait, sans réserver l'hypothèse de motifs légitimes (point I-A-4° recommandation n°12-01 CCA) :

- les clauses permettant au professionnel de facturer des sommes pour des prestations n'ayant pas été réalisées alors que le contrat est résilié par l'effet du décès du consommateur (point I-A-6° recommandation n°12-01 CCA)

3.3.3.3. Autres anomalies relatives aux contrats de SAP

3.3.4. Facturation des services à la personne

3.4. Anomalies relatives à la restauration au sein des résidences

➤ une information incomplète du consommateur sur les denrées alimentaires

➤ une mise en avant parfois trompeuse de la provenance et de la qualité des denrées alimentaires

3.7 Des résidents constitués en « conseil des résidents »

Aux termes de l'article L631-14 (loi ASV de décembre 2015), « les personnes demeurant à titre principal dans la résidence constituent le conseil des résidents. Cette instance consultative a notamment comme objectif la mise en œuvre d'un espace de discussion entre les résidents et le gérant de la résidence-services. Elle relaie auprès de ce dernier les demandes et les propositions des résidents ». Ce conseil des résidents doit être réuni au moins une fois par an. Le gérant communique au conseil les informations relatives au nombre et à la situation comptable des services spécifiques non individualisables fournis dans la résidence, afin que le conseil émette un avis notamment sur le besoin de créer ou de supprimer un service.

4 Les entrées en résidences services senior

4.1 Des motifs d'entrée axés sur la lutte contre l'isolement et la recherche de sécurité au quotidien

Tout comme pour les résidences autonomie, les facteurs le plus souvent avancés pour justifier les entrées en résidences services senior sont la recherche d'une sécurité au quotidien, notamment pour répondre à l'angoisse de la chute, et la lutte contre l'isolement social. En effet, la présence de personnels, parfois y compris la nuit (ex. gardien), est de nature à rassurer les personnes, quoique ces personnels n'interviennent pas directement auprès des personnes en cas de difficulté (ex. pas d'autorisation pour relever une personne qui a chuté). Par ailleurs, la présence d'autres locataires ainsi que les animations proposées par la RSS peuvent donner l'occasion aux résidents d'entretenir des interactions sociales.

4.2 Des entrées généralement préparées en amont entre la direction des structures, les personnes et leurs proches

Comme pour les résidences autonomie, les responsables de structures et les résidents interrogés par la mission ont fait part du fait que l'entrée en RSS était généralement le fruit d'une mûre réflexion des personnes au regard de leur avancée en âge. Beaucoup de ces entrées se font avec l'espoir d'éviter une entrée ultérieure en Ehpad grâce à l'environnement plus sécurisant de la résidence.

La mission ne dispose pas de données sur la durée entre la constitution des dossiers de demande et les admissions mais les échanges avec les responsables de RSS tendent à montrer que le délai est relativement court à partir du moment où la personne âgée a arrêté son choix. En effet, le taux d'occupation parfois faible des résidences services senior incite les gestionnaires à ne pas retarder les entrées afin de ne pas dégrader leur compte de résultat du fait d'une trop grande vacance des logements.

4.3 Des entrées principalement orientées sur des publics âgés autonomes avec un refus quasi généralisé d'accepter des personnes présentant des troubles neurocognitifs

Les responsables de RSS affichent une forte volonté d'éviter l'entrée des personnes ayant une dépendance importante ou ayant des troubles neuro-cognitifs. Pour se faire, soit ils tentent par leurs propres moyens (ex. reconstitution d'un équivalent de grille Aggir²²⁹) soit par d'autres canaux (ex. certificat médical) de déterminer le degré d'autonomie fonctionnelle ou psychique ou l'état de santé de la personne avant son admission.

²²⁹ A noter néanmoins que la grille AGGIR est en ligne et accessible librement.

Dans la synthèse de nombreux contrôles effectués en RSS, la DGCCRF a ainsi relaté la situation suivante : « Les enquêteurs ont constaté que certaines RSS sollicitaient un certificat médical « d'autonomie » auprès des futurs résidents avant l'entrée dans les lieux. En effet, elles souhaitent éviter l'entrée de personnes très dépendantes dans la résidence, cette dernière n'étant initialement pas adaptée à recevoir ce type de public. Néanmoins, un logement en RSS constitue un domicile privé, et cette demande pourrait être considérée comme une discrimination à la location au regard de l'article 1 de la loi du 6 juillet 1989²⁴ et de l'article 225-1 du code pénal ».

Le SNRA, organisation nationale représentative de RSS, a fait part à la mission d'une difficulté fréquemment rencontrée concernant l'évaluation de l'état de santé des personnes à l'entrée. Ce point à l'importance majeure percuterait de façon centrale non seulement le modèle actuel des résidences services (axé principalement sur les publics autonomes) mais aussi les dynamiques potentielles à venir (diminution relative du nombre de places d'Ehpad, pression croissante des demandes d'entrée en RSS émanant de publics dépendants...).

La question consistant à savoir si les RSS pourront ou non limiter la proportion de publics âgés dépendants en leur sein dans les années à venir est donc essentielle. Or, les analyses de la mission conduisent à montrer que, non seulement, la demande en ce sens va être croissante (du fait de la saturation progressive des Ehpad, comme cela a été constaté aux Pays-Bas à mesure du déploiement ces quinze dernières années de la montée en puissance du soutien au domicile), mais aussi que les résidences ne disposent pas de leviers juridiques contraignants pour l'empêcher :

- concernant les entrées, les résidences ne sont autorisées ni à demander un certificat médical à l'entrée attestant de l'autonomie des personnes (données personnelles de santé) ni à motiver un refus d'entrée en résidences services par l'état de santé jugé trop dégradé d'une personne âgée désireuse de rejoindre la résidence (pratique discriminatoire).

- concernant les résidents dont l'état de santé se dégrade, non seulement les résidences services ne peuvent, de leur simple autorité, décider le départ d'un résident (aujourd'hui, c'est généralement par un dialogue avec les familles et les personnes que les choses se font via un travail de conviction des responsables de RSS pour expliquer aux familles en quoi la résidence n'est plus un lieu de vie adapté pour le résident), mais aussi, les départs vers les établissements seront demain de plus en plus difficiles (tension sur les places), même pour les personnes qui seraient prêtes à quitter leur résidence service.

4.4 Un niveau de dépendance des résidents à l'entrée qui s'accroît ?

En l'absence de données sur la dépendance des personnes à leur entrée (groupe iso-ressource déterminé par la grille AGGIR), il est difficile pour la mission Igas d'objectiver le fait que les personnes âgées entrantes sont, ou non, de plus en plus dépendantes. Plusieurs éléments tendent néanmoins à confirmer cette intuition. Tout d'abord, ce phénomène est parfois rapporté par des gestionnaires de structures, et peut d'ailleurs être mis en écho de problématiques de taux d'occupation (cf. saturation locale de l'offre de places d'Ehpad versus enjeu de remplissage des logements en RSS). La DGCCRF notait ainsi dans le bilan de son enquête de 2023 que les directeurs de RSS « ont également fait savoir que l'état de dépendance de plus en plus avancé des résidents au moment de l'entrée était un réel souci, les RSS n'étant pas adaptées pour accueillir des personnes peu autonomes ». La mission observe par ailleurs que, dans les résidences autonomie (qui, pour rappel, proposent une offre d'habitat et de services très similaire aux résidences

services senior), le niveau de dépendance des habitants entrés en 2019 avait tendance à être légèrement plus grand qu'en 2015 (moins de GIR 6, plus de GIR 4 et 5). Il n'est pas encore ici question, hors cas atypique, de problématique de dépendance plus importante, mais il y a tout lieu de penser que les RSS, comme les RA, connaissent une augmentation du niveau de dépendance des personnes à l'entrée.

5 Les services proposés en résidences services senior

5.1 Services individualisables et non individualisables : une distinction juridique connue mais dont la mise en œuvre pratique par les RSS n'est pas toujours adéquate

Il y a de nombreux points communs entre les résidences services senior sur la nature des services proposés (conciergerie, restauration, blanchisserie, animation...) même si des différences existent (ex. télésurveillance, service d'aide à domicile intégré).

La réglementation précise ce que sont les services dits non individualisables, qui sont donc couverts par la redevance versée mensuellement par chaque résident à la RSS. Ainsi le décret n° 2016-1737 du 14 décembre 2016 déterminant les catégories de services spécifiques non individualisables pouvant bénéficier aux occupants des résidences-services prévue à l'article L. 631-13 du code de la construction et de l'habitation détaille : « Les catégories de services spécifiques non individualisables mentionnées à l'article L. 631-13 sont :

« 1° L'accueil personnalisé et permanent des résidents et de leurs visiteurs ;

« 2° La mise à disposition d'un personnel spécifique attaché à la résidence, le cas échéant complétée par des moyens techniques, permettant d'assurer une veille continue quant à la sécurité des personnes et à la surveillance des biens ;

« 3° Le libre accès aux espaces de convivialité et aux jardins aménagés ».

Comme le rappelle la DGCCRF dans un contrôle de RSS rendu public en juin 2023, « Tout service ne peut donc être désigné arbitrairement par les gestionnaires de RSS comme non-individualisable. Les autres services fournis ne peuvent être qu'individualisables et facturés que si le résident y a souscrit. ».

Pour les RSS qui délivrent des services à la personne, les prestations principales sont²³⁰ : l'entretien du logement ; le petit bricolage et jardinage de l'espace vert quand la résidence en possède un ; l'assistance informatique et administrative ; la livraison de repas à domicile ; la télésurveillance ; la promenade d'animaux de compagnie pour personnes dépendantes. Peuvent aussi intervenir, de façon nettement minoritaire²³¹, l'assistance dans les actes de la vie quotidienne et l'accompagnement des personnes âgées (SAAD intégré).

Pour autant, des systèmes dits de « pack de services », généralement calibrés différemment d'un groupe de RSS à l'autre, empêchent largement les personnes de réellement comparer la nature et

²³⁰ DGCCRF, op. cit.

²³¹ La DGCCRF lors de sa vague de contrôles (op cit) relève que « La fourniture de SAAD par les RSS reste marginale ».

le prix des prestations proposées ainsi que de correctement visualiser ce qui relève des services dits non individualisables par rapport aux services individualisables. La souscription de packs de services individualisables est parfois obligatoire à l'entrée de la personne. La DGCCRF de conclure que « *la multiplicité des modalités et des offres de services dans les RSS [induit] un choix large mais complexe pour le consommateur* ».

A cela s'ajoute le fait que certaines RSS incluent, à tort, des services individualisables dans les services non individualisables. La DGCCRF fait sur ce point le constat suivant : « *les enquêteurs ont constaté qu'un grand nombre de résidences de 2e génération intègrent des services individualisables (librement choisis par le résident) dans les services non-individualisables, contrairement aux dispositions prévues au code de la construction et de l'habitation (CCH) et de la loi n° 65-557 du 10 juillet 1965. Il s'agit la plupart du temps de la restauration, de la fourniture de linge de maison, de l'utilisation de la laverie, du ménage de l'appartement, de l'accès à la Wifi/TNT, du téléphone, des animations ou encore de télé ou visio-assistance... La visio-assistance est de loin le service le plus facturé de manière systématique en tant que service non-individualisable. Certains gestionnaires ont argué du fait qu'il s'agit d'un « moyen technique permettant d'assurer une veille continue quant à la sécurité des personnes ». Or, les services non individualisables visés par la réglementation doivent avoir un lien avec la prestation de logement. Si cela peut être le cas pour de la vidéosurveillance, il n'en va pas de même pour la télé ou visio-assistance qui, par nature, est un service à la personne individualisable. Cette pratique peut à la fois être qualifiée de déloyale car elle fait croire au résident que ce service est non-individualisable et obligatoire. Enfin, ces services individualisables étaient parfois intégrés par les gestionnaires dans la quittance de loyer, ce qui contrevient au 5° de l'article L. 631-15 du CCH* ».

5.2 Le service de base : un appartement

L'appartement est le service de base d'une RSS, comme il l'est dans une RA.

5.3 Des services annexes : une grande diversité d'offre

Les sites en ligne capresidencesseniors.com et conseildependance.fr détaillent un certain nombre de services que les résidences proposent ou non. On y trouve une sécurisation de la résidence 24h/24h, un restaurant, le portage de repas blanchisserie, un service d'aide à la personne, un service de coiffure, un espace beauté, l'acceptation d'animaux de compagnie (couplée parfois à des prestations pour les promener), des animations... Les deux sites Internet présentent des données qui ne sont pas homogènes, l'un montrant que les RSS proposent la majorité de ces services dans 80 à 100 % des cas quand l'autre indique des fréquences nettement plus faibles (entre 30 et 70 %). La mission n'est pas en capacité de faire la distinction entre remplissage manquant et remplissage à visée commerciale (attirer de la clientèle – l'étude de la DGCCRF a montré un risque de publicités que l'on pourrait qualifier de mensongères). Le rapprochement de ces deux sources laisse néanmoins penser que service d'accueil, restauration, sécurisation des bâtiments, animation, blanchisserie sont des services largement répandus.

5.4 Soins et aide à la personne ne font que rarement parties de l'offre de services proposés

5.4.1 Le soins : un produit d'appel, pourtant éloigné de la réalité des services proposés par les résidences

La problématique de l'accès aux soins est logiquement un sujet qui préoccupe beaucoup les résidents et la clientèle potentielle des RSS étant donné l'âge élevé des personnes. Pouvoir valoriser une facilité réelle à accéder à des services de soins est un plus en termes d'attractivité pour une RSS.

Comme indiqué précédemment, les RSS ne salarient quasiment jamais de personnel médical ou paramédical (dans le cas rare relevé par la mission où une infirmière est salariée d'une résidence, cette dernière remplit une fonction de coordination (par exemple pour apprécier les demandes d'entrée) et non une fonction de soins auprès des résidents). Pour autant, les résidences services ont un intérêt fort à mettre en avant les atouts qu'elles ont sur la question des soins car c'est une attente perçue comme forte pour les personnes âgées²³². Ainsi a été rapporté à la mission le cas de RSS qui ont libéré un local en bas de leur bâtiment pour accueillir un cabinet médical libéral, sans que la mission ait pu expertiser les modalités réelles de ce service (notamment du point de vue du partenariat avec la RSS et du respect du libre choix des résidents de leur médecin). L'implantation dans des grands centres urbains (cf. ci-dessus) vise aussi à rassurer des personnes âgées fortes consommatrices en soins mais inquiètes de rencontrer des difficultés à trouver des personnels sanitaires, notamment médicaux (cf. déserts médicaux). Certains groupes fortement implantés dans le secteur des Ehpad font ainsi le choix d'adosser leur RSS à des Ehpad.

Cette importance des services de soins pour les résidents potentiels pousse certaines résidences à faire des publicités que l'on pourrait qualifier de mensongères. Ainsi, dans son enquête, la DGCCRF détaille plusieurs manières de déformer la réalité : « Il a ainsi été constaté que des RSS se présentaient comme des EHPAD ou des résidences autonomie, ou mettaient en avant leur médicalisation : « Vous pouvez solliciter les kinésithérapeutes qui interviennent sur la résidence médicalisée », « Pour vos soins, un réseau de professionnels de santé est à votre disposition », « Le médical : l'assistance médicale est assurée chaque jour par le passage de médecins », « appartement avec service santé ». »

Un flou est entretenu dans les packs de services que certaines résidences proposent. Ainsi la DGCCRF relève la mise en avant par l'une d'elles d'un pack « Assistance santé et sécurité » et de « l'assistance par un auxiliaire de vie qualifiés 24/24 et 7/7 », qui peuvent être de nature à créer une confusion avec les prestations proposées par un EHPAD. Un système de téléassistance via un bracelet qui permet à la personne âgée de contacter la résidence à tout moment « en cas de problème de santé » va être promu sous la forme d'un « pack sérénité » incluant « l'assistance 24h/24h (activité de service à la personne dite « garde malade ») ». Couplé à la mise en avant du terme de « service à la personne », une véritable confusion est induite chez les clients potentiels

²³² Les sites Internet offrent ainsi une hétérogénéité flagrante sur ce point qui reflète certainement le flou autour de la notion de proximité. Ainsi d'après conseildependance.fr, 97 % des résidences indiquent être proches d'un pôle de santé de proximité contre seulement 39 % pour capresidencesseiniors.com.

quant au fait que le service pourrait correspondre à ce qui est proposé dans un établissement médicalisé.

A la connaissance de la mission, aucune résidence ne porte de SSIAD, même de façon mutualisée avec d'autres structures de son territoire. Comme l'indiquait le SNRA à la mission, une telle offre emporterait de gérer des données de santé, ce à quoi les résidences ne sont pas préparées aujourd'hui.

5.4.2 L'assistance aux gestes de la vie quotidienne : le développement minoritaire de services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) intégrés aux résidences

Les RSS ne sont aujourd'hui pas recensées sur le site public pour-les-personnes-agees.gouv.fr où figurent néanmoins les Ehpad, résidences autonomie et services d'aide et d'accompagnement à domicile. Leur inscription sur ce site qui n'est pas à visée commerciale permettrait de fiabiliser la délivrance réelle de SAAD intégré au sein des RSS. Le rapport Libault de mars 2019 à la suite de la concertation Grand âge préconisait déjà d'améliorer la visibilité des RSS via une obligation déclarative de recensement des RSS sur le portail de la CNSA et de les inclure dans les statistiques de la DREES. La mission souscrit pleinement à ces recommandations.

Nombreuses sont les résidences à proposer un service de téléassistance ou téléalarme (comme évoqué précédemment par la DGCCRF, le mode de facturation de ces services est souvent problématique). Cette prestation est en effet de nature à sécuriser les résidents (l'isolement et la peur de chuter sont des motifs fréquents d'entrée en résidences).

D'après le site conseildependance.fr, 32 % des RSS mettent aussi en avant sur leur site Internet le fait de disposer de service d'aide à la personne (cela peut aller d'un SAAD intégré à un service de ménage, de courses ou de promenade d'animaux domestiques). Certains déclarent disposer d'un service d'aide à domicile. Sans nier l'existence de telles configurations (la mission a pu le constater dans certains déplacements), cela est néanmoins à prendre avec précaution car la DGCCRF dans son enquête récente sur le secteur (op. cit.) a relevé « *la mise en avant de la délivrance de services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) sans autorisation spécifique du conseil départemental par la RSS* ». Le cas le plus fréquent pour un résident qui souhaite être assisté dans les gestes de sa vie quotidienne (lever, toilette, douche, repas...) est de faire appel aux services d'un SAAD externe à la résidence, soit en partenariat avec cette dernière, soit sans lien. La conciergerie peut alors jouer un rôle de coordination entre le SAAD et le résident lorsque, par exemple, des visites ne sont pas honorées.

Les cas recensés en ligne de SAAD intégré (c'est-à-dire rattaché à la résidence et autorisé par le conseil départemental) semblent peu fréquents mais le manque de qualité des données et du remplissage ne permet guère d'aller plus loin dans l'analyse.

L'intégration d'un SAAD présente plusieurs avantages pour une résidence services senior :

- étendre la gamme des services proposés et ainsi être plus attractives pour de nouveaux clients

- faciliter un maintien plus durable des personnes dans la résidence, et limiter ainsi la rotation des habitants
- limiter la circulation de professionnels externes au sein de la résidence, et ce d'autant plus que les SAAD sont des services qui connaissent généralement un fort turn over de leurs effectifs.
- mutualiser un service pour les habitants sans pour autant avoir les temps de déplacement que connaissent les SAAD externes.
- attirer des personnels d'aide à domicile et auxiliaire de vie désireux d'intégrer une structure sans pour autant rejoindre un Ehpad.

Plusieurs difficultés dans la gestion d'un SAAD intégré peuvent néanmoins apparaître qu'il ne faut pas sous-estimer :

- rien n'oblige les habitants de la RSS à recourir au SAAD de la résidence, ce qui complique les prévisions d'activité du SAAD et donc le calibrage des effectifs salariés. Certains n'ont pas de besoin d'assistance et d'autres font appel à d'autres SAAD plus à leur convenance (prix, nature et qualité des services proposés).
- la montée en charge du service peut poser des difficultés de pilotage pour les responsables. En effet, étant donné les effectifs à ce jour relativement réduits de personnes âgées en perte d'autonomie au sein d'une résidence et la montée en charge relativement lente du taux d'occupation (environ 5 ans), les gestionnaires doivent ajuster de façon fine l'augmentation concomitante des effectifs salariés du SAAD. Actuellement, la mission n'a pas rencontré de SAAD intégré à une RSS qui intervienne en dehors de la RSS de rattachement, même si certains gestionnaires se sont montrés intéressés par une telle perspective qui leur permettrait de sécuriser financièrement et en termes RH le SAAD de leur résidence. Cela les conduirait à tisser des liens sur leur territoire en direction de publics potentiellement fragiles.

Le syndicat SNRA, qui se présente comme le « Syndicat National des Résidences avec services pour Aînés », met en avant sur son site des éléments de documentation²³³ détaillant les difficultés que les RSS auraient à obtenir des conseils départementaux des autorisations de SAAD au motif d'arguments jugés infondés par les auteurs (non-respect de la liberté de choix des résidents, absence de projet de service personnalisé, manque de personnel qualifié). La mission a pu relever lors de ses déplacements qu'il existe parfois un besoin d'accroître la connaissance du monde des RSS de la part des conseils départementaux pour qui ce segment de l'offre est à ce jour souvent éloigné de leurs spectres de réflexion. Il n'en reste pas moins que les conseils départementaux en ont une certaine connaissance par différents canaux (déplacement de leurs équipes d'évaluation médico-sociale pour les demandeurs de l'APA qui y résident, instruction des demandes de SAAD intégrés...). Dans leurs instructions de demande, les conseils départementaux appliquent le cadre légal et réglementaire du CASF dont la fonction première est la protection et l'accompagnement des personnes, et si un demandeur estime que ce n'est pas le cas, il est en droit de contester les décisions prises.

²³³ Les Résidences seniors en France, septembre 2017, EHPA.

Les précautions prises par certains acteurs départementaux peuvent s'expliquer par l'absence d'outils dont ils disposent pour réguler cette offre et l'intégrer à leur schéma d'intervention ainsi que par le peu d'informations qu'ils ont sur les RSS de leur territoire (nature des publics accueillis, occupation réelle, parcours des personnes, services proposés) ou d'informations potentiellement inquiétantes. Ainsi, la DGCCRF, à l'occasion d'une vague de contrôle de RSS rendue publique via un communiqué public, a relevé un certain nombre d'anomalies dans les pratiques des SAAD intégrés aux RSS (qualifiées de « pratiques déloyales ») :

« - une présentation des prix des SAP ne correspondant pas aux prix réellement pratiqués :

Une RSS présentait par exemple dans sa grille tarifaire deux prix distincts pour des prestations de SAAD, à savoir un prix de service lorsqu'il y avait une prise en charge du résident par le conseil départemental et un prix hors prise en charge. Dans les contrats de SAAD réalisés, étaient mentionnés des systèmes de calcul du prix facturé non précisés dans la grille tarifaire. En effet, les contrats mentionnaient : « En cas de prise en charge par un organisme payeur, le coût horaire sera celui appliqué par cet organisme, dans la limite du nombre d'heures accordées et dans la limite où la participation du bénéficiaire fixée par l'organisme est inférieure à 30 %. Si la participation financière fixée par l'organisme payeur au bénéficiaire est supérieure à 30 %, le cout horaire facturé sera majoré de 2 euros de plus par heure et de 50 % le dimanche et les jours fériés. Les heures réalisées au-delà du nombre d'heures accordées par l'organisme payeur sont facturées 2 euros de plus que le cout horaire fixé pour les heures prises en charge et majorées de 50 % le dimanche et les jours fériés ». L'information sur les prix fournie au consommateur était donc déloyale car elle différait d'un support à l'autre ou ne permettait pas de connaître, en amont de la souscription au service, le prix qui lui serait réellement facturé.

De même, certaines résidences mettaient en avant dans leurs documents d'informations précontractuelles, une « Tarification sans surprise : le tarif horaire est unique ». Or, dans les faits, ces établissements pratiquaient des prix différents pour les prestations de SAP dits « de confort » ou « de la vie quotidienne » et pour les prestations de SAAD¹⁴. De plus, les prix de ces différentes prestations de SAP pouvaient être majorés de 25 % selon les périodes ou horaires de délivrance.

- des allégations exagérément valorisantes sur la qualité des SAP [service à la personne] rendus :

Afin d'attirer de nouveaux résidents, certaines RSS mettent en avant des gages de qualité qui sont parfois amplifiés ou trompeurs par rapport à la réalité. Par exemple, une brochure d'un établissement prétendait que l'un des salariés dédiés aux prestations de SAAD présentait « 8 années d'expérience en qualité d'aide à domicile auprès du public sénior » alors que son certificat de travail attestait, en réalité, d'une expérience de 6 ans en tant qu'assistant ménager. De plus, certains logos de certification (ex : logo NF Service d'Afnor) étaient parfois apposés sur les documents des RSS alors qu'ils n'avaient pas été obtenus auprès de l'organisme certificateur ».

5.5 Une offre d'habitat temporaire qui peine à trouver sa place

Le site conseildependance.fr permet de constater que 70 % des résidences proposent également un hébergement temporaire (généralement pour un nombre très réduit de logement, un ou deux dans certains cas). Ces types d'hébergement peuvent remplir plusieurs destinations : hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation, hébergement temporaire d'un proche de résident (ex. pour des visites). Pour des raisons de manque de rentabilité (difficulté de

remplissage), il ne semble cependant pas que ce type d'hébergement fonctionne bien, les responsables de RSS rencontrés ne le voient généralement pas comme un segment d'offre porteur pour les années à venir (rappelons de plus que les dispositifs d'hébergement temporaire dans les Ehpad connaissent, eux aussi, des difficultés pour se développer).

6 Les personnels salariés ou intervenants en résidences services senior

Les effectifs salariés des résidences peuvent varier fortement selon que les services proposés sont internalisés ou externalisés (de quelques personnes à près d'une vingtaine pour une résidence de 100 logements pour celles rencontrées par la mission²³⁴). Il existe néanmoins un socle de base de personnels salariés, que l'on retrouve partout. Ils se composent des personnels suivants : un gestionnaire responsable, qui parfois partage son temps entre plusieurs résidences, une personne qui assure l'accueil, et quelques personnes en charge de la logistique, de la sécurité et de l'entretien du bâtiment (ménage des communs, jardinage, maintenance).

Selon la nature des autres prestations proposées telles que décrites précédemment (notamment restauration/portage de repas, blanchisserie, animation, service d'aide à la personne), les personnels sont soit salariés de la résidence (service en régie) soit des prestataires externes (ex. pas de cuisinier interne mais achat auprès d'un fournisseur, partenariat avec une entreprise locale de service d'aide à la personne).

Ainsi que le mentionne la DGCCRF à la suite de ses contrôles de RSS, un certain flou est parfois entretenu par les résidences sur leur site Internet, dépliants ou plaquettes publicitaires : ainsi, une résidence laisserait penser qu'elle dispose de personnel médical, alors que ce n'est pas le cas, une autre laisserait entendre qu'elle a des aides à domicile, alors que les aides à domicile sollicitées par la résidence sont salariées d'un Ehpad à proximité.

Il n'existe pas à la connaissance de la mission de recensement à visée statistique des personnels salariés des résidences services, contrairement à ce qui existe pour les résidences autonomie (enquête EHPAD pilotée par la Drees).

Ainsi que le rappelait l'Igas dans son rapport de 2014 sur les RSS, un des enjeux importants pour les résidences est le turn-over des personnels et leur niveau de qualification. De fait, la stabilité des agents présents serait source à la fois de qualité (bonne connaissance des résidents et de leurs attentes) et de satisfaction pour les personnes âgées (continuité de repères relationnels).

²³⁴ Le Synerpa (publication citée précédemment) met en avant que les nouvelles résidences qui se créeront entre 2019 et 2030 (soit 840 – 760 en 2019 et 1600 en 2030) conduirait à la création de 17600 emplois en RSS dans les années à venir. Cela conduit à une moyenne de plus de 20 salariés par résidence, ce qui paraît plus élevé que les constats faits par la mission. Cela traduit sans doute deux hypothèses : une augmentation progressive de la taille des résidences (phénomène évoqué par plusieurs acteurs et dont le motif est un enjeu de rentabilisation) ; le développement de SAAD intégré en résidence (pour une RSS qui possède un SAAD, celui-ci peut devenir, après quelques années, un des principaux postes d'effectifs de la RSS).

7 Les sorties de résidences services senior

7.1 Le décès en résidences services senior

D'après les informations fournies par des représentants du secteur, le taux de rotation moyen des résidents de RSS serait de 20 % par an, soit une proportion très proche de ce qui est observé en résidence autonomie, mais il n'est pas évident de savoir quelle place occupe les décès dans la mesure où beaucoup d'autres causes de départ existent (retour à domicile chez soi ou chez un proche, départ en Ehpad, hospitalisation longue, départ vers une autre résidence...). La mission ne sait pas si les décès interviennent principalement dans les résidences ou à l'hôpital, mais, tout comme pour les RA, l'hôpital paraît, aux dires des acteurs, occuper une place prépondérante. Comme pour les RA à nouveau, l'objectif des gestionnaires est de garder les personnes jusqu'à leur décès si cela est possible. Il y a néanmoins des cas où cela ne l'est pas.

7.2 L'Ehpad : une orientation perçue comme indispensable dans un certain nombre de cas

N'étant pas un établissement médicalisé, la grande majorité des gestionnaires de RSS considère que la RSS n'est pas en capacité et n'a pas pour rôle d'accueillir des personnes lourdement dépendantes ou qu'elles considèrent comme malades²³⁵. Ce parti pris peut poser question dans la mesure où, actuellement en France, près d'un GIR 1 ou 2 sur deux ne vit pas en Ehpad mais à domicile. Revient par ailleurs de façon régulière qu'une trop grande proportion de personnes dépendantes dans la RSS, et en particulier sévèrement dépendantes, pourrait avoir un effet repoussoir pour attirer de nouveaux clients, la RSS se trouvant alors assimilée à un Ehpad.

En lien avec les personnes et leurs familles, les directeurs de RSS s'attachent donc à organiser la sortie des personnes dont le degré d'autonomie se dégrade trop à leurs yeux. La mission n'a pas rencontré lors de ses déplacements de famille confrontée à cette situation pour l'auditionner. Il est difficile d'estimer la part d'habitants concernés par un départ en Ehpad. D'après le SNRA, cela représenterait environ 3 à 4 résidents par an pour 20 départs de RSS, soit un taux de 15 à 20 % des sorties annuelles. Ce chiffre paraît nettement sous-évalué si l'on en juge par les nombreuses similarités qui existent entre les résidences autonomie et les résidences services et sachant que les résidences autonomie orientent environ la moitié (46 %) de leurs sortants annuels vers l'Ehpad (voir l'annexe 5 relative aux résidences autonomie). Il est vraisemblable que le chiffre bas évoqué par le SNRA s'explique par un effet conjoncturel lié à la faible ancienneté de nombre de résidences (développement rapide et récent du secteur) : en effet, tant qu'une résidence n'est pas arrivée à maturité en termes de montée en charge (environ 5 ans), il est vraisemblable que le volume de sorties vers l'Ehpad est inférieur à ce qu'il sera en régime pérenne.

La bonne articulation entre résidences services et Ehpad constitue en fait un point potentiellement sensible du modèle des résidences services. Cette question s'est peu posée

²³⁵ Il serait plus juste en pratique de pointer non le fait que les personnes soient ou non malades (car la polypathologie est très répandue chez les personnes âgées) mais la nécessité ou non pour les personnes d'une aide et d'une assistance importante au quotidien.

jusqu'à présent dans la mesure où l'accès aux Ehpad ne posait généralement pas de difficultés majeures (offre supérieure à la demande – voir l'annexe Ehpad et le détail sur les délais d'admission en Ehpad en 2019). Rien ne contraint les RSS à passer un partenariat avec un Ehpad de leur territoire pour organiser la sortie de la résidence de certaines personnes en situation de perte d'autonomie importante, et la mission a constaté que ce type de conventionnement n'était pas du tout un réflexe chez certains gestionnaires de RSS, en particulier émanant du monde de l'hôtellerie.

A l'inverse, pour les groupes possédant aussi des Ehpad, la question de l'articulation entre RSS et Ehpad se pose beaucoup plus naturellement, certains ayant d'ailleurs implanté leur RSS sur le même site qu'un Ehpad du groupe. La DGCCRF relève, elle, plusieurs avantages pour les RSS à cette proximité avec les Ehpad : *« Les enquêteurs ont constaté que les RSS de certains groupes s'installaient préférentiellement à proximité ou sur le même site qu'un EHPAD du groupe, ce qui permet aux deux types d'établissement de mutualiser la restauration, les animations et d'autres services. Le cas échéant, ce type de site peut également permettre de faciliter l'orientation des personnes devenues très dépendantes de la RSS vers l'EHPAD. Pour les couples de personnes âgées dont le niveau de dépendance est différent, cela peut représenter un avantage certain. Le résident en perte d'autonomie peut être pris en charge par l'EHPAD en accueil de jour et résider la nuit avec son conjoint plus autonome dans la RSS. Ces développements peuvent se révéler intéressants dans l'individualisation et l'adaptation de la prise en charge des personnes âgées, sous réserve que les informations transmises concernant les différents types d'établissements du site soient très claires et loyales »*. Si ce type de schéma organisationnel et géographique présente en apparence des intérêts manifestes pour les personnes et les gestionnaires, il faut s'assurer qu'il ne conduit pas en pratique à de la confusion dans la tarification des services prestés ni à des pratiques opportunistes de placement des personnes dans l'une ou l'autre structure suivant les intérêts propres des gestionnaires.

ANNEXE 7 : L'accueil et l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie en établissement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad)

ANNEXE 7: L'ACCUEIL ET L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES AGEES EN PERTE D'AUTONOMIE EN ETABLISSEMENT POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES (EHPAD)	207
.....	
INTRODUCTION	211
1 LE PILOTAGE	212
1.1 UN PILOTAGE A LA CHARNIERE DE PLUSIEURS ACTEURS.....	212
1.2 UN MORATOIRE DE FAIT SUR LES CONSTRUCTIONS DE PLACES D'EHPAD DANS L'HEXAGONE.....	213
1.3 LE LOGEMENT DES PERSONNES AGEES : UN VIRAGE DOMICILIAIRE QUI PEINE A SE DEPLOYER.....	215
1.4 UN TAUX D'OCCUPATION SUJET A DE MULTIPLES INTERPRETATIONS DEPUIS LA CRISE COVID ET LE SCANDALE ORPEA, CE QUI COMPLIQUE L'ELABORATION D'UNE STRATEGIE CLAIRE DE PROGRAMMATION DU NOMBRE DE PLACES.....	217
1.4.1 <i>Diverses sources existent.....</i>	217
1.4.2 <i>Le taux d'occupation a baissé fortement jusqu'à mi-2021 et remonte progressivement depuis</i>	218
1.4.3 <i>Les départements n'ont pas encore retrouvé leur taux d'occupation d'avant la crise sanitaire même si un début de rattrapage est observable chez un grand nombre</i>	220
1.4.4 <i>Les causes de taux d'occupation faibles sont multiples : un problème structurel du côté de l'offre, un phénomène vraisemblablement conjoncturel du côté de la demande</i>	221
2 L'OFFRE DE PLACES D'EHPAD	227
2.1 UNE HETEROGENEITE TERRITORIALE D'IMPLANTATION MARQUEE.....	227
2.2 LA SITUATION PARTICULIERE DE L'OUTRE-MER	231
2.3 UNE LEGERE HAUSSE DE LA TAILLE MOYENNE DES STRUCTURES DANS LA PERIODE RECENTE	231
2.4 UNE TAILLE DES STRUCTURES NOTABLEMENT PLUS REDUITE EN MILIEU RURAL	232
2.5 UNE ACCESSIBILITE FINANCIERE DES STRUCTURES TRES DIFFERENCIEE SELON LES TERRITOIRES : LE COUT DE L'HEBERGEMENT	233
2.5.1 <i>Le prix d'un EHPAD se décompose en trois tarifs journaliers :.....</i>	233
2.5.2 <i>Des tarifs fortement différenciés selon les territoires.....</i>	233
2.5.3 <i>Le recours possible à l'aide sociale à l'hébergement.....</i>	235
2.5.4 <i>Un taux d'équipement en place habilités à l'aide sociale à l'hébergement qui varie fortement entre départements.....</i>	236
2.6 UN ENJEU DE MODERNISATION DES EHPAD ACCENTUE PAR LA CRISE CLIMATIQUE ET LE NIVEAU DE DEPENDANCE ACCRU DES PERSONNES	237
2.6.1 <i>La persistance de chambres doubles pour près d'un résident sur dix.....</i>	238

2.6.2	<i>Des équipements sanitaires dont l'amélioration reste par endroits un enjeu</i>	239
2.6.3	<i>Des établissements mal préparés à faire face au réchauffement climatique</i>	239
2.6.4	<i>Des besoins nouveaux d'aménagement du bâti dus à l'évolution du profil des résidents : les personnes âgées en situation de perte d'autonomie et d'obésité</i>	239
3	LE PUBLIC ACCUEILLI EN EHPAD	240
3.1	DES PERSONNES DE PLUS EN PLUS DEPENDANTES, MAIS PAS PLUS FREQUEMMENT EN GIR 1	240
3.2	UN PUBLIC DE PLUS EN PLUS AGE	242
3.3	UNE ATTRITION, SANS DISPARITION, DES PUBLICS AUTONOMES OU PEU DEPENDANTS	243
3.4	DES PERSONNES PLUS PRECAIRES EN ETABLISSEMENT QU'A DOMICILE	244
3.5	LES PERSONNES DE MOINS DE 75 ANS EN EHPAD : GRANDE PRECARITE ET PERSONNES HANDICAPEES VIEILLISSANTES	247
3.5.1	<i>Des personnes à bas niveau de revenu, fréquemment seules, souvent sous protection juridique avec une surreprésentation d'hommes</i>	247
3.5.2	<i>Un état de santé neuropsychiatrique en moyenne plus dégradé que les résidents plus âgés</i>	249
3.5.3	<i>Une population en forte croissance dans les Ehpads</i>	249
3.5.4	<i>Les personnes en grande précarité : une croissance difficile à estimer</i>	250
3.5.5	<i>Les personnes en situation de handicap vieillissantes : des effectifs en croissance</i>	251
3.6	DES PERSONNES AUX PATHOLOGIES MULTIPLES, FORTEMENT REQUERANTES EN SOIN	255
3.7	LEGERE HETEROGENEITE DU PUBLIC ACCUEILLI SELON LE STATUT JURIDIQUE DES EHPAD ET CAS PARTICULIER DES EHPAD TERRITORIAUX EN ZONE TRES PEU DENSE	257
3.8	UN RECOURS A L'AIDE SOCIALE A L'HEBERGEMENT EN BAISSSE	258
4	LES ENTREES EN EHPAD	259
4.1	UNE GESTION TOTALEMENT DECENTRALISEE DES ENTREES EN EHPAD	259
4.2	DES MOTIFS D'ENTREE EN EHPAD MAL CONNUS	259
4.3	DES DELAIS D'ATTENTE PARFOIS LONGS	263
4.4	MOINS D'UN TIERS DES PERSONNES ENTRENT EN EHPAD A L'ISSUE D'UNE HOSPITALISATION	264
4.5	DES ENTREES EN EHPAD PLUS TARDIVES, SOUVENT PEU ANTICIPEES ET A DES NIVEAUX DE DEPENDANCE ELEVES	265
4.6	CONSENTEMENT OU ASSENTIMENT DES PERSONNES : UNE QUESTION CENTRALE	266
5	LES SERVICES PROPOSES EN EHPAD	267
5.1	LA PRISE EN CHARGE DES SOINS : L'EMERGENCE DU TARIF GLOBAL	267
5.2	LA PRISE EN CHARGE DE LA DEPENDANCE : DES SERVICES INTEGRES	268
5.3	LA PRISE EN CHARGE DE L'HEBERGEMENT : DES PRESTATIONS ENCADREES DEPUIS 2015 PAR UN SOCLE REGLEMENTAIRE	268
5.4	LE DEVELOPPEMENT POUR PARTIE CONTRAIRE DE MODES D'ACCUEIL AUTRES QUE L'HEBERGEMENT PERMANENT	270
5.4.1	<i>Hébergement temporaire, accueil de jour, accueil de nuit</i>	270
5.4.2	<i>La question du soutien aux démarches administratives</i>	271
6	LES PERSONNELS INTERVENANT EN EHPAD	272
6.1	UNE GRANDE VARIETE DE PROFESSIONNELS	272
6.2	LA PROBLEMATIQUE RECURRENTTE DU TAUX D'ENCADREMENT : DES DIFFICULTES DE MESURE MAIS DES ECARTS CONSEQUENTS ENTRE EHPAD	272
6.3	DES DEPARTS MASSIFS EN RETRAITE DE MEDECINS D'EHPAD A PREVOIR DANS LES ANNEES A VENIR ET LES EFFETS DU MANQUE DE MEDECINS EN EHPAD	273

6.4	UN EFFET CISEAUX ENTRE L'ACCROISSEMENT DU NIVEAU DE DEPENDANCE DES PERSONNES ET DES PENURIES DE PERSONNEL QUI PEUT CONDUIRE A DES GELS DE PLACES	274
6.5	DES PERSONNELS DE DIRECTION PORTES PAR UNE VISION RENOUVELEE DU ROLE DE L'EHPAD	275
7	LES SORTIES D'EHPAD	276
7.1	L'EVOLUTION DE LA DEPENDANCE DES PERSONNES AGEES ACCUEILLIES EN EHPAD	276
7.2	UN NIVEAU ELEVE DE SORTIES CHAQUE ANNEE POUR CAUSE DE DECES	279
7.3	DES DUREES MOYENNES DE SEJOUR TRES STABLES MAIS UNE GRANDE HETEROGENEITE.....	280

Introduction

La rédaction de cette annexe répond à plusieurs objectifs pour la mission :

- objectiver la dynamique de l'offre en termes de places d'Ehpad sur la période récente
- spécifier le profil des personnes logées en Ehpad afin d'identifier leurs besoins d'accompagnement et le calibrage des alternatives à l'Ehpad dont elles pourraient bénéficier
- analyser les raisons qui conduisent à des admissions en Ehpad de sorte à examiner les voies et moyens de repousser les limites du maintien à domicile
- étudier en quoi l'Ehpad pourrait, en se transformant dans une logique domiciliaire, devenir demain une alternative à lui-même.

Cette analyse approfondie permet de constater que, loin des idées préconçues véhiculées sur les Ehpad, la situation des publics accueillis est beaucoup plus protéiforme et complexe que ce qui est généralement perçue. Ainsi, contrairement à une croyance répandue, l'augmentation de l'âge d'entrée en Ehpad n'a pas pour traduction une baisse notable de la durée moyenne de séjour en Ehpad. Les Ehpad sont des lieux où nombre de personnes vivent plusieurs années, et doivent donc à ce titre être pensés comme des lieux de vie. Dans la même logique, il est souvent dit que les Ehpad accueillent des personnes de plus en plus confinées au lit ou au fauteuil, ce que les données ne confirment pas : certes le niveau général de dépendance s'accroît depuis une quinzaine d'années, mais cette hausse se concentre pour l'essentiel sur les personnes modérément dépendantes de GIR 3. Cette analyse détaillée permet donc d'approcher plus finement la réalité des Ehpad et des publics accompagnés.

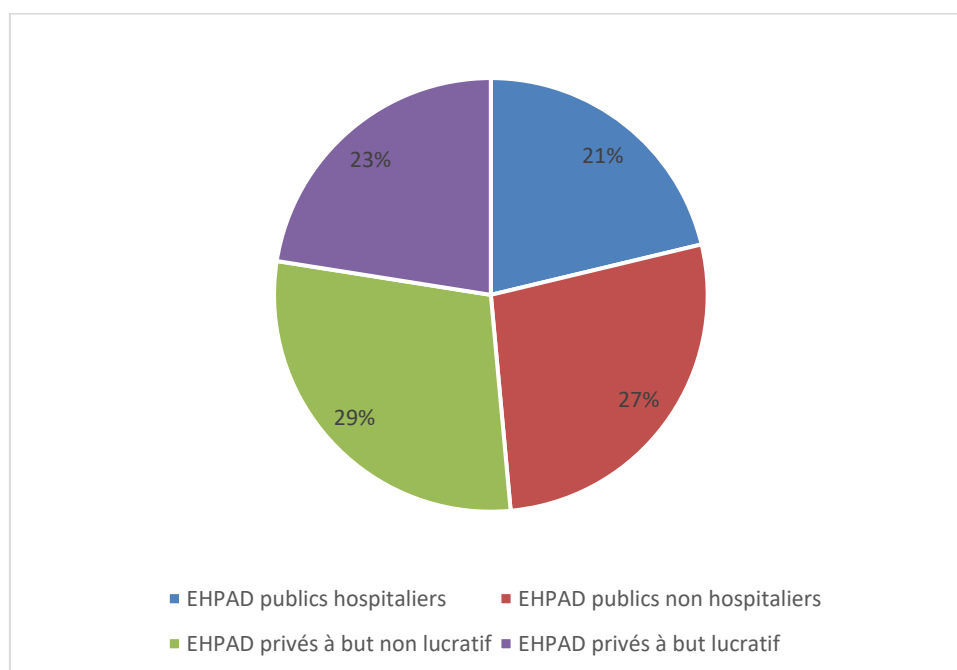
Plus fondamental encore, cette annexe montre qu'il n'y a pas opposition entre l'expression d'un désir croissant des Français de vieillir chez eux (confirmée par de multiples enquêtes depuis vingt ans) et un recours élevé aux Ehpad : en effet, les entrées en établissement étant généralement la conséquence d'un choix contraint (dégradation de l'état de santé, incapacité à faire évoluer l'accompagnement domiciliaire, épuisement des aidants...), les désirs des personnes et de leurs familles peuvent se trouver pour ainsi dire rattrapés par un principe de réalité qui conduit à des départs du domicile. La réflexion sur la place du domicile ordinaire, des habitats alternatifs et des Ehpad ne doit donc pas s'arrêter à ce qu'expriment les gens en bonne santé se projetant sur leur fin de vie car, par construction, il est difficile de s'imaginer un jour dépendant et a fortiori les contraintes quotidiennes que cela peut représenter pour soi et son entourage pour garder une vie bonne et des conditions d'existence satisfaisantes. Ce point est un utile rappel de la nécessité qu'il y a à distinguer attentes et besoins, les désirs des personnes ne se traduisant pas nécessairement en actes si les conditions nécessaires à leur réalisation ne sont pas réunies.

1 Le pilotage

1.1 Un pilotage à la charnière de plusieurs acteurs

Le pilotage des établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes (Ehpad) fait intervenir plusieurs acteurs, aux premiers rangs desquels l'assurance maladie, les agences régionales de santé et les conseils départementaux pour le financement (section soins versus section dépendance²³⁶ et hébergement) et la régulation de l'offre (ouverture/fermeture d'établissements ou de places). Les résidents et leurs familles assurent une grande part du financement (tarif hébergement et ticket modérateur dépendance) avec la possibilité de mobiliser l'Aide sociale à l'hébergement en cas de ressources insuffisantes après participation des obligés alimentaires éventuels. La gestion opérationnelle des structures est, elle, tantôt rattachée à des établissements publics de santé (21 % des places), tantôt à des établissements publics autonomes ou rattachés à des collectivités, généralement communales (27 %), tantôt à des associations à but non lucratifs (29 %) et tantôt à des entreprises à but lucratif (23 %) (voir graphique ci-dessous).

Graphique 1 : Proportion de chaque type d'Ehpad en 2019 en nombre de place installées



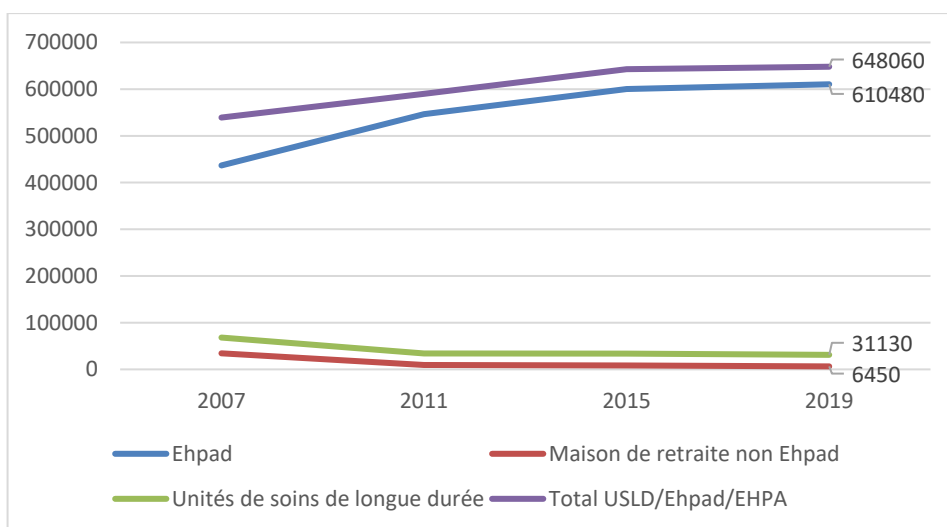
Source : EHPA 2019 au 31/12/2019, traitement mission.

²³⁶ La fusion des sections soins et dépendance fait l'objet de propositions récurrentes depuis plusieurs années (ex. Concertation Grand âge et autonomie, rapport D. Libault mars 2019 ; Rapport d'information n°5152 de l'Assemblée nationale le 9 mars 2022 en conclusion de ses travaux sur la situation dans certains établissements du groupe Orpea ; Proposition de loi n°1061 enregistrée à la Présidence de l'Assemblée nationale le 4 avril 2023 visant à garantir le droit à vieillir dans la dignité et à préparer la société au vieillissement de sa population).

1.2 Un moratoire de fait sur les constructions de places d'Ehpad dans l'hexagone

Après une vague d'ouverture de places d'Ehpad initiée pendant la première décennie des années 2000 (couplée à la transformation d'USLD en Ehpad), le mouvement de création de places d'Ehpad s'est fortement atténué jusqu'à devenir quasiment nul au regard du parc existant à partir de 2015 (voir graphique ci-dessous).

Graphique 2 : Nombre de places installées en USLD/Ehpad/EHPA entre 2007 et 2019



Source : EHPA 2007 à 2019, traitement mission.

Dès lors, sur la période récente, il n'y a plus que dans les Outre-mer qu'il existe une dynamique réelle de construction de places d'Ehpad (voir tableau ci-dessous) : ainsi, en Outre-mer, la croissance annuelle de construction de places d'Ehpad a oscillé entre +2 % et +3 % entre 2017 et 2021 (début de rattrapage d'un taux d'équipement initialement plus bas que dans l'hexagone) ; à l'inverse, le taux d'ouverture annuelle de places d'Ehpad est désormais inférieur à 0,1 % dans l'hexagone. Ce choix de ne plus quasiment plus ouvrir de places d'Ehpad résulte de la volonté politique affichée d'engager un « virage domiciliaire » dans le secteur du grand âge, c'est-à-dire de favoriser le maintien des personnes âgées dépendantes à domicile, aussi longtemps que possible, avant un accueil éventuel en établissement. Certains interlocuteurs auditionnés par la mission parlent même de « moratoire de fait »²³⁷ sur la construction actuelle de places d'Ehpad dans la mesure où ce très faible niveau d'ouverture de nouvelles places d'Ehpad, tout en étant bien réel, est pour l'essentiel la résultante de la politique de virage domiciliaire. En effet, la construction de nouveaux Ehpad s'opère généralement par le lancement de grands plans nationaux associés à la mobilisation massive de crédits de financement. Le dernier plan solidarité

²³⁷ Le Projet de loi de financement de la sécurité sociale PLFSS pour 2024 rappelle que " Afin de tenir compte de la préférence des Français pour le maintien à domicile, le choix a été fait au moment de la LFSS pour 2022 d'un objectif de « virage domiciliaire » ambitieux en dix ans, visant à faire passer le « taux d'institutionnalisation » (en EHPAD) parmi les personnes en perte d'autonomie de 41 à 37 % entre 2021 et 2030."

grand âge²³⁸ qui tend actuellement à atteindre ses objectifs (il faut compter plusieurs années entre les notifications de crédits CNSA aux ARS et la réalisation effective des places) n'est pas contradictoire avec un volume de places atones : en effet, la modernisation du parc existant (mieux respecter la dignité des personnes par des modes d'accompagnement plus adaptés par exemple en supprimant progressivement les chambres doubles ou en développant les places en unités Alzheimer) se fait souvent par transformation de l'existant avec peu ou pas de création (voire parfois des destructions).

Tableau 1 : Nombre de places en Ehpad entre 2017 et 2022 en Outre-mer et métropole

	2 017	2 018	2 019	2 020	2 021	2 022
Outre-mer	4299	4422	4519	4633	4813	4846
Evol N/N-1 Outre-mer		2,86 %	2,19 %	2,52 %	3,89 %	0,69 %
France métropolitaine	604775	606773	607617	608679	609257	609787
Evol N/N-1 France métropolitaine		0,33 %	0,14 %	0,17 %	0,09 %	0,09 %

Source : CNSA à l'appui de la base *Finess*, traitement mission.

Actuellement, aucune programmation d'ouverture de places d'Ehpad ne prévoit des créations de l'ampleur de celles opérées dans le cadre des grands plans initiés dans les années 1990 et 2000²³⁹. Si cette tendance se poursuit, lorsque la génération des baby-boomers commencera à être concernée par une augmentation progressive de la probabilité de vivre en EHPAD aux environs de 2030 (naissance en 1945, atteinte de l'âge de 85 ans en 2030), cela fera une grosse quinzaine d'années que la France aura connu une dynamique de construction de places d'Ehpad pour ainsi dire atone.

Pour mémoire, « vivre en maison de retraite est très rare avant 80 ans. À cet âge, en 2019, 96 % des personnes habitent « à domicile », c'est-à-dire chez elles ou chez un proche. À partir de 80 ans, la part des personnes vivant à domicile décroît progressivement avec l'âge. Toutefois, 79 % des personnes âgées de 90 ans résident encore à domicile. À partir de 100 ans, la vie en institution devient plus fréquente que la vie à domicile : à cet âge un peu plus d'une personne sur deux vit en institution. Une minorité vit à domicile en couple (4 %), d'autres sont logés avec une autre personne (12 %), la plupart du temps un de leurs enfants, et 33 % habitent seuls »²⁴⁰.

Cet article de la DREES précise également que les centenaires sont de plus en plus seuls à leur domicile et que cela n'a pas eu d'incidence haussière sur la part des centenaires en institution : « De 1999 à 2019, la part de personnes en institution à 100 ans est restée stable à 51 %, alors qu'elle a légèrement diminué aux âges plus jeunes. Au contraire, la part de personnes logées avec leurs enfants ou un autre proche (hors conjoint) a été divisée par deux (de 24 % à 12 %). Les femmes

²³⁸ <https://www.cnsa.fr/grands-chantiers/strategie-et-plans-nationaux/plan-solidarite-grand-age>

²³⁹ Les années 1990 ont permis des progrès quant à l'humanisation des établissements avec la suppression progressive des chambres de 4, 3 et 2 lits, même si les déplacements effectués par la mission (et les données de l'enquête EHPA de la DREES) montre que ce travail n'est pas achevé, notamment dans les Ehpad hospitaliers.

²⁴⁰ <https://www.insee.fr/fr/statistiques/7234483#:~:text=Human%20Mortality%20Database.-,La%20moiti%C3%A9%20des%20centenaires%20vivent%20%C3%A0%20domicile,d%C3%A9cro%C3%A9t%20progressivement%20avec%20l'%,C3%A2ge.>

vivent plus souvent seules dans leur logement et les hommes plus souvent seuls ou en couple. » Comme le confirment les données traitées par la mission du baromètre d’opinion de la Drees (voir ci-dessous), sur les vingt dernières, l’évolution sociétale la plus spectaculaire ne concerne pas le progrès ou recul d’institutionnalisation des personnes âgées dépendantes mais le souhait sans cesse plus faible de prendre chez soi un parent devenant dépendant. Ce résultat converge avec la hausse observée de personnes très âgées vivant seules à leur domicile.

1.3 Le logement des personnes âgées : un virage domiciliaire qui peine à se déployer

Il existe un certain nombre d’ambiguïtés sur ce que recouvre l’expression de « virage domiciliaire » : concerne-t-elle l’ensemble des personnes âgées (problématique du vieillissement) ou seulement celles qui sont en perte d’autonomie (problématique de dépendance) ? faut-il ou non inclure dans la réflexion les habitats alternatifs comme des domiciles (mais certains sont considérés comme des ESMS, comme les résidences autonomie, où les personnes sont pourtant bien locataires d’un logement) ? Le virage peut-il se résumer au fait de limiter les admissions en Ehpad ou emporte-t-il des actions de soutien aux acteurs du domicile ?

Vu à l’aune du taux d’équipement en Ehpad rapporté à la population de plus de 75 ans, le « virage domiciliaire » de la France aurait été modestement engagé depuis une vingtaine d’années. En effet, compte tenu du fait que la population française vieillit, la faible dynamique de construction de places d’accueil en établissement à destination des personnes âgées a pour effet d’induire un virage domiciliaire depuis le milieu des années 2000. Ainsi, d’après les analyses de la Cour des comptes, le taux d’équipement en Ehpad/EHPA (rapporté à la population de plus de 75 ans) a baissé, passant de 107,6 en 2006 à 101,8 en 2019 (voir tableau ci-dessous). Cette dynamique tient au fait que sur la période la croissance de la population de plus de 75 ans a été plus rapide que la création de places d’Ehpad (qui pourtant a été l’objet de plusieurs plans de création). Le phénomène s’accélère depuis du fait du moratoire de fait sur la construction de places d’Ehpad.

Tableau 2 : Taux d’équipement institutions et services pour personnes âgées de 75 ans et plus de 2006 à 2019

Taux d’équipement	2006	2009	2012	2015	2018	2019
Institutions (Ehpad-EHPA)	107,6	104,9	103,5	103,6	103,8	101,8
Ssiad-Spasad	16,6	19,2	19,7	20,7	20,4	20,0

Source : données Statistiques : Drees/SAE/Finess/Insee pour les estimations de population.

Champ : France Métropolitaine.

Lecture : en 2019, on compte 101,8 places d’institutions pour 1 000 personnes de 75 ans et plus.

Source : Cour des comptes, Les services de soins à domicile, déc 2021.

La Drees relève par ailleurs dans ses premières analyses de l'enquête EHPA 2019 que la part des personnes de plus de 90 ans hébergées est en baisse nette entre 2015 et 2019²⁴¹ : elle s'établit à un peu moins d'un tiers, en baisse de 5 points depuis 2015.

Pour autant, cette dynamique, comparée à celle engagée par le Danemark dès les années 1980 (cf. graphique ci-dessous), montre la lenteur du phénomène engagé en France, sachant en plus que le Danemark a mené de concert un virage domiciliaire dans le secteur du grand âge (développement des care home-domicile adapté) et la transformation domiciliaire des institutions équivalant auparavant à des Ehpad français (sheltered housing en nursing home bed).

Graphique 3 : Nombre d'hébergements pour personnes âgées selon la nature de ces hébergements au Danemark



Source : Danish National Statistics, in HCFEA, *Politiques de soutien à l'autonomie des personnes âgées – comparaisons internationales*, mars 2019

Ainsi, tandis que le Danemark disposait en 1994 d'environ 150 hébergements de type nursing home beds et sheltered housing pour 1000 personnes de plus de 75 ans, ce ratio a chuté en 13 ans (1994-2007) à 36, soit une diminution de 114 places. A titre de comparaison (tableau ci-dessous), la baisse a été en France sur une durée similaire (2006-2019) de seulement 6 places et aucune transformation domiciliaire n'a été engagée dans le fonctionnement des Ehpad (excepté l'expérimentation en cours article 51 relative aux Ehpad hors les murs mais qui ne font pas porter la transformation domiciliaire²⁴² sur l'intérieur de l'Ehpad mais sur son intervention vers des domiciles privés dans le diffus).

²⁴¹ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-07/er1237.pdf>

²⁴² Par « transformation domiciliaire des Ehpad », il faut entendre le fait que les accompagnements au sein des Ehpad se fassent dans une logique qui corresponde plus à ce qui se pratique chez soi : pas de blouse portée par les personnels, personnalisation des rythmes de vie dans la délivrance des services, respect de l'intimité, préservation des espaces de vie privés, aménagements intérieurs rappelant un lieu domestique et non un lieu de soin, boîte aux lettres personnelle, évolution du vocabulaire pour parler de logement et non de chambre, d'habitant plutôt que de résident, possibilité d'avoir des animaux domestiques... Ce type de changements représente dans certains cas un coût financier (la personnalisation peut être parfois plus

A l'extrême, on pourrait dire que le virage domiciliaire engagé en France n'est que de façade dans la mesure où le nombre de places en Ehpad est, dans les dernières années, stable, leur transformation domiciliaire très limitée et que la diminution du taux d'équipement provient pour l'essentiel non d'une modification du côté des structures d'hébergement (la baisse du taux d'équipement en SSIAD-Spasad entre 2015 et 2019 constitue même une alerte) mais d'une augmentation de la population des personnes de plus de 75 ans, dont une part croissante vieillit en meilleure santé.

L'analyse de la répartition des bénéficiaires de l'APA (allocation personnalisée d'autonomie) tend à confirmer une telle approche, même si ces données sont à prendre avec précaution dans la mesure où le taux de recours à l'APA et son évolution dans le temps ne sont pas connus. Ainsi, on relève que, parmi les bénéficiaires de l'APA, la part de ceux en établissement ne baisse pas entre 2006 et 2019 (cf. tableau ci-dessous) : elle reste stable à environ deux bénéficiaires sur cinq.

Tableau 3 : Bénéficiaires de l'APA domicile et de l'APA établissement en France, 2006-2019

Bénéficiaires APA en milliers	2006	2019
Domicile	604	987
Etablissement	409	688
Total Domicile+Etablissement	1013	1675
Part des APA étab	40,4 %	41,1 %

Source : Drees, enquête aide sociale, ER1212, traitement par la mission

L'ensemble de ces éléments montre que si l'on vieillit un peu plus fréquemment chez soi après 75 ans aujourd'hui, c'est pour l'essentiel dû à l'amélioration de l'espérance de vie en bonne santé aux âges élevés de la vie plutôt qu'à la transformation domiciliaire dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes. En somme, le virage domiciliaire peine à se déployer en France, par contraste avec d'autres pays européens, comme le Danemark, où cette orientation a fait l'objet d'un véritable volontarisme des pouvoirs publics.

1.4 Un taux d'occupation sujet à de multiples interprétations depuis la crise covid et le scandale Orpea, ce qui complique l'élaboration d'une stratégie claire de programmation du nombre de places

1.4.1 Diverses sources existent

La mission a entendu des avis très diversifiés sur la question des taux d'occupation des Ehpad au cours de ses investigations, parmi lesquels deux sont revenus fréquemment, notamment du côté des autorités de régulation du secteur des Ehpad : 1/ les Ehpad sont sous-occupés depuis la crise sanitaire de 2020 et le scandale Orpea ; 2/ cette sous-occupation tient à la volonté des personnes

onéreuse) mais constitue surtout une posture professionnelle et institutionnelle dans la délivrance des services et le rapport aux personnes logées.

de ne pas aller en Ehpad. Ces opinions font écho au fait que divers sondages montrent, depuis plusieurs décennies, le fort désir de la population française de vieillir à domicile²⁴³.

Lors de ses déplacements, la mission a rencontré des difficultés à connaître avec précision le taux d'occupation des Ehpad. Cette situation est d'autant plus surprenante qu'avec la contractualisation croissante dans le secteur (contrat pluriannuel d'objectifs et de gestion, CPOM), le taux d'occupation par établissement et la fixation de cible sont devenus l'objet de dialogue intense entre les établissements et leurs financeurs (ARS et conseils départementaux). Or, les ARS auditionnées par la mission ainsi que la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) déclarent ne pas avoir une vision précise du taux d'occupation réel des Ehpad. Ce sujet est souvent présenté comme un chantier à venir, la meilleure connaissance de la réalité de l'occupation des places d'Ehpad étant partout vue comme une nécessité pour améliorer le pilotage du secteur.

Il existe en pratique plusieurs sources pour connaître le taux d'occupation des Ehpad :

- Les états réalisés des recettes et des dépenses (ERRD) : Chaque année, le niveau d'activité réalisé est transmis au sein de l'annexe activité. Elle est disponible par EHPAD (finess ET) et par type d'activité (hébergement permanent, temporaire ou accueil de jour). Le taux d'occupation est défini comme le nombre de journées réalisées rapporté au nombre de journées théoriques (nb de places *nb de jour d'ouverture) (réelle, avec absence de -72h et avec absences de + ou - 72h).
- Le tableau de bord de la performance (TDBMS) : Chaque année le taux d'occupation est un des indicateurs du tableau de bord de la performance (IPR4.2). La donnée est disponible pour les EHPAD ayant validé le tableau de bord de la performance (finess ET) et par type d'activité (HP/AJ/HT). Le taux d'occupation est défini comme le nombre de journées réalisées rapporté au nombre de journées théoriques (nb de places *nb de jour d'ouverture).
- Données RESID EHPAD - GDR (CNAM) : le taux d'occupation transmis par les bases GDR RESID EHPAD correspond au taux d'occupation moyen par trimestre. Le mode de calcul est le nombre de places occupées rapporté nombre de places autorisées (globalisé tout mode d'accueil HT/HP/AJ).

1.4.2 Le taux d'occupation a baissé fortement jusqu'à mi-2021 et remonte progressivement depuis

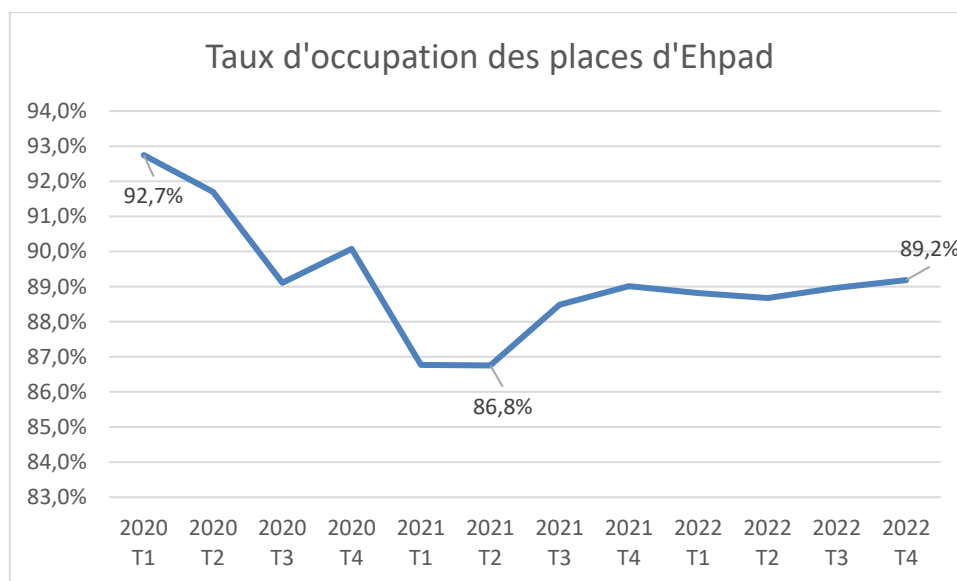
Au 31 décembre 2019, c'est-à-dire avant la crise sanitaire de 2020, le taux d'occupation des Ehpad était de 97,4 % (résidents présents rapportés aux places installées le jour du 31/12/2019). Tandis que les Ehpad privés à but lucratif avaient alors un taux d'occupation à 94,3 %, les Ehpad publics

²⁴³ A titre d'exemple, le sondage « SENIORS : Marché et habitat inclusif, quelle offre de services ? » publié le 7 février 2019 par la Fédération des services aux particuliers (FESP) et réalisé par l'IFOP auprès de 1507 personnes de 50 ans et plus indique que dans une projection à 10 ans, 85 % des répondants envisagent de vieillir au sein de leur logement actuel (avec un néanmoins un décrochage net après 75 ans et pour les personnes ayant des problématiques d'escaliers).

non hospitaliers atteignaient les 98,9 %. A titre de comparaison, les résidences autonomie se situaient alors plus de dix points en dessous (87,3 %).

La seule source qui permet un suivi infra annuel est la base Resid-Ehpad et suit une méthode de décompte différente de l'enquête EHPA (approche moyennée par trimestre, voir graphique ci-dessous). Cette source permet de montrer que le point bas d'occupation des Ehpad a été atteint entre le 1er et le 2ème trimestre 2021 (86,8 %).

Graphique 4 : Taux d'occupation des places d'Ehpad par trimestre entre début 2020 et fin 2022



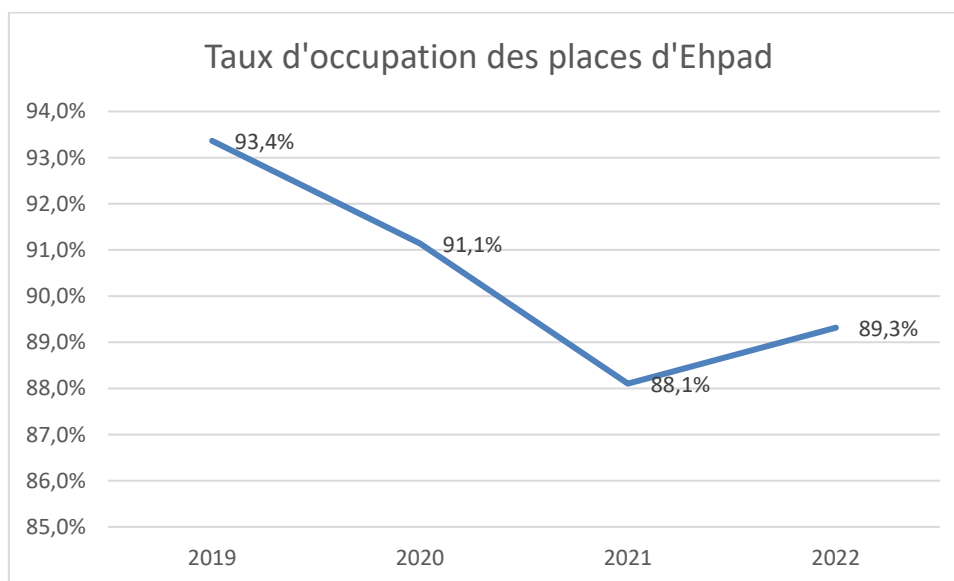
Source : Resid Ehpad, traitement mission

Ce point bas près d'un an après le début de la pandémie a plusieurs facteurs d'explication :

- La surmortalité, soit l'excédent de décès observés par rapport à ceux attendus, a été un peu plus forte en 2022 (8,7 %) qu'en 2021 (6,9 %) et 2020 (7,8 %). Ref : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/7628176>
- La sortie de l'hiver cumule des décès liés à la crise covid ainsi qu'à l'épidémie saisonnière de grippe
- Un certain nombre d'Ehpad ont tardé à enclencher de nouvelles entrées.

Afin de lisser les effets de saisonnalité, le calcul d'un taux d'occupation annuel permet de confirmer le fait que depuis 2022 une remontée progressive des taux d'occupation s'est enclenchée.

Graphique 5 : Taux d'occupation des places d'Ehpad en moyenne annuelle entre 2019 et 2022



Source : Resid Ehpad, traitement mission. Note de lecture : du fait d'agrégations manquantes à la maille départementale entre 2020 et 2022, le présent graphique a pris en compte les départements de France métropolitaine hors 8 départements (Bouches-du-Rhône, Côte-d'Or, Gironde, Hérault, Isère, Nord, Rhône, Val-de-Marne).

1.4.3 Les départements n'ont pas encore retrouvé leur taux d'occupation d'avant la crise sanitaire même si un début de rattrapage est observable chez un grand nombre

Les départements ont connu depuis 2019 des évolutions contrastées. 70 % des départements ont connu leur point bas en 2021, tandis que les autres l'ont, pour la quasi-totalité d'entre eux, eu en 2022. Presque un département sur cinq se situe en 2022 à +/- 2 points de pourcentage de son taux d'occupation de 2019.

Parmi les départements ayant eu leur point bas en 2021, ils sont un peu plus d'un tiers à avoir en 2022 remonté près de la moitié de la baisse préalable. Parmi l'ensemble des départements métropolitains, six ont dépassé en 2022 leur taux d'occupation de 2019 (Charente, Corrèze, Loir-et-Cher, Haute-Saône, Tarn-et-Garonne, Territoire de Belfort) : le taux moyen d'occupation de ces départements est de 95,5 %.

En 2019, près de neuf départements sur dix avaient un taux d'occupation supérieur à 90 %. Au quatrième trimestre de 2022, c'est moins de la moitié des départements qui sont dans ce cas.

1.4.4 Les causes de taux d'occupation faibles sont multiples : un problème structurel du côté de l'offre, un phénomène vraisemblablement conjoncturel du côté de la demande

Les causes du faible taux d'occupation des Ehpad sont schématiquement de deux ordres : des phénomènes d'offre et des phénomènes de demandes.

Concernant l'offre, le principal facteur constaté par la mission est la difficulté que rencontrent les directions d'Ehpad à recruter du personnel. Cela peut conduire à des gels de places afin de ne pas mettre en difficulté les personnels présents²⁴⁴ et de préserver la qualité de l'accueil. Ces gels de place ne sont pas pris en compte dans les statistiques actuelles de taux d'occupation car ces données s'appuient sur les places autorisées/installées et non sur les places réellement occupées (il est en effet apparu à la mission que si les gestionnaires d'établissement informent les autorités locales de régulation ARS/CD de ces gels de places, rien ne permet de garantir que ces gels de places sont bien pris en compte dans les statistiques nationales quant aux places en services).. La mission a pu constater que ce phénomène représente parfois des volumes conséquents : ainsi, un Ehpad hospitalier a déclaré à la mission avoir gelé, faute de personnels suffisants, près d'un quart de ses places.

Concernant la demande d'entrée en Ehpad, elle est délicate à interpréter. L'outil ViaTrajectoire, supposé progressivement centraliser les demandes d'entrée en Ehpad, n'est pas utilisé partout en France. De plus, là où il est utilisé (ex. Savoie), plusieurs acteurs ont fait part à la mission des incitations données aux familles de s'inscrire « par anticipation », du fait de files d'attente longues constatées par la direction des établissements. L'outil ViaTrajectoire permet certes de filtrer les demandes selon qu'elles sont ou non pour une entrée immédiate mais dans les faits, il n'est pas certain qu'un tel outil de gestion puisse être utilisé à des fins statistiques de mesure des files d'attente réelles et des délais d'entrée.

Nombreux sont les acteurs auditionnés par la mission à faire l'hypothèse que la baisse du taux d'occupation des Ehpad a pour cause la crise covid et le scandale Orpea qui seraient à l'origine d'un rejet soudainement massif des Ehpad par la population et d'une volonté accrue de rester à domicile. En effet, les risques de contamination et les mesures d'enfermement prises dans les Ehpad au moment de la crise sanitaire, par exemple quant à la réduction des contacts avec les familles, puis les révélations sur la mauvaise prise en charge dans des Ehpad privés à but lucratif ont dégradé l'image du secteur.

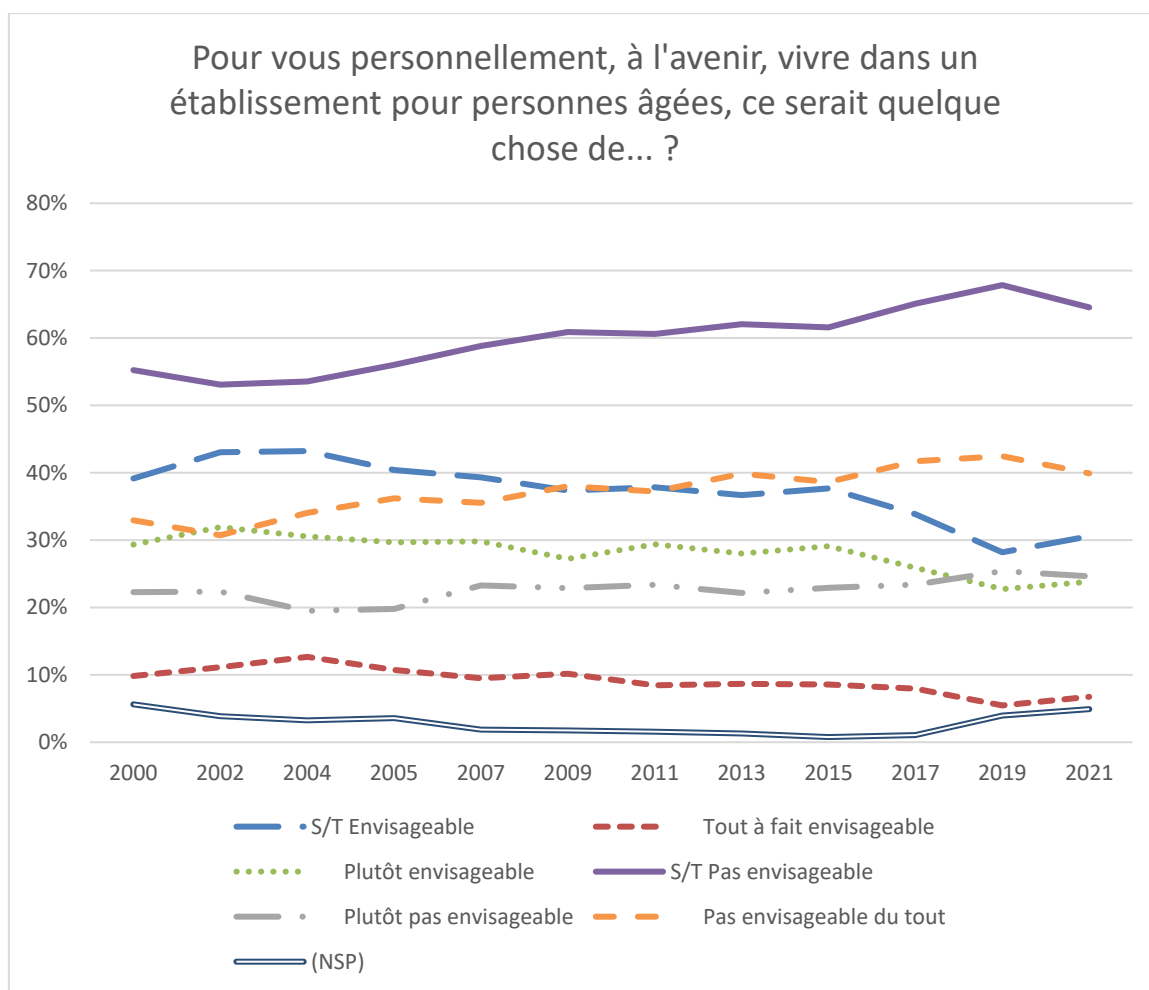
Une telle interprétation paraît faire abstraction du fait que le secteur était peu attractif avant même 2020. Dès avant la crise sanitaire, la volonté de vieillir à domicile et d'éviter l'Ehpad était forte dans la population. Ainsi, le Baromètre d'opinion de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), permet d'avoir une vision de long terme. La Drees détaille ainsi : « en 2017, deux tiers des Français n'envisagent pas de vivre, plus tard, dans un établissement pour personnes âgées, une opinion qui a augmenté de 11 points entre 2004 et 2017, en particulier chez les 50-64 ans (+17 points dans cette tranche d'âge) (...) Les plus de 65 ans sont 60 % à ne pas souhaiter vivre en établissement. Les Français sont également peu nombreux à

²⁴⁴ A noter, il y a eu aussi transitoirement des gels d'admission dans les structures décidés par certains directeurs au moment de la crise sanitaire mais cela n'a eu qu'un impact de courte durée.

accepter l'entrée en institution d'un de leur proche. En effet, en 2018, moins d'un Français sur cinq (18 %) placerait un parent proche dans une institution spécialisée si celui-ci perdait son autonomie, 39 % feraient plutôt en sorte de s'occuper de lui à son domicile, 25 % seraient prêts à l'accueillir chez eux et 18 % consacraient une partie de leurs revenus à l'aider financièrement pour qu'il puisse rester à son domicile. Plus les Français appartiennent à un ménage aisé, plus ils privilégient des solutions financières pour faire face à la perte d'autonomie d'un proche »²⁴⁵. Or, en 2019, le taux d'occupation des Ehpad était très élevé (souvent inférieur de seulement quelques points à 100 %), signe qu'il n'y a pas d'incompatibilité entre l'image repoussoir de nombreux Ehpad et un fort recours. Ce phénomène en apparence contre-intuitif s'explique par le fait que l'entrée en Ehpad n'est dans bien des cas plus depuis plusieurs années le fait d'un projet de vie volontaire et positif mais plutôt la résultante d'un choix contraint, souvent fait dans l'urgence par incapacité à se maintenir plus durablement chez soi. Un tel constat rappelle qu'il peut être dangereux de fonder la stratégie d'hébergement des personnes âgées dépendantes sur les seuls désirs affichés par des personnes aujourd'hui autonomes, car, au jour où la perte d'autonomie rend délicat le maintien à domicile, les mêmes personnes et leurs familles peuvent en réalité faire des demandes d'entrée en Ehpad (par exemple par peur d'une aggravation du risque de chute ou d'épuisement d'un proche aidant).

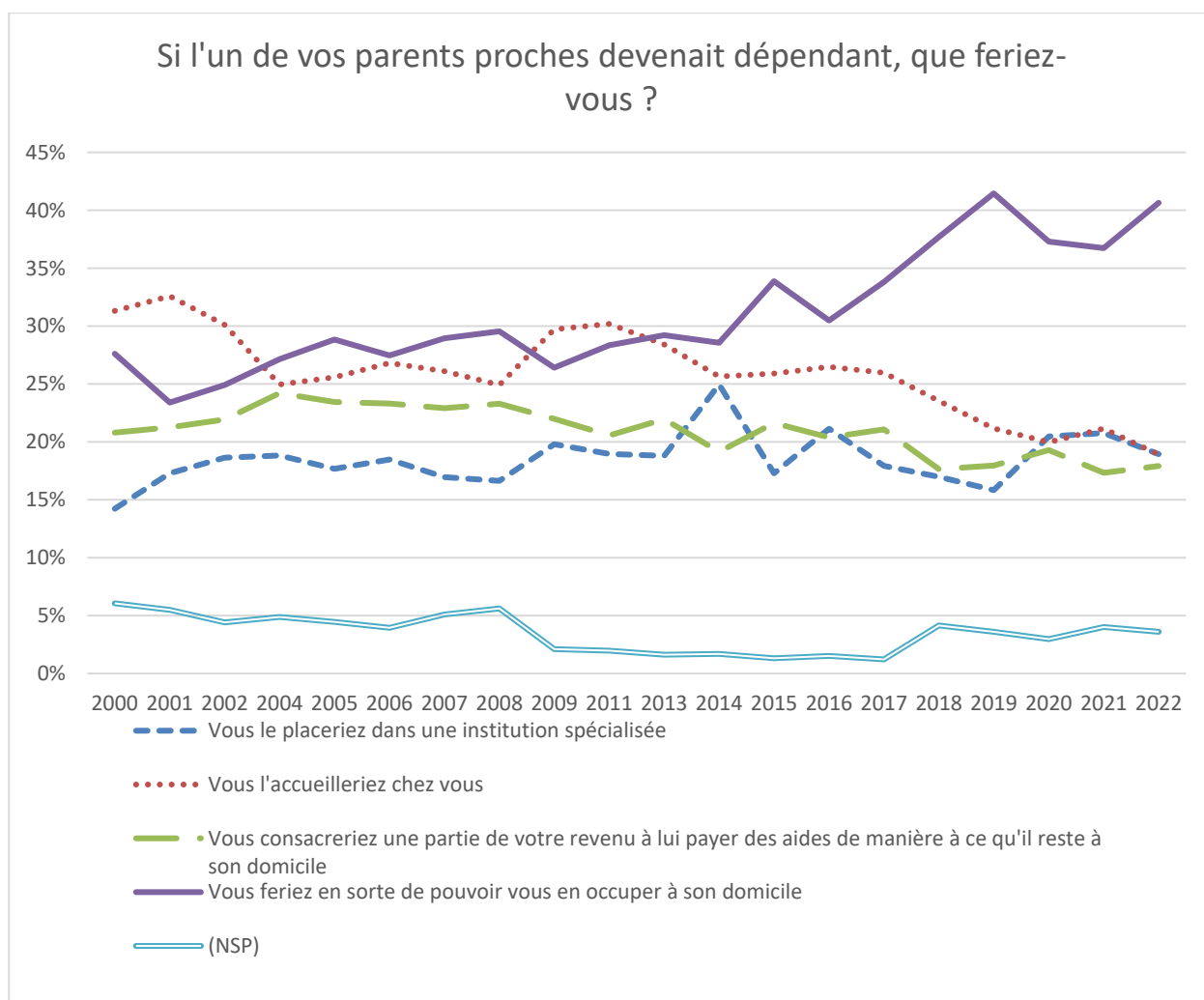
On ne relève aucune inflexion notable entre avant et après 2020 concernant la projection que les personnes font de l'éventualité qu'elles entrent un jour en Ehpad : ainsi, à la question « Pour vous personnellement, à l'avenir, vivre dans un établissement pour personnes âgées, ce serait quelque chose de... ? », elles étaient 28 % à l'envisager en 2019, elles sont 31 % en 2021 (cf. graphique ci-dessous).

²⁴⁵ DREES, Etudes et résultats, Les Français souhaitent une prise en charge par l'État de la perte d'autonomie des personnes âgées, mai 2020, n°1148, <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/ER1148.pdf>



Source : Baromètre d'opinion de la Drees, mise en forme mission

On pourrait dès lors penser que c'est du côté des proches des personnes âgées dépendantes qu'un changement s'est opéré avec un refus plus affirmé de l'Ehpad : en effet, la forte médiatisation des interdictions de visite ayant eu cours pendant la crise sanitaire ont pu en marquer un certain nombre et déclenché ce refus. Or il n'en est rien. Le baromètre de la Drees n'indique aucun changement de tendance depuis 2020 les concernant : ainsi, à la question « si l'un de vos proches devenait dépendant, que feriez-vous ? », la part de personnes qui répondent qu'elles le placeraient dans une institution spécialisée est stable voire en légère hausse (cf. graphique ci-dessous) : elles étaient 16 % en 2019 à répondre qu'elles le placeraient dans une institution spécialisée ; elles sont 19 % en 2022.



Source : Baromètre d'opinion de la Drees, mise en forme mission

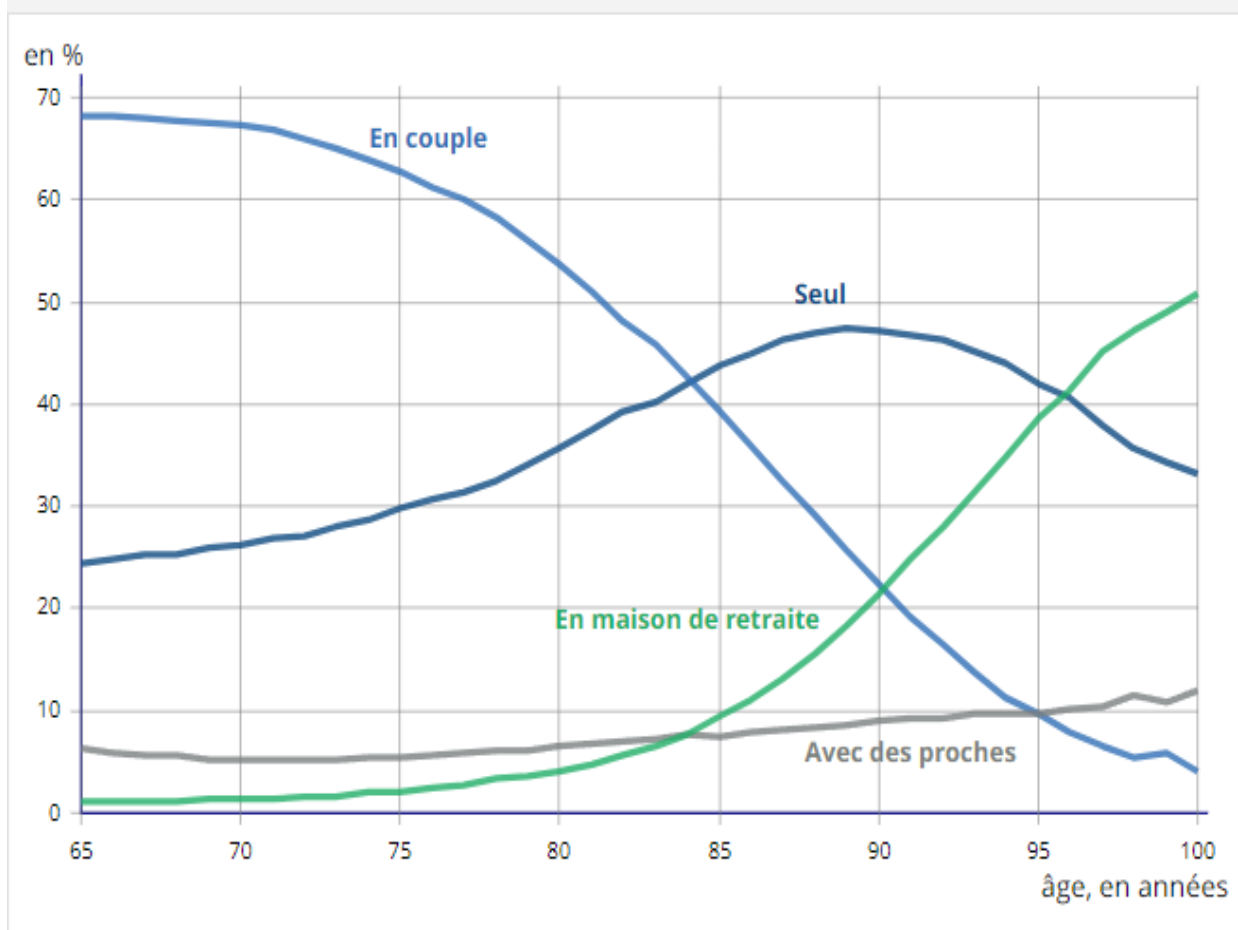
Les évolutions notables que mettent en exergue ces graphiques ne portent pas sur la période récente mais sur des changements d'opinion sur une plus longue période : alors qu'au tournant des années 2000-2010, près de 30 % se déclaraient prêts à accueillir chez soi le parent dépendant, elles ne sont plus que 19 % en 2022. Par conséquent, le schéma privilégié qui semble se profiler est celui d'un maintien à domicile chez soi avec le soutien de ses proches au quotidien : ainsi, moins d'une personne sur quatre (23 %) estimait en 2001 qu'elle ferait en sorte de pouvoir s'occuper de son parent dépendant au domicile de ce dernier tandis que vingt ans plus tard, c'est plus de deux personnes sur cinq qui envisagent cette option (41 %). Le fait de mobiliser une partie de ses revenus pour un parent dépendant connaît en revanche une légère érosion, s'expliquant vraisemblablement par l'amélioration du niveau de vie des personnes âgées sur la période, à la fois dans l'absolu mais aussi relativement aux actifs. Entre le désir croissant des personnes de ne pas aller en institution pour personnes âgées et celui d'aider non par de l'argent mais par du temps au domicile leur parent dépendant, se profile un accroissement du rôle des aidants dans les années à venir.

Concernant le recours aux Ehpad, les dynamiques à l'œuvre ne sont pas complètement convergentes. D'un côté les personnes se projettent pour elles-mêmes de moins en moins en Ehpad : ainsi, le refus de vivre un jour en Ehpad, notamment quand le refus est catégorique (à

savoir vivre un jour dans un établissement pour personnes âgées n'est pas envisageable du tout par la personne), est en croissance nette et continue depuis le début des années 2000 (31 % de personnes qui déclarent que l'Ehpad n'est pas « du tout envisageable » en 2002 et 40 % en 2021). Dans le même temps, la proportion de personnes qui déclarent qu'elles recourraient à un placement dans une institution spécialisée si un de leurs parents devenait dépendant reste très stable voir en très légère hausse. L'ensemble de ces analyses tend à montrer que, du point de vue des personnes, la période récente (à savoir depuis 2020) s'inscrit globalement dans la continuité des tendances à l'œuvre depuis une vingtaine d'années. La crise covid ou le scandale Orpea n'ont pas d'effets clairement perceptibles sur la demande d'entrée en Ehpad. Ce résultat a priori contre intuitif peut s'expliquer par le fait que, dès avant 2020, les Ehpad étaient des structures peu attractives pour nombre de personnes.

Les opinions des personnes sont cohérentes avec la réalité de la faible part des personnes âgées de plus de 60 ans qui vivent en EHPAD : (ref : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/7234483>)

Figure 3 - Mode de vie selon l'âge



Note : les proches sont la famille autre que le conjoint (enfants par exemple), les amis, etc.

Lecture : en 2019, 47,2 % des personnes âgées de 90 ans vivent seules.

Champ : France hors Mayotte.

Source : Insee, recensement de la population 2019.

Il faut donc chercher ailleurs pour expliquer la baisse du taux d'occupation dans les Ehpad. Un facteur rarement évoqué tient au fait que la mortalité du fait du covid a touché préférentiellement des personnes très âgées et fragilisées. Or ces groupes sont justement ceux qui composent pour partie le public des entrants en Ehpad et constituent donc le potentiel des admissions en Ehpad (voir ci-dessous l'âge moyen d'entrée en Ehpad : 86 ans). Ainsi, en France, près de 60 % des décès dû au covid entre mars 2020 et avril 2022 avaient plus de 80 ans²⁴⁶ (38 % avaient entre 80 et 89 ans et 22 % plus de 90 ans) ; 23 % avaient entre 70 et 79 ans soit in fine une concentration massive des effets du covid sur les tranches d'âge élevés mais également les personnes plus jeunes (70 -79 ans et également les personnes à risque de moins de 70 ans) qui atténueront les entrées en EHPAD dans les 10 à 20 ans à venir. Il est à noter que ces décès n'ont pas concerné de façon uniforme le territoire français : certains territoires ont été plus touchés que d'autres (Île-de-France, Grand Est, Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté et Hauts-de-France). Non seulement certaines personnes très âgées sont décédées alors qu'elles étaient à l'Ehpad et y seraient restés encore plusieurs mois ou années sans la pandémie mais il y a aussi des personnes qui, si elles n'avaient pas été emportées par le virus du covid, auraient vraisemblablement été accueillies en Ehpad quelques temps plus tard. Ce double effet a très certainement pour effet de réduire transitoirement la demande d'entrées en Ehpad partant du constat que le nombre de décès du fait du covid a été élevé (d'après une publication bilan de la Drees d'octobre 2022²⁴⁷ : « Au total, sur la période allant de mars 2020 à juin 2022, cette surmortalité brute toutes causes s'élève à 132 800 décès, ce qui correspond à 9,3 % de décès en plus »). On peut donc estimer qu'un surplus d'environ 80 000 personnes de plus de 80 ans est décédé pendant la période de la crise covid²⁴⁸. Avec la vaccination des personnes contre le covid et l'application des mesures barrières, il est vraisemblable que cette diminution de la demande adressée aux Ehpad ne soit que transitoire (quelques années), les cohortes d'âge moindre ayant été moins touché par le covid en termes de décès.

Dorénavant, au-delà des épidémies saisonnières (grippe, covid...) il faut prendre en compte les conséquences en termes de mortalité et de morbidité des épisodes caniculaires.

Selon Santé Publique France entre 2014 et 2022, sur l'ensemble des départements métropolitains, 32 658 décès sont attribuables à la chaleur entre le 1er juin et le 15 septembre de chaque année, dont 23 080 décès de personnes âgées de 75 ans et plus. Vingt-huit pour cent de ces décès ont été observés pendant les canicules telles que définies par le plan de gestion des vagues de chaleur. Les impacts les plus importants ont été observés en 2022 (6 969 décès en excès dont 29 % pendant les canicules), et 2019 (4 441 décès en excès dont 42 % pendant les canicules) avec une hétérogénéité selon les territoires. L'impact était également supérieur à 4 000 décès en 2018 et 2020. (REF : <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2023/fortes-chaleurs-et-canicule-un->

²⁴⁶ Ce phénomène n'est pas propre à la France : entre début 2020 et août 2021, plus de trois personnes sur cinq décédés du fait du covid avaient plus de 80 ans en Espagne, Italie et Allemagne (<https://dc-covid.site.ined.fr/fr/presentation/q7/>).

²⁴⁷ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-10/DM4.pdf>

²⁴⁸ Comme indiqué précédemment, la surmortalité a été plus importante en 2022 qu'en 2020 et 2021 signe que la crise sanitaire n'a pas fait que causer des décès immédiats mais a pu fragiliser certaines personnes (par exemple du fait des confinements répétés et de la réduction inhérente de leur activité physique et sociale) conduisant du coup à une diminution de leur espérance de vie.

impact-sur-la-mortalite-important-necessitant-le-renforcement-de-la-prevention-et-de-l-adaptation-au-changement-cl)

A titre informatif, la 3^{ème} canicule de l'été 2023 s'est déroulée du 11/08 au 26/08/2023 et a concerné 52 départements dont 19 en vigilance rouge. Près de 400 décès en excès toutes causes confondues (+5,4 %) ont été estimés durant cette canicule dans les départements concernés. Les personnes âgées de 75 ans et plus constituent la classe d'âge la plus touchée.

En conclusion, le taux d'occupation parfois faible observée dans certains territoires n'est pour l'essentiel pas dû à un refus soudain et massif d'entrer en Ehpad mais d'une part à une surmortalité du public potentiel des Ehpad et d'autre part à des gels de places par manque de personnel dans les Ehpad. Prévoir, comme semblent le faire certaines ARS, une réduction de leur capacité d'accueil en Ehpad paraît dans ce contexte particulièrement risqué pour les années à venir²⁴⁹.

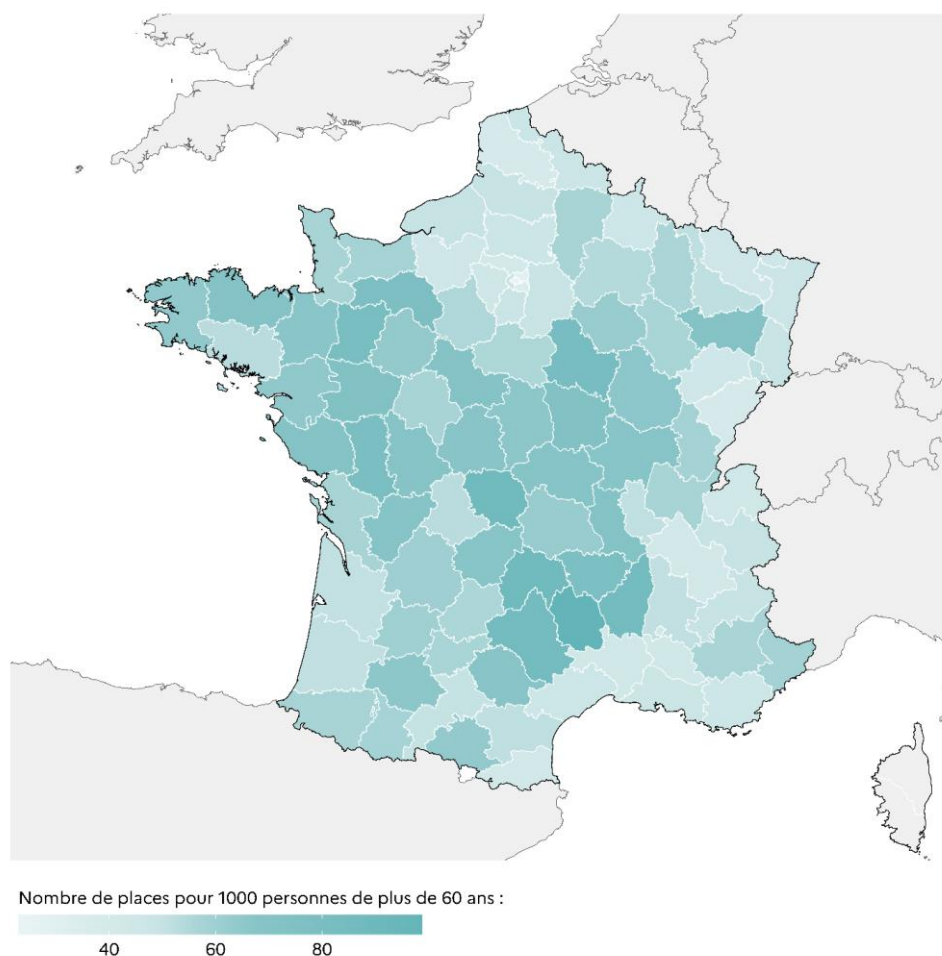
2 L'offre de places d'Ehpad

2.1 Une hétérogénéité territoriale d'implantation marquée

Fruit de besoins (ex. part de population âgée et dépendante sur chaque territoire, importance du développement du soutien à domicile, offre de soins infirmiers...) et de stratégies territoriales différenciées (construction, extension et rénovation ou non d'Ehpad), le taux d'équipement en Ehpad des territoires est fortement hétérogène en France, plus élevé dans le centre et l'ouest que dans l'est, le nord et le sud (voir carte ci-dessous).

²⁴⁹ Ainsi, le cadre d'orientation stratégique 2023-2028 soumis à la consultation par l'ARS Pays-de-la-Loire en juillet 2023 prévoit explicitement le « redéploiement de places d'EHPAD vers des places de SSIAD » (page 23, <https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/media/111742/download?inline>).

Carte 5 : Nombre de places en établissements pour 1000 résidents potentiels par département



Source : Enquête EHPA 2015, pôle data Igas.

Les politiques d’harmonisation de ce taux d’équipement entre départements ont pu par le passé constituer un aiguillon d’implantation pour les pouvoirs publics, laissant du même coup de côté deux facteurs pourtant déterminants pour jauger du sur ou sous équipement d’un département par rapport à un autre :

- facteur prospectif : quelle sera la demande de places d’Ehpad du territoire dans les années à venir ? Les simulations faites par la mission à horizon 2030-2050 montrent des hétérogénéités très fortes entre départements, certains vont connaître des croissances très fortes de leur population âgée dépendante (ex. Outre-mer, Corse, Arc atlantique, Rhône-Alpes, Ile-de-France) quand elles seront beaucoup plus modérées ailleurs (ex. PACA, massif central) (voir l’annexe relative à l’évolution à venir de la population âgée dépendante). Une approche systémique des besoins en termes d’offres de solution à domicile (ordinaire, inclusif et intermédiaire) et en places au sein d’établissement est indispensable sur chaque territoire
- facteur culturel : la demande d’entrée en Ehpad varie fortement entre territoires. Ainsi, le baromètre d’opinion de la Drees permet de prendre la mesure de ce phénomène peu étudié et souvent ignoré. A la question « Si l’un de vos parents proches devenait dépendant, que

feriez-vous ? », on constate des réponses qui varient beaucoup selon la zone d'appartenance : ainsi, 8 % des personnes vivant dans la zone méditerranéenne déclarent qu'elles placeraient ce parent dépendant en institution spécialisée, quand ce taux est près de quatre fois plus élevé dans l'Est et l'Ouest (33 % et 30 %) (voir graphique ci-dessous). Quand seulement 15 % des personnes du Nord déclarent qu'elles accueilleraient chez elle un parent dépendant, elles sont près du double (29 %) à l'envisager pour celles vivant dans la zone méditerranéenne. Devant le niveau de revenus ou la profession, la variable socio-démographique de la zone d'appartenance territoriale est celle qui joue le plus sur l'évocation d'envisager de proposer à son parent de séjourner /d'habiter en institution²⁵⁰.

Tableau 4 : Si l'un de vos parents proches devenait dépendant, que feriez-vous ?

	Vous le placeriez dans une institution spécialisée	Vous l'accueillerez chez vous	Vous consacreriez une partie de votre revenu à lui payer des aides de manière à ce qu'il reste à son domicile	Vous feriez en sorte de pouvoir vous en occuper à son domicile	(NSP)
France	21 %	21 %	17 %	37 %	4 %
Région parisienne	19 %	23 %	18 %	33 %	6 %
Bassin Parisien Est	14 %	19 %	23 %	40 %	4 %
Bassin Parisien Ouest	24 %	18 %	22 %	36 %	0 %
Nord	23 %	15 %	15 %	42 %	4 %
Est	33 %	18 %	11 %	36 %	2 %
Ouest	30 %	18 %	18 %	34 %	1 %
Sud-Ouest	19 %	26 %	16 %	35 %	4 %
Centre Est	21 %	18 %	19 %	39 %	4 %
Méditerranée	8 %	29 %	15 %	41 %	7 %

Source : Baromètre d'opinion de la Drees 2021. Note de lecture : le découpage géographique retenu ici est celui des Zone d'études et d'aménagement du territoire / ZEAT : la région parisienne : Île-de-France ; le Bassin parisien : Bourgogne, Centre, Champagne-Ardenne, Basse et Haute-Normandie, Picardie ; le Nord : Nord-Pas-de-Calais ; l'Est : Alsace, Franche-Comté, Lorraine ; l'Ouest : Bretagne, Pays de la Loire, Poitou-Charentes ; le Sud-Ouest : Aquitaine, Limousin, Midi-Pyrénées ; le Centre-Est : Auvergne, Rhône-Alpes ; la Méditerranée : Languedoc-Roussillon, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Corse.

Interrogés sur leur devenir personnel, les répondants au baromètre de la Drees réagissent aussi de façon très différente entre régions. Ainsi, à la question « Pour vous personnellement, à l'avenir, vivre dans un établissement pour personnes âgées, ce serait quelque chose de... ? », les personnes

²⁵⁰ Une autre piste explicative mériterait d'être explorée concernant la densité d'Ehpad lucratifs à proximité du lieu de vie des personnes : en effet, il est vraisemblable que, plus cette offre est dense en proportion de l'ensemble des Ehpad des environs, plus les personnes ont tendance, pour une raison de coût, à écarter la perspective d'y faire entrer un jour leur parent devenant dépendant.

vivant dans la zone méditerranée sont moins d'une sur cinq (18 %) à estimer envisageable de vivre dans un établissement pour personnes âgées ; en revanche c'est le cas de près de la moitié des personnes vivant dans la zone nord (48 %).

Tableau 5 : Pour vous personnellement, à l'avenir, vivre dans un établissement pour personnes âgées, ce serait quelque chose de... ?

	S/T Envisageable	Tout à fait envisageable	Plutôt envisageable	S/T Pas envisageable	Plutôt pas envisageable	Pas envisageable du tout	(NSP)
France	31 %	7 %	24 %	65 %	25 %	40 %	5 %
Région parisienne	31 %	8 %	23 %	59 %	23 %	37 %	9 %
Bassin Parisien Est	33 %	6 %	27 %	66 %	27 %	38 %	1 %
Bassin Parisien Ouest	29 %	6 %	23 %	71 %	32 %	39 %	
Nord	48 %	14 %	35 %	41 %	14 %	26 %	11 %
Est	29 %	10 %	20 %	68 %	20 %	48 %	2 %
Ouest	38 %	6 %	32 %	62 %	28 %	33 %	0 %
Sud Ouest	32 %	5 %	27 %	66 %	30 %	37 %	2 %
Centre Est	25 %	5 %	20 %	65 %	19 %	46 %	10 %
Méditerranée	18 %	4 %	13 %	76 %	26 %	51 %	6 %

Source : Baromètre d'opinion de la Drees 2021. Note de lecture : le découpage géographique retenu ici est celui des Zone d'études et d'aménagement du territoire / ZEAT : la région parisienne : Île-de-France ; le Bassin parisien : Bourgogne, Centre, Champagne-Ardenne, Basse et Haute-Normandie, Picardie ; le Nord : Nord-Pas-de-Calais ; l'Est : Alsace, Franche-Comté, Lorraine ; l'Ouest : Bretagne, Pays de la Loire, Poitou-Charentes ; le Sud-Ouest : Aquitaine, Limousin, Midi-Pyrénées ; le Centre-Est : Auvergne, Rhône-Alpes ; la Méditerranée : Languedoc-Roussillon, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Corse.

De telles écarts tendent à suggérer qu'une partie importante des écarts de taux d'équipement en Ehpad entre départements est due à une demande sociale très différente entre territoires (et à l'efficacité plus ou moins grande des politiques publiques pour y répondre), point qui mériterait en conséquence des travaux sociologiques plus poussés. Ils interrogent également les choix politiques des autorités qui ont plus ou moins équilibré les offres (par exemple entre EHPAD public ou associatifs et EHPAD privés commerciaux ...).

A titre de comparaison, dans le champ des personnes en situation de handicap, du fait de la pénurie d'offre et de son hétérogénéité entre territoires, se développe une démarche favorisant le rééquilibrage de l'offre afin de proposer un panier de services et de solution adapté au territoire. Cette approche systémique des besoins²⁵¹ à partir des points de ruptures, listes d'attentes et inadéquation des réponses conduit donc potentiellement à considérer différemment les segments de l'offre selon les territoires où l'on se trouve. Il paraîtrait logique que, dans le champ des personnes âgées, une telle dynamique émerge de façon croissante dans

²⁵¹https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/dd22_actes_seminaires_handicap_drees.pdf

les schémas gérontologiques des ARS et CD dans les années croissantes, sous l'effet ciseaux de la hausse des besoins et de la tension sur l'offre.

2.2 La situation particulière de l'Outre-mer

L'Outre-mer se situe dans une situation de sous équipement prononcé par rapport à la métropole. Une analyse détaillée est faite dans l'annexe relative à la catégorisation des territoires au regard de l'offre d'accompagnement proposé aux personnes âgées en perte d'autonomie.

2.3 Une légère hausse de la taille moyenne des structures dans la période récente

D'après l'enquête EHPA 2015-2019, on observe une hausse de la taille moyenne des Ehpads (+2 % de places par Ehpads), la taille moyenne passant sur la période de 81 places par établissement à un peu plus de 82 (cf. tableau ci-dessous). Quel que soit le statut juridique des Ehpads, il est constaté une hausse de leur taille moyenne. Cette hausse est très légère et est surtout significative du fait que, contrairement à des propos parfois entendus par la mission sur la supposée réduction de la taille des Ehpads dans les années récentes sous l'effet de la volonté d'humanisation progressive du parc vers des unités de vie de dimension plus réduite, la taille des Ehpads resterait pour l'essentiel très stable, signe à nouveau de la faible dynamique de transformation domiciliaire des structures engagée ces dernières années par les pouvoirs publics.

Tableau 6 : Taille moyenne des Ehpads, 2015-2019

Nombre moyen de places par Ehpads	EHPAD publics hospitaliers	EHPAD publics non hospitaliers	EHPAD privés à but non lucratif	EHPAD privés à but lucratif	Tout type d'Ehpads
2015	109,9	77,3	75,2	74,9	81,1
2019	110,9	79,4	76,2	76,1	82,5

Source : EHPA-Drees, mise en forme mission

C'est pour les Ehpads hospitaliers que cette évolution à la hausse est la moins marquée, ce qui s'explique par le fait que ces Ehpads sont déjà nettement plus gros que les autres en moyenne : tandis que les Ehpads hospitaliers ont une taille moyenne supérieure à 110 places par structure, les Ehpads non hospitaliers, publics ou privés, oscillent entre 76 et 79 places en 2019. Cette situation est en grande partie un héritage historique des hospices.

Cette hausse progressive de la taille moyenne du parc s'explique vraisemblablement par le moratoire sur la construction de places d'Ehpads : en effet, ce dernier a pour effet d'inciter les promoteurs privés ou publics à proposer aux autorités de régulation des extensions de places sur des structures existantes. Il peut aussi y avoir la volonté, par un effet d'échelle, de mieux amortir les frais fixes des structures : notons néanmoins que cet élément est rarement mentionné en audition, en tout cas pas avant la reprise récente de l'inflation en France.

2.4 Une taille des structures notablement plus réduite en milieu rural

Moins la commune est densément peuplée, plus les Ehpad ont en moyenne des tailles réduites et plus leur taux d'occupation est élevé (voir tableau ci-dessous). Ainsi, les Ehpad en commune dense ont une taille moyenne de 89 places quand ceux en commune très peu dense se situent à 57.

Tableau 7 : Taille et taux d'occupation des Ehpad selon la densité de commune d'implantation en 2019

	Capacité installée moyenne des Ehpad	Taux d'occupation (nombre de personnes accueillies pour 100 places)
Communes densément peuplées	88,6	96,0
Communes de densité intermédiaire	87,0	97,6
Communes peu denses	76,5	98,2
Communes très peu denses	57,1	98,6

Source : EHPA 2019.

Les Ehpad hospitaliers ayant une taille nettement plus grande que les autres et étant plus souvent implantés en zone urbaine, il est important de neutraliser l'effet lié au statut juridique des Ehpad pour évaluer la taille des structures selon leur zone d'implantation : on observe ainsi que, à statut juridique inchangé, les Ehpad sont en moyenne de taille sans cesse plus réduite à mesure que la densité de la commune est faible²⁵². Ainsi, bien que les Ehpad publics hospitaliers soient systématiquement plus gros que les autres, ceux installés dans des communes densément peuplées sont près de deux fois plus gros que ceux installés dans des communes très peu denses (moyenne à 121 places installées par établissement versus 66).

Les Ehpad ayant la taille moyenne la plus réduite sont in fine les Ehpad des communes très peu denses quand ils sont publics non hospitaliers (les territoriaux et les EHPAD publics autonomes) et privés associatif (55 et 56 places en moyenne).

²⁵² La nouvelle grille communale de densité de l'Insee s'appuie sur la distribution de la population à l'intérieur de la commune en découpant le territoire en carreaux de 1 kilomètre de côté. Elle repère ainsi des zones agglomérées. C'est l'importance de ces zones agglomérées au sein des communes qui va permettre de les caractériser (et non la densité communale habituelle). La grille communale permet ainsi de distinguer quatre catégories de communes :

- les communes densément peuplées,
- les communes de densité intermédiaire,
- les communes peu denses,
- les communes très peu denses.

2.5 Une accessibilité financière des structures très différenciée selon les territoires : le coût de l'hébergement

2.5.1 Le prix d'un EHPAD se décompose en trois tarifs journaliers :

- le forfait soins (dépenses relatives à la prise en charge médicale), dont les charges sont couvertes directement et totalement par l'assurance maladie si l'établissement est en tarif global ou partiellement (charges liées à la rémunération du médecin coordonnateurs, des infirmières, d'une part des Aides-soignants et AMP, petit matériel médical et matériel amortissable) si l'établissement est au tarif partiel. En cas de choix de tarif partiel, les résidents règlent les autres dépenses liées au soins (honoraires des médecins et paramédicaux extérieurs, actes de biologie...) en mobilisant leur assurance obligatoire et leur complémentaire santé.
- le tarif dépendance (frais liés à l'assistance nécessaire à la vie quotidienne), fixé par le président du conseil départemental. Il comprend les aides de la personne dépendante. Il croît avec le niveau de dépendance du résident. L'ensemble des résidents règlent le tarif correspondant à un niveau « GIR 5 et GIR 6 » si besoin en faisant appel à l'ASH. L'APA est versée à l'établissement par le conseil départemental pour financer les surcoûts liés aux besoins d'aide des personnes classées en GIR 1 à 4 avec deux montants distincts (groupes (GIR 1 et 2) et (GIR 3 et 4))
- le tarif hébergement (dépenses induites, a minima, par l'administration générale, l'accueil hôtelier, la restauration, le blanchissage et l'animation de la vie sociale). Il est à la charge du résident. Ce dernier peut, en fonction de sa situation financière, solliciter des aides publiques comme l'aide sociale à l'hébergement (ASH) lorsque l'établissement dispose de places habilitées.

Le poste hébergement constitue, dans bien des cas, l'une des charges de dépenses les plus conséquentes pour les personnes en Ehpad. Selon qu'une personne âgée vit dans un territoire qui a fortement développé l'offre d'Ehpad ou non, selon la dynamique des prix de l'immobilier de ce territoire, selon le statut juridique des Ehpad installés à proximité de chez elle et selon que le conseil départemental porte ou non une action résolue de places habilitées à l'aide sociale à l'hébergement, l'accessibilité financière des structures change pour cette personne.

2.5.2 Des tarifs fortement différenciés selon les territoires

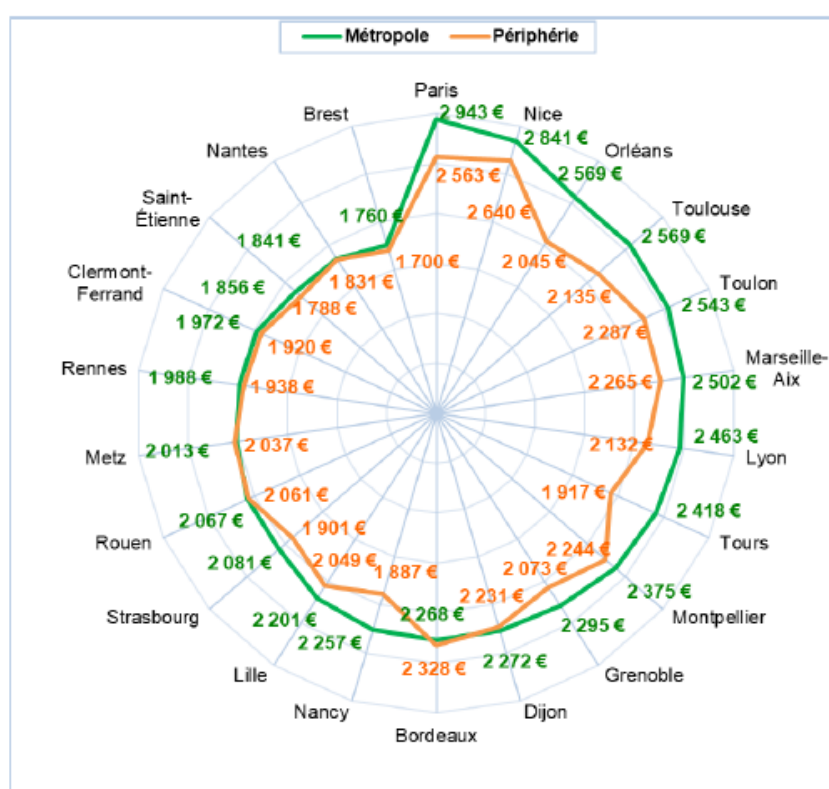
Ainsi, une analyse des prix de 2019 menée par la CNSA en 2021 a permis d'établir plusieurs constats : tout d'abord, les écarts de tarif²⁵³ sont très conséquents entre territoires. Le prix

²⁵³ Trois niveaux d'habilitation sont possibles, ce qui impacte le mode de tarification de l'hébergement en Ehpad :

- les EHPAD habilités à 100 % de leur capacité ont un tarif hébergement de l'ensemble de leurs places fixé par le conseil départemental, sauf exception ;
- les EHPAD non habilités fixent librement leur tarif hébergement, sauf exception ;
- les EHPAD partiellement habilités, ont deux modalités de tarification en fonction de la proportion de places habilitées :

mensuel médian d'une chambre individuelle en hébergement permanent en 2019 est supérieur à 2 900 euros par mois dans la métropole de Paris quand il est de 1 700 euros par mois dans la périphérie de Brest (voir graphique ci-dessous). Fin 2019, le prix médian en hébergement permanent d'une chambre individuelle en EHPAD s'élevait à 2 004 euros par mois. Il est vraisemblable qu'avec le retour de l'inflation depuis fin 2020, ce prix a augmenté.

Prix mensuels médians d'une chambre individuelle en hébergement permanent (euros/mois) en 2019 dans les métropoles et leur périphérie (2 330 EHPAD), triés par ordre décroissant



Source : Portail PA CNSA au 31/12/2019.
Source : INSEE.

Des écarts très conséquents existent selon les Ehpads (voir tableau ci-dessous) : ainsi les Ehpads privés commerciaux sont très substantiellement plus coûteux que les Ehpads privés non lucratifs, et plus encore que les Ehpads publics. Entre les Ehpads publics accueillant des bénéficiaires de l'ASH (aide sociale à l'hébergement) et les Ehpads privés commerciaux n'en accueillant pas, les prix médians pour un hébergement permanent d'une chambre seule sont en 2019 de 56,56 euros par jour dans le public contre 88 euros dans le privé commercial, soit un écart de 56 %.

- les EHPAD habilités pour plus de 50 % de leur capacité pratiquent des tarifs totalement fixés par le conseil départemental qui sont applicables à tous les résidents, qu'ils soient ou non bénéficiaires de l'ASH ;
- les EHPAD habilités pour 50 % ou moins de leur capacité d'accueil ont une liberté tarifaire pour la fraction des résidents non bénéficiaires de l'aide sociale.

Évolution des prix médians en hébergement permanent d'une chambre seule dans les EHPAD privés non lucratifs et privés commerciaux n'accueillant pas de bénéficiaires de l'ASH

Échantillon de 1 058 EHPAD ayant saisi leur prix en 2018 et 2019 et dont les capacités en hébergement permanent n'ont pas augmenté	Privé non lucratif	Privé commercial
Nombre d'EHPAD non ASH sur deux années	151	907
Prix par jour en HP – chambre seule non ASH 2018	68,00 €	86,00 €
Prix par jour en HP – chambre seule non ASH 2019	68,69 €	88,00 €
Taux d'évolution 2019 vs 2018	1,01 %	2,33 %

Source : Portail PA CNSA au 31/12/2019.

Évolution des prix médians en hébergement permanent d'une chambre seule dans les EHPAD accueillant des bénéficiaires de l'ASH

Échantillon de 4 169 EHPAD ayant saisi leur prix en 2018 et 2019 et dont les capacités en hébergement permanent n'ont pas augmenté	Public	Privé non lucratif	Privé commercial*
Nombre d'EHPAD ASH sur deux années	2 667	1 445	57
Prix par jour en HP – chambre seule ASH 2018	55,70 €	59,51 €	67,55 €
Prix par jour en HP – chambre seule ASH 2019	56,56 €	60,29 €	68,99 €
Taux d'évolution 2019 vs 2018	1,54 %	1,31 %	2,13 %

Source : Portail PA CNSA au 31/12/2019.

*Le nombre d'EHPAD privés commerciaux analysés est petit ; le taux de variation n'est donc pas statistiquement significatif et aucune conclusion fiable ne peut en être tirée.

2.5.3 Le recours possible à l'aide sociale à l'hébergement

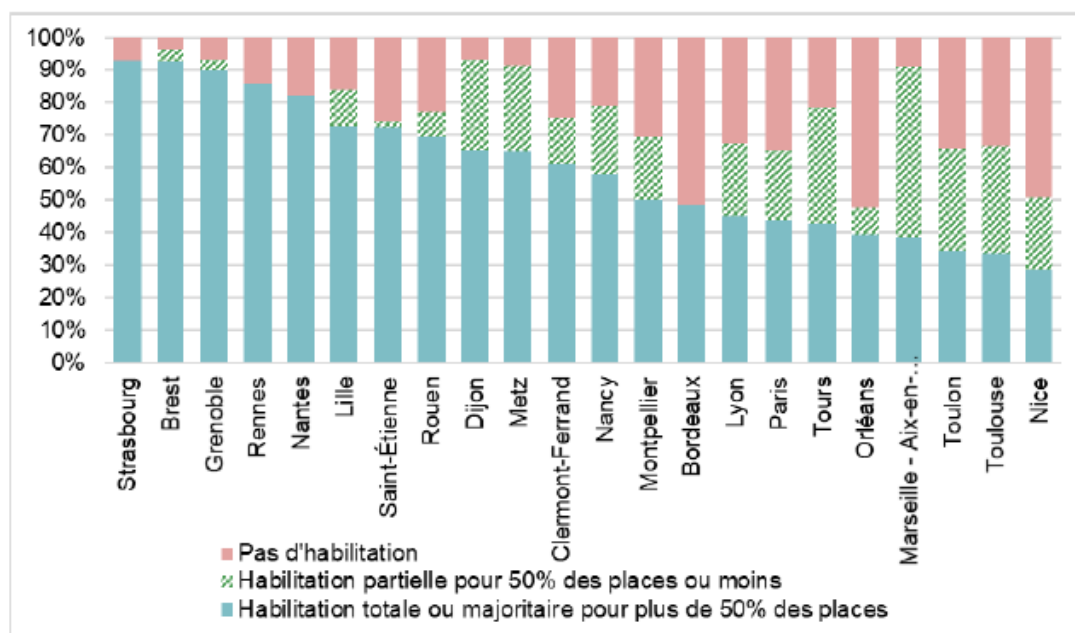
Fin 2020, environ 100 000 résidents d'Ehpad étaient bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement²⁵⁴ (soit environ un cinquième des places habilitées). Ce volume est en légère baisse depuis le milieu des années 2010.

La CNSA montre « une corrélation forte des tarifs hébergement avec les prix de l'immobilier. En 2019, la majorité des EHPAD n'accueillant pas de bénéficiaires de l'ASH ou en accueillant partiellement se situent dans les départements de l'Île-de-France, du sud-est de la France et en Gironde. Dans les départements de la couronne parisienne, près de la moitié des EHPAD n'accueillent pas de bénéficiaires de l'ASH (Val-d'Oise – 56 %, Seine-et-Marne – 52 %, Essonne – 45 % et Yvelines – 43 %). C'est le cas également en Gironde (49 %). Les EHPAD accueillant partiellement des bénéficiaires de l'ASH sont davantage présents dans le département de la Vienne (55 %), dans les Bouches-du-Rhône (49 %), en Haute-Corse (47 %) et dans les Alpes-de-Haute-Provence (44 %). On observe par ailleurs que les EHPAD se situant dans les DOM accueillent essentiellement des bénéficiaires de l'ASH ».

²⁵⁴ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-12/AAS22-Fiche%2016%20-%20L%E2%80%99aide%20sociale%20%C3%A0%20l%E2%80%99h%C3%A9bergement%20des%20personnes%20%C3%A2g%C3%A9es%20%28ASH%29.pdf>

Les différences entre territoires sont particulièrement marquées. Alors que moins de 10 % des Ehpad de Strasbourg, Brest, Dijon ou Grenoble ne sont pas habilités à l'aide sociale ou ont une habilitation partielle pour moins de 50 % de leurs places, à Bordeaux et Orléans plus de la moitié des Ehpad ne propose aucune place habilitée à l'aide sociale à l'hébergement (voir graphique ci-dessous).

Répartition dans les 22 métropoles des EHPAD habilités à accueillir des bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement en 2019



Source : Portail PA CNSA au 31/12/2019.

Source : Enquête EHPA 2019 DREES/Traitement : CNSA

Source : ERRD 2019.

Les écarts entre territoires sont moindres dans les périphéries proches ou lointaines des métropoles mais persistent tout de même, parfois de façon importante (ex l'habilitation totale ou majoritaire à l'ASH (plus de 50 % des places) représente quasi 100 % des Ehpad en périphérie de Strasbourg, Nancy et Brest quand elle est inférieure à 30 % en périphérie de Nice).

2.5.4 Un taux d'équipement en place habilités à l'aide sociale à l'hébergement qui varie fortement entre départements

Croisant le taux d'équipement en places d'Ehpad de chaque département avec la proportion de places habilitées à l'aide sociale à l'hébergement du territoire, le HCFEA a ainsi établi en novembre 2022 un taux d'équipement en places habilitées²⁵⁵. Sa conclusion atteste de différences spectaculaires d'accessibilité financière entre départements : « L'ouest de la France, une partie du Massif central, l'Yonne et les Vosges combinent un taux d'équipement supérieur à 10 places

²⁵⁵ Revenus, dépenses contraintes et patrimoine des seniors : Une utilisation pour penser l'accessibilité financière aux Ehpad, résidences autonomie (RA) et résidences services seniors (RSS), HCFEA-Conseil de l'âge, 8 novembre 2022.

pour 100 personnes de plus de 75 ans et à 40 places pour 100 bénéficiaires de l'APA. À l'opposé, une quinzaine de départements apparaissent particulièrement peu équipés en places habilitées (moins de 5 places 100 personnes de 75 ans et plus et moins de 25 places pour 100 bénéficiaires de l'APA) :

- soit que le taux d'équipement y soit particulièrement faible de manière générale (comme dans les Pyrénées-Orientales, le Doubs et dans une moindre mesure l'Hérault, le Rhône, le Pas de Calais) ;
- soit que la proportion de places habilitées soit particulièrement faible (comme le Val-d'Oise, la Haute-Garonne, les Alpes-Maritimes, la Gironde, la Seine-et-Marne),
- soit que les deux effets se combinent (de manière particulièrement rigoureuse pour les départements de Corse, le Val-de-Marne, la Seine-Saint-Denis, Paris, et l'est de la côte méditerranéenne) ».

Combinant revenus, tarifs et nombre de places habilitées, le HCFEA identifie dès lors différentes configurations territoriales d'accessibilité financière. Elle détaille ainsi deux situations opposées :

«- Des départements à faible accessibilité financière

On retrouve donc des départements à faible accessibilité financière (sauf pour les très hauts revenus), que ce soit parce que le taux d'équipement est faible malgré un fort taux d'habilitation à l'aide sociale (modèle « Pas-de-Calais »), parce que la proportion de places rendues accessibles par l'ASH est faible malgré un fort taux d'équipement (modèle « Seine-et-Marne »), ou parce que les deux effets (faible taux d'équipement et faible habilitation à l'aide sociale) s'ajoutent (modèle « Seine-Saint-Denis »).

- Des départements combinant fort taux d'équipement et forte proportion d'habilitation à l'ASH

A contrario, un taux d'équipement élevé peut s'accompagner d'une forte proportion de places habilitées, permettant à l'ensemble de la population de bénéficier d'une accessibilité financière élevée (modèle « Vendée »).

Le HCFEA de conclure que « la politique d'habilitation à l'aide sociale harmonise les taux d'équipements accessibles financièrement pour 90 % de la population (...). L'ASH est un puissant vecteur d'accessibilité financière avec des disparités territoriales importantes. Dans la totalité des départements, en l'absence d'accès à une place habilitée ASH, moins de 30 % de la population peut accéder à un Ehpad avec ses ressources courantes, sans solliciter son patrimoine ou ses obligés alimentaires ».

2.6 Un enjeu de modernisation des Ehpad accentué par la crise climatique et le niveau de dépendance accru des personnes

Les enjeux de modernisation des bâtiments des Ehpad sont connus de longue date. D'après les données EHPA 2015, 20 % du parc a son bâtiment le plus ancien qui a été construit avant les années 1970, 21 % dans les années 1970, 16 % dans les années 1980 et le reste depuis. Les enjeux de rénovation sont donc conséquents. A cette date, près d'un quart des bâtiments du parc des Ehpad (23,1 %) avaient été construit ou rénovés pour la dernière fois avant l'année 1990.

2.6.1 La persistance de chambres doubles pour près d'un résident sur dix

Fin 2019, 55 % des Ehpad proposaient des chambres doubles²⁵⁶ (étude CNSA 2021 sur les prix en Ehpad en 2019). Contrairement à une idée parfois entendue, il n'y a pas que dans les Ehpad hospitaliers qu'il y a des chambres de ce type. Pour autant, en nombre de places, les chambres doubles constituent une offre faible : fin 2019, la part des chambres à deux lits représentait 2,6 % des chambres en Ehpad privé à but non lucratif et 5 % dans les Ehpad à but lucratif (versus 7,7 % dans les Ehpad publics), si bien que l'on estime à environ 6 % la proportion de chambres doubles en Ehpad. Cela signifie donc que, dans l'hypothèse d'une occupation complète du parc des Ehpad, les résidents en chambre double représenteraient un peu plus d'un sur dix (11 %). La réalité est vraisemblablement moindre dans la mesure où, comme la mission a pu le constater lors de ses déplacements, les chambres doubles sont généralement les premières à ne pas être utilisées pour deux personnes dès lors que l'établissement ne tourne pas à plein de ses capacités. Elles sont parfois une solution d'attente, en attendant qu'une chambre individuelle se libère, l'entrée en établissement ne pouvant être retardée. Pour autant, la mission a pu relever lors de ses déplacements que certains établissements concentrent bien plus de chambres doubles, signe des efforts encore à fournir pour moderniser le parc existant par endroits.

En effet, si certaines personnes auditionnées par la mission ont tenu à rappeler ce que peut apporter une chambre double, ce type d'offre présente des inconvénients importants. Il offre un prix plus réduit que les chambres simples (médiane du prix à la journée en hébergement permanent en 2019 6 % moindre pour une chambre double par rapport à une chambre simple) et la présence d'un autre résident peut dans certains cas, notamment au moment de l'admission, sécuriser des résidents inquiets qui à leur arrivée en Ehpad pourrait craindre la solitude d'une chambre simple. Il n'en reste pas moins que ce type d'offre pose des difficultés importantes pour les résidents (manque d'intimité, nuisances diverses entre résidents, chambre plus encombrée compliquant la circulation²⁵⁷), et contreviennent au fait que l'Ehpad puisse être un chez soi intime pour les personnes qui y sont accueillies. Les autorités publiques et le secteur ont de ce fait engagé depuis près d'une vingtaine d'années un mouvement dit « d'humanisation », de façon notamment à réduire le nombre de chambres doubles, mouvement qui n'est pourtant pas entièrement achevé à ce jour, comme le montrent les chiffres donnés supra. Ce mouvement a pu conduire à diminuer le nombre de places dans l'établissement, pour permettre aux personnes de disposer d'un espace privatif qui respecte leur intimité et leur dignité.

En pratique, les chambres doubles connaissent une diminution rapide et forte : entre 2015 et 2019, le taux de chambre double dans les Ehpad publics est passé de 10,7 % à 7,7 % (soit une proportion de résidents concernés, en pleine utilisation des capacités de places, qui est passée d'un résident sur cinq en 2015 à un résident sur sept en 2019, tendance à la baisse qui s'est vraisemblablement poursuivie depuis). Cette tendance à la baisse s'observe aussi pour les Ehpad privés.

²⁵⁶ La mission n'est pas parvenue à savoir si ces chambres incluent ou non les chambres pour les couples. Quoiqu'il en soit, au regard de ses déplacements sur le terrain, ce type d'offre pour les couples en Ehpad est résiduel.

²⁵⁷ La mission a pu constater que la nécessité d'installer des lits médicalisés en chambre conduit parfois à compliquer fortement les circulations dans l'espace d'une chambre.

2.6.2 Des équipements sanitaires dont l'amélioration reste par endroits un enjeu

En 2019, 2 % des Ehpad ont des chambres/logements sans lavabo, 4 % sans WC et 20 % sans douche (pour cette dernière caractéristique, c'est principalement dans les Ehpad publics que les douches font défaut, 32 % déclarent ne pas en avoir dans toutes les chambres)²⁵⁸. L'enjeu de modernisation/humanisation du parc reste donc majeur par endroits et pour certains segments de l'offre.

2.6.3 Des établissements mal préparés à faire face au réchauffement climatique

Les personnes âgées, et particulièrement celles qui sont dépendantes, sont des personnes vulnérables aux vagues de chaleur comme en atteste l'accroissement des décès dans ces catégories de population lors de phases de canicule (été 2003, été 2022). Si les établissements sont dans l'obligation de disposer d'une pièce rafraîchie climatisée (généralement au rez-de-chaussée et donc pas forcément accessible aux personnes résidant dans des unités de vie renforcées généralement situées loin des entrées dans les étages), rares sont ceux à avoir des systèmes de climatisation dans les chambres des résidents : 4 % des chambres en Ehpad publics, 6 % en Ehpad privés à but non lucratif et 22 % en Ehpad privés à but lucratif. Concernant les espaces communs, en 2019, plus de la moitié des Ehpad publics (51 %) n'ont pas de système de climatisation pour l'ensemble des espaces de vie commune (pourcentage proche pour les Ehpad privés à but non lucratif (44 %) mais notablement moindre pour les Ehpad privés à but lucratif 20 %).

La mission ne dispose pas de données par ailleurs sur les matériaux du bâti (qualité de l'isolation), la possession de ventilateur, brumisateur ou végétalisation d'espace. Tout au plus relève-t-elle que fin 2019, un peu plus d'un Ehpad sur dix ne dispose pas d'un jardin aménagé (sachant que les jardins sont des sources de fraîcheurs en période de canicule).

2.6.4 Des besoins nouveaux d'aménagement du bâti dus à l'évolution du profil des résidents : les personnes âgées en situation de perte d'autonomie et d'obésité

Lors de ses déplacements en région, les personnels d'Ehpad ont souvent mentionné la difficulté croissante qu'ils rencontrent à manipuler les résidents par exemple pour la toilette du fait de la progression des problématiques d'obésité au grand âge. Il existe quelques aides techniques simples pour faciliter les rotations sur un lit ; en revanche, l'absence fréquente de rails²⁵⁹ dans les chambres contraint les personnels soit à porter des poids importants soit à devoir intervenir à plusieurs simultanément, et ce d'autant plus que la personne est dans l'incapacité d'opérer seule

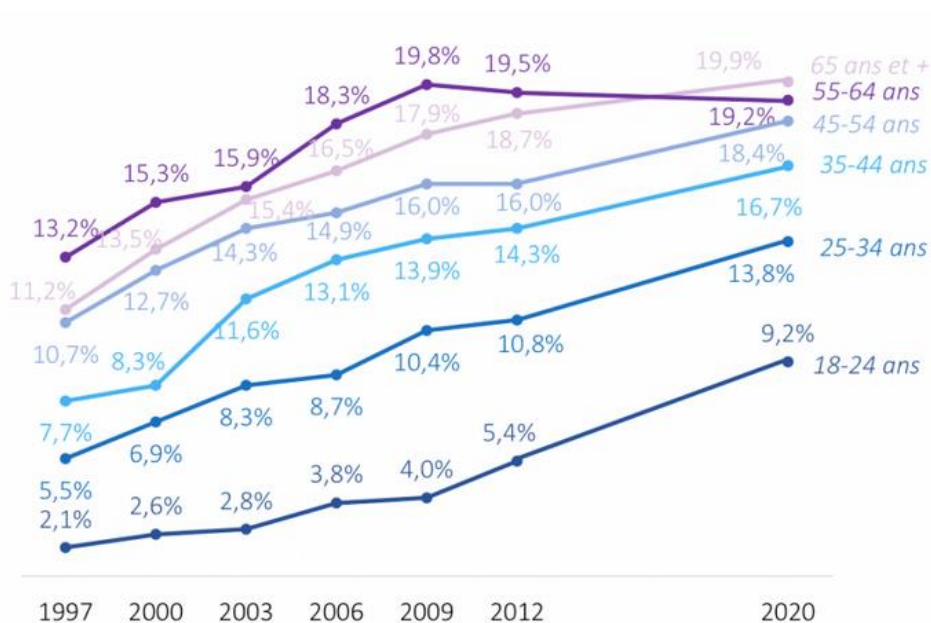
²⁵⁸ Les données de l'enquête EHPA 2015 permettent d'affiner les résultats au niveau des chambres et logements : en 2015, moins de 1,5 % n'avaient pas de WC, moins de 1 % n'avait pas de lavabo et autour de 15 % n'avait pas de double (mais plus d'une sur quatre en établissements publics).

²⁵⁹ Une question sur ce point préciserait mériterait d'être insérée dans le volet bâti de l'enquête EHPA pilotée par la DREES.

ses transferts. Les données de l'enquête Obépi montre que les personnes de plus de 65 ans sont désormais celles chez qui la prévalence de l'obésité est la plus forte (voir graphique ci-dessous) : en 2020, près d'une personne de plus de 65 ans sur cinq (19,9 %) est en situation d'obésité, contre un sur dix en 1997.

Il serait souhaitable de compléter l'enquête EHPA sur cet aspect afin de mieux prévenir les accidents/arrêts de travail, améliorer la qualité de vie au travail des professionnels et limiter les risques de chute de résidents.

Graphique 6 : Evolution des prévalences de l'obésité selon l'âge entre 1997 et 2020



Évolution des prévalences de l'obésité selon l'âge entre les enquêtes Obépi-Roche 1997-2012 et l'enquête Obépi 2020.

Source : Enquêtes Obépi-Roche 1997-2012 et Obépi 2020, communiqué de presse du 20 février 2023 de l'Inserm, <https://presse.inserm.fr/obesite-et-surpoids-pres-dun-francais-sur-deux-concerne-etat-des-lieux-prevention-et-solutions-therapeutiques/66542/>

3 Le public accueilli en Ehpad

3.1 Des personnes de plus en plus dépendantes, mais pas plus fréquemment en GIR 1

Entre 2015 et 2019, le niveau de dépendance des personnes résidant en Ehpad a tendance à s'accroître : le GIR moyen pondéré (GMP, indicateur agrégeant le niveau de dépendance de l'ensemble des résidents de chaque établissement en un score moyen) passe de 696 en 2015 à 705 en 2019.

Cependant, cette hausse n'est pas due à une hausse de la proportion de personnes classées en GIR 1 : au contraire, la proportion de personnes en GIR 1 en Ehpad est en baisse depuis 2011 comme en population générale, passant de 19,5 % à 16,4 % en 2019, cette baisse s'observant aussi

en nombre de résidents GIR 1. En fait, la hausse du GMP en Ehpad est principalement due à la baisse de la part des résidents GIR 5 et 6 en Ehpad et à la hausse des résidents GIR 2 et GIR 3 (voir ci-dessous).

Tableau 8 : Proportion de résidents d'Ehpad pour chaque GIR entre 2007 et 2019

%	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5	GIR 6	GIR 1 à 6
2007	19 %	32 %	14 %	19 %	8 %	8 %	100 %
2011	19 %	35 %	15 %	19 %	6 %	5 %	100 %
2015	18 %	37 %	17 %	20 %	5 %	3 %	100 %
2019	16 %	38 %	19 %	20 %	4 %	2 %	100 %

Source : EHPA 2007 à 2019, traitement mission

Il se produit actuellement une dynamique particulière en Ehpad dans la mesure où les résidents classés en GIR 3 y connaissent une croissance nettement plus prononcée que les personnes classées dans les autres GIR. Ainsi, tandis que le nombre de personnes dépendantes classées en GIR 1 baisse en volume (-13 %) et que celles en GIR 2 et 4 croissent de 13 et 9 % (soit de façon proche de la dynamique observée du côté des bénéficiaires APA dom pour les mêmes girages), on observe un décalage de croissance net pour les personnes classées en GIR 3 : le taux de croissance entre 2011 et 2019 des résidents classés en GIR 3 en Ehpad a crû de 26 %, soit deux fois plus vite que la croissance sur la période du nombre de bénéficiaires de l'APA dom en GIR 3. La mission n'a pas rencontré de chercheur ayant travaillé cette question et ne peut donc expliquer la cause de ce phénomène (les travaux des professeurs Jeandel-Guérin sur le public en Ehpad montrent une forte prévalence des troubles neuro-cognitifs nécessitant une surveillance continue chez les personnes de GIR 3 en Ehpad, ce qui peut, peut-être, constituer un début d'explication).

La réduction des personnes en GIR 1 en Ehpad (concomitante d'une croissance très limitée des GIR 1 à l'APA dom - deux fois moindre que la croissance de la population APA à domicile) est un phénomène qui n'a pas non plus, à la connaissance de la mission, donné lieu à des investigations poussées pour trouver ce qui l'explique. Plusieurs facteurs peuvent être recherchés : regroupement des deux classes GIR1 et GIR2 pour les calculs des financements de l'établissement, faible différence en pratique dans l'évaluation d'un GIR 1 et d'un GIR 2 (quoique les personnes classées en GIR2 présentent une bien plus grande diversité de situations que celles classées en GIR1), entrée des personnes dans la dépendance plus tardive ce qui conduirait à la survenue du décès avant d'atteindre un niveau de dépendance de GIR 1, efficacité des actions de prévention et de maintien de l'autonomie des personnes permettant de retarder le moment où leur évaluation passe en GIR 1. L'audition de plusieurs gériatres par la mission semble invalider la dernière explication du fait, selon eux, des progrès insuffisants réalisés du côté de la prévention sur la période.

Tableau 9 : Evolution en pourcentage du nombre de résidents en Ehpad et du nombre de bénéficiaires de l'APA par GIR entre 2011 et 2019

Evolution 2011/2019 en %	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 1 à 4
Résidents en Ehpad	-13 %	13 %	26 %	9 %	9 %
Bénéficiaires de l'APA dom	6 %	9 %	13 %	13 %	13 %

Source : EHPA 2011 et 2019 pour les résidents en Ehpad, Enquête Aide sociale pour les bénéficiaires de l'APA

Un autre facteur pèse sur l'alourdissement des prises en charge en Ehpad : à GIR donné, les résidents ont une perte d'autonomie plus grande en 2019 qu'auparavant. Ce phénomène est particulièrement sensible pour les GIR 3 à 4 (voir tableau ci-dessous) : ainsi, tandis qu'en 2015, 59 % des résidents d'Ehpad en GIR 3-4 ne se déplaçaient pas de manière autonome à l'intérieur de l'établissement, ils sont en 2019 plus des deux tiers dans ce cas (67 %). Les variables cohérence et orientation sont également plus souvent codées dans ces groupes 3 et 4 passant de 63,5 % à 69 % pour l'orientation et de 72,8 % à 76,5 % pour la cohérence.

La DREES constate que « pour tous les actes de la vie quotidienne, les résidents accueillis en EHPAD fin 2019 présentent davantage d'incapacités que ceux accueillis quatre ans plus tôt »²⁶⁰.

Tableau 10 : Part des résidents selon le GIR confrontés, fin 2019, à une perte d'autonomie partielle ou totale selon le type d'activité et comparaison avec 2015

Type d'activité	Niveau de dépendance en 2019		Niveau de dépendance en 2015	
	GIR 1-2	GIR 3-4	GIR 1-2	GIR 3-4
Transferts	92,1	48,6	88,9	43,7
Déplacements intérieurs	95,9	66,8	94,3	58,8
Toilette	99,5	95,6	99,5	95,8
Élimination	97,2	68,9	96,3	64,3
Habillage	98,9	84,6	98,8	83,9
Alimentation	92,1	54,2	90,4	50,3
Orientation	93,6	69,0	93,0	63,5
Cohérence	94,8	76,5	94,4	72,8

Source : Drees, EHPA 2015 et 2019, <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-07/er1237.pdf>

3.2 Un public de plus en plus âgé

Ainsi que le souligne la Drees dans une publication de 2022, « Entre 2015 et 2019, la population en établissement a vieilli. Fin 2019, la moitié des résidents (tous établissements et types d'accueil confondus) ont plus de 88 ans, soit 7 mois de plus qu'en 2015. L'âge moyen est de 86 ans et 1 mois, contre 85 ans et 9 mois en 2015 ».

En Ehpad, l'âge médian est proche de 89 ans tandis que l'âge moyen est de près de 87 ans (voir tableau ci-dessous).

²⁶⁰ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-07/er1237.pdf>

Tableau 11 : Age moyen, médian et par quartile des résidents d'Ehpad au 31 décembre 2019

	Moyenne	Dispersion		
		Q1	Médiane	Q3
Age des résidents en Ehpad	86 ans et 10 mois	82 ans et 9 mois	88 ans et 7 mois	92 ans et 11 mois

Source : Drees, EHPA 2019,

Ce vieillissement des résidents s'explique par le fait qu'ils entrent en Ehpad à des âges de plus en plus avancés et que l'espérance de vie parmi les résidents augmente (voir ci-dessous).

3.3 Une attrition, sans disparition, des publics autonomes ou peu dépendants

Comme l'indique le tableau ci-dessus, entre 2007 et 2019, la part de GIR 5 et 6 en Ehpad a été plus que divisé par deux. C'est pour les résidents GIR 6, à savoir les personnes autonomes²⁶¹, que la baisse est la plus forte. Une part, certes faible, de ces personnes sont des résidents qui étaient en couple avec un autre résident et qui sont entrés en Ehpad avec lui.

En 2008, de nouvelles consignes de remplissage de la grille AGGIR dénommée « New AGGIR » ont mis en exergue l'importance de questionner systématiquement la réalisation des activités en employant les adverbes « totalement, spontanément, correctement et habituellement » afin de coder plus fréquemment et à juste titre en B plutôt qu'en A. Ces nouvelles recommandations ont pu faire évoluer des évaluations GIR 5 et GIR 6 en GIR 4 (grossièrement, un score en GIR4 résulte de la cotation de 2 des 6 activités instrumentales en B (toilette, habillage, alimentation, élimination, transfert, déplacement à l'intérieur); le codage en B de la cohérence et de l'orientation ne permettent pas d'évoluer systématiquement vers un GIR4 et les personnes présentant des troubles neuro-cognitifs ou psychiatrique sans gêne majeure ou repérée dans l'exécution des activités de la vie quotidienne ne peuvent vivre seuls ou épuisent leurs proches mais ne sont pas inclus dans le dispositif de l'APA.

Il n'est pas évident d'anticiper l'évolution que va connaître ces profils de GIR dans les années à venir. D'un côté, les progrès de l'espérance de vie peuvent conduire un certain nombre de couples à vivre plus durablement à deux, d'un autre côté l'accroissement des divorces et célibats peut induire une diminution des entrées en Ehpad en couple.

La baisse opérée ces dernières années des résidents GIR 5 et 6 répond pour partie au fait que les Ehpad, auparavant maisons de retraite, ont accueilli des publics sans cesse plus dépendants

En 2019, on compte environ 39 000 résidents d'Ehpad en GIR 5 et 6. La DSS prévoit à horizon 2030 une quasi-division par deux (-19 000) des résidents en GIR 5 et 6 en Ehpad. Il est à noter que cette cible, si elle ne paraît pas irréaliste par rapport à la tendance, pourrait buter sur les raisons pour

²⁶¹ Quoique cette qualification doive être prise avec précaution dans la mesure où les personnes présentant des difficultés codées en B dans la grille Aggir pour la cohérence et l'orientation, ne sortant plus de chez elles et commençant à ne plus maîtriser correctement les moyens d'alerte et de communication sont classées en GIR 6.

lesquelles les personnes en question entrent en Ehpad. La ventilation par âge des résidents de GIR 5 et 6 fait apparaître que 16 % d'entre eux ont en 2019 moins de 75 ans mais que 37 % ont plus de 90 ans.

Une analyse de la situation des personnes concernées (classées par la grille AGGIR en GIR 5 et GIR 6), au-delà de l'évaluation par la grille AGGIR qui ne mesure pas l'ensemble des difficultés et des activités des personnes pourrait par exemple s'appuyer sur le guide GEVA (Guide d'ÉVALUATION des besoins de compensation de la personne handicapée) ou encore à partir de la démarche Inter-RAI. Ces personnes sont en situation de besoin d'aide et d'accompagnement dans leur vie quotidienne et elles sont ignorées par la grille AGGIR qui présente des défauts internes pointés de longue date (cf. l'annexe évaluation des besoins).

Les simulations du Haut-commissariat au plan rendues publiques en février 2023 projettent les besoins en habitat pour les personnes âgées dépendantes dans les années à venir en partant d'un cadrage d'ensemble des résidents d'Ehpad en 2030 sans les personnes de GIR 5 et 6 (modulo un petit reliquat pour les personnes venant à l'Ehpad en couple) et sans les personnes de moins de 75 ans (voir ci-dessous). A fin 2019, ces deux populations, dont le recoupement est relativement faible (on dénombre seulement 6 000 résidents étant à la fois GIR 5-6 et ayant moins de 75 ans), représentent près de 100 000 résidents dans les Ehpad, soit 17 % des résidents d'Ehpad.

Les projections pour les années à venir doivent pouvoir s'écarter des classements effectués par la grille AGGIR et prendre en compte les personnes âgées de moins de 75 ans.

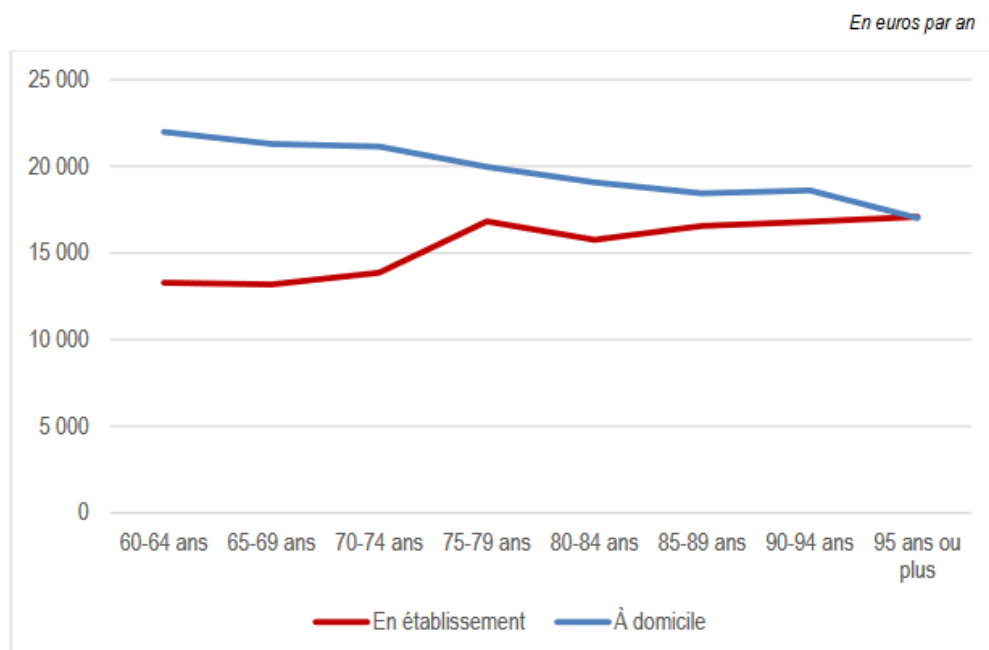
3.4 Des personnes plus précaires en établissement qu'à domicile

Une étude de février 2023 de la Drees et de l'Institut des politiques publiques (IPP)²⁶² montre, qu'excepté aux plus grands âges de la vie (95 ans et plus), le niveau de vie annuel médian des personnes âgées en établissements est systématiquement inférieur à celui des personnes âgées à domicile, quoique la différence diminue très nettement aux âges avancés (voir graphique ci-dessous).

²⁶² <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-02/DD104EMB.pdf>,

Qui vit à domicile, qui vit en établissement parmi les personnes de 60 ans ou plus ? Une comparaison à partir des enquêtes Care-Ménages et Care-Institutions Delphine Roy (DREES et Institut des politiques publiques), février 2023, n°104

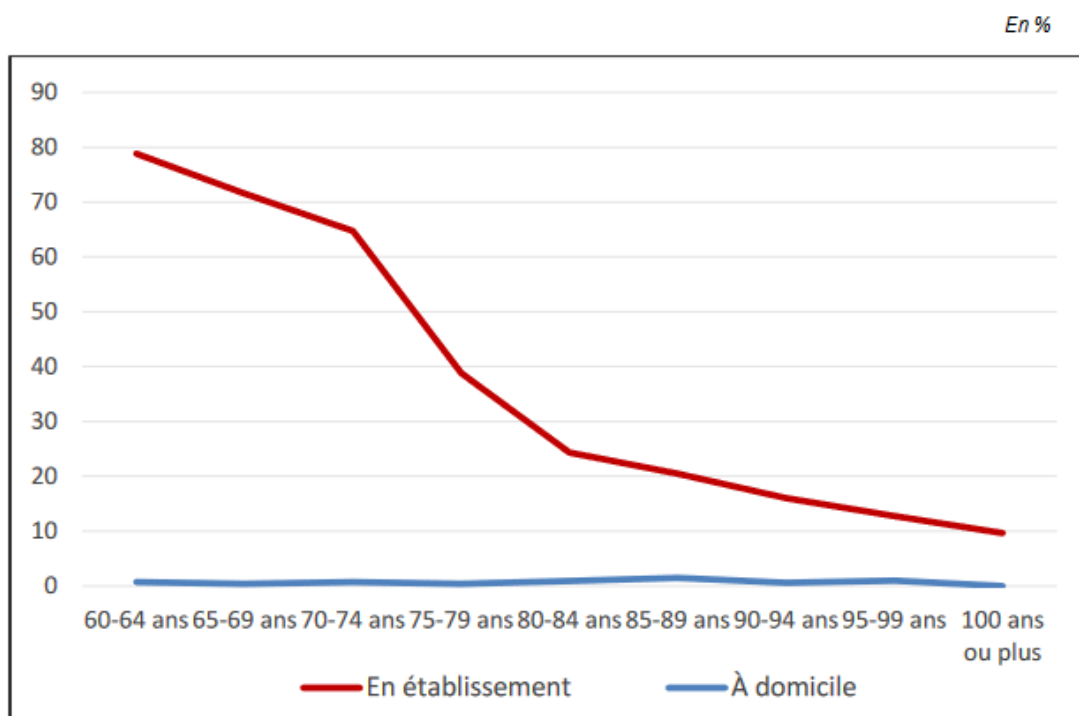
Graphique 7 : Niveau de vie annuel médian des personnes âgées en établissement et à domicile selon l'âge



Lecture > Le niveau de vie annuel médian des personnes de 60 à 64 ans vivant en établissement est de 13 270 euros en établissement, contre 21 980 euros à domicile.
Champ > France métropolitaine, personnes de 60 ans et plus vivant en logement ordinaire ou en institution dont le revenu déclaré est positif ou nul et dont la personne de référence n'est pas étudiante.
Source > Insee-DGFIP-CNAF-CNAV-CCMSA, enquête Revenus fiscaux et sociaux 2016 ; DREES, enquête Care-Institutions 2016, traitement Insee.

De la même façon, la proportion de personnes sous protection juridique (tutelle, curatelle) est beaucoup plus élevée en établissement qu'à domicile, et ce à tous les âges de la vie (voir graphique ci-dessous).

Graphique 8 : Proportion de personnes sous protection juridique, par âge et lieu de vie



Champ > Personnes de 60 ans ou plus vivant en France métropolitaine, à domicile ou en établissement d'hébergement pour personnes âgées.
 Source > DREES, enquêtes Care-Ménages (2015) et Care-Institutions (2016).

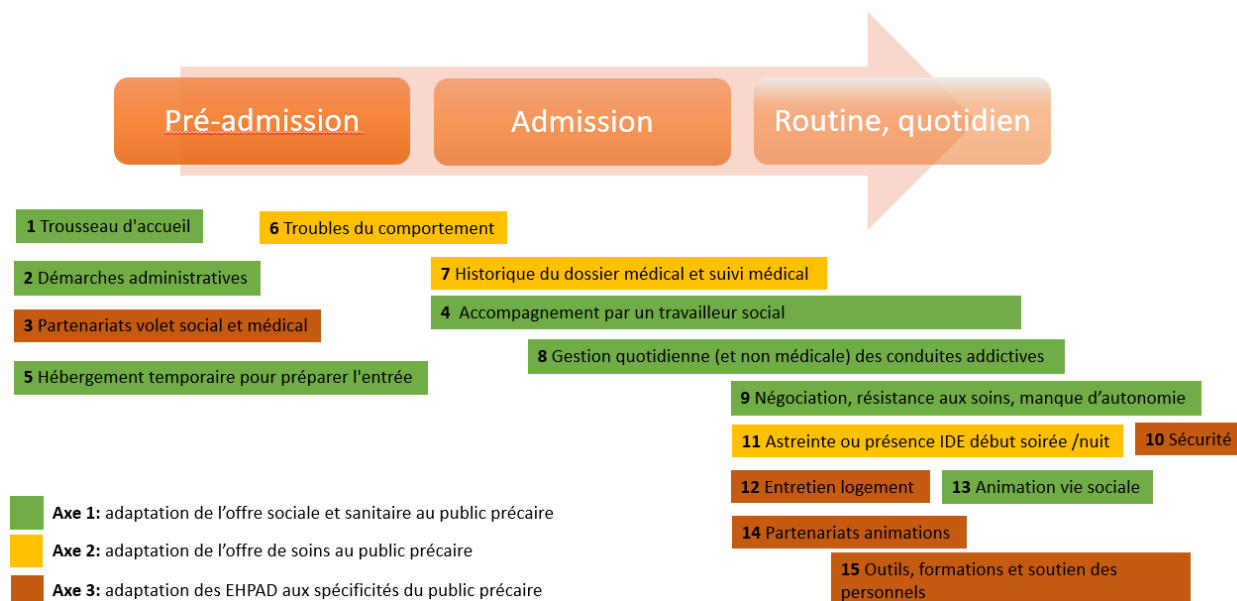
Si ces graphiques illustrent la plus grande précarité des personnes âgées vivant en Ehpad par comparaison aux personnes vivant à domicile, elles montrent surtout la grande particularité des personnes âgées de moins de 75 ans vivant en Ehpad.

Une étude récente menée par l'ARS Ile-de-France montre que presque la moitié des Ehpad de la région (43 %) accueille au moins une personne précaire (à savoir ayant connu un parcours de rue : sans abri, sans logement ou en habitat précaire)²⁶³ : parmi ces établissements, la moyenne du nombre de résidents précaires accueillis est de 7 personnes par Ehpad (plus d'un sur cinq en accueille plus de six). Parmi ces Ehpad qui accueillent des résidents précaires vieillissants, plus d'un tiers ont mis en place des pratiques ou des modalités de prise en charge spécifiques (Achat produits 1ère nécessité, accompagnement à l'entrée, temps de négociation dédié, formation, adaptation du règlement, recrutement de professionnels spécialisés), 32 % des partenariats avec des structures spécialisées (filiale gériatrique/psychiatrique, établissement de santé, Samu Social/ Mission Interface, centre d'action sociale de la ville de Paris), 68 % déclarent nécessaire une mobilisation plus importante de ressources humaines (négociation, temps administratif, temps soignant, surveillance, temps administratif à l'entrée, encadrement). L'étude montre une durée moyenne de séjour en Ehpad de ces résidents de 7 ans, soit trois fois plus longue que la durée moyenne générale (voir partie ci-dessous sur les sorties et durées de séjour en Ehpad). Ces publics prendraient 10 à 20 % de temps en plus en soins, négociation, éducation que les autres résidents

²⁶³ CEMKA, Etude sur le public précaire vieillissant accueilli EHPAD d'Ile-de-France, juin 2023.

(ex. récurrence des sollicitations de l'ensemble des personnels, et pas uniquement du temps de travail social (assistantes sociales, animateurs, cadres, aide-soignant, secrétaires).

Tableau 12 : Spécificités du parcours des résidents précaires vieillissants en Ehpad, CEMKA 2023



Source : CEMKA op cit

3.5 Les personnes de moins de 75 ans en Ehpad : grande précarité et personnes handicapées vieillissantes

Les personnes de moins de 75 ans vivant en Ehpad représentent 11 % des résidents fin 2019, soit l'équivalent de 67 000 personnes.

3.5.1 Des personnes à bas niveau de revenu, fréquemment seules, souvent sous protection juridique avec une surreprésentation d'hommes

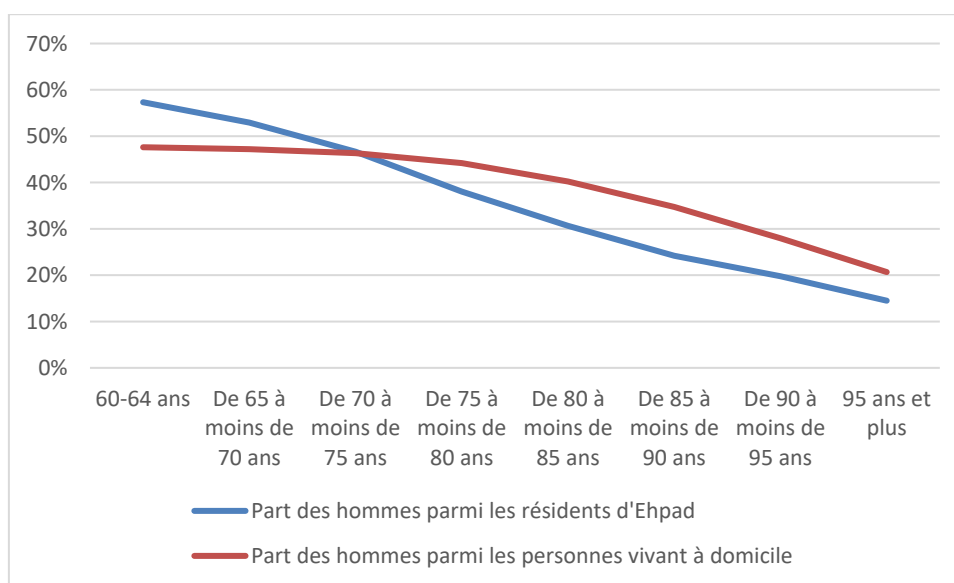
Les personnes de 60-64 ans en établissement ont un niveau de revenu médian qui représente à peine 60 % du revenu médian des personnes âgées de 60-64 ans à domicile. Presque quatre personnes sur cinq de 60-64 ans en établissement sont sous protection juridique quand ce n'est le cas que de façon très rare (pourcentage proche de 0) à domicile.

Delphine Roy résume les choses de la façon suivante : « Les limitations motrices sont (...) massivement plus fréquentes en établissement : à tous les âges, et dès 60 ans, une majorité des résidents ont beaucoup de difficultés à se pencher ou s'agenouiller. (...) Enfin, les limitations cognitives augmentent avec l'âge à domicile, mais les prévalences restent modérées à tous les âges. En établissement en revanche, trous de mémoire, difficultés pour comprendre et se faire comprendre, pour résoudre les problèmes de la vie quotidienne, difficultés à nouer des relations sont fréquentes à tous les âges. Les personnes de moins de 75 ans en établissement ont donc des limitations particulièrement importantes pour leur âge, tandis que les résidents les plus âgés ont des limitations sensorielles et physiques proches des personnes vivant à domicile, mais bien plus de

limitations cognitives. Cela explique en partie le taux particulièrement élevé de personnes sous protection juridique en établissement, supérieur aux deux tiers pour les résidents de moins de 75 ans ».

Les hommes sont majoritaires au sein de la population des moins de 75 ans vivant en Ehpad (voir graphique ci-dessous). Leur proportion est supérieure à celle des hommes vivant à domicile tandis qu'après 75 ans, la proportion d'hommes vivant à domicile est supérieure à celle vivant en Ehpad (ce dernier point tient au fait que les hommes en couple étant généralement plus âgés que leurs compagnes, ils bénéficient à la fois d'une présence auprès d'eux (moindre isolement relationnel) et d'une aide au quotidien (rôle d'aïdante rempli par la compagne ; vivant moins vieux, ils ont aussi moins de chance d'entrer en Ehpad).

Graphique 9 : Part des hommes selon l'âge et le lieu de vie, fin 2019



Source : EHPA 2019, traitement de la mission.

Dans une publication d'avril 2023²⁶⁴, la Drees résume son analyse du profil des personnes de moins de 75 ans en établissement d'hébergement pour personnes âgées de la façon suivante : « Les seniors de moins de 75 ans, plus souvent célibataires, se distinguent par un niveau de vie plus faible. La moitié d'entre eux disposent de moins de 1 150 euros par mois, alors que les niveaux de vie médians des autres classes d'âge sont compris entre 1 370 euros pour les 80 à 85 ans et 1 480 pour les 90 ans ou plus. Les seniors de moins de 75 ans qui sont seuls et non veufs (7 % des seniors en institution) ont un profil particulier : ce sont plus fréquemment des hommes, ils sont entrés en établissement plus jeunes et résident en institution depuis plus longtemps que l'ensemble des seniors. Un tiers d'entre eux sont reconnus comme handicapés par l'administration et sont particulièrement précaires ».

²⁶⁴ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/la-moitie-des-seniors-en-institution-un>

3.5.2 Un état de santé neuropsychiatrique en moyenne plus dégradé que les résidents plus âgés

Contrairement à ce que l'on pourrait présupposer du fait de leur âge moindre, les personnes de 74 ans et moins en Ehpad sont plus souvent atteintes par certaines affections neuropsychiatriques que les personnes de plus de 75 ans en établissement (voir tableau ci-dessous) : ainsi plus de la moitié d'entre elles souffrent de troubles chroniques du comportement (52 %) contre un résident sur trois chez les autres résidents ; elles présentent deux fois plus fréquemment des psychoses-délires-hallucinations (36 % versus 15 %). En revanche, sur le syndrome démentiel (dont Alzheimer), elles sont beaucoup moins concernées (33 % versus 51 %).

Tableau 13 : Part d'affections neuropsychiatriques par groupe d'âge en Ehpad

Age/pathologie	Syndrome confusionnel aigu	Troubles chroniques du comportement	Psychose, délire, hallucinations	Syndrome démentiel	Au moins l'un des quatre
Moins de 74 ans	3 %	52 %	36 %	33 %	75 %
Plus de 75 ans	3 %	33 %	15 %	51 %	68 %
ENSEMBLE	3 %	35 %	17 %	49 %	69 %

Source : EHPA 2011, calcul mission.

Au total, sur ces différentes pathologies neuro psychiatriques, leur taux d'affection est légèrement plus élevé que pour les résidents de plus de 75 ans (75 % versus 69 %).

Il est d'ailleurs à noter que parmi les entrants en Ehpad de moins de 65 ans, plus d'un sur dix avait avant son arrivée un hébergement en établissement psychiatrique, proportion inférieure à 1 % des entrants parmi ceux ayant plus de 80 ans. En 2019, tout âge confondu, c'est plus de 3 000 personnes venant d'un établissement psychiatrique (ou service psychiatrique d'un établissement de santé) qui sont entrées en Ehpad (dont environ la moitié a moins de 75 ans).

3.5.3 Une population en forte croissance dans les Ehpad

Contrairement à ce qu'écrit en février 2023 le rapport du Haut-commissariat au plan²⁶⁵, la population des moins de 75 ans en Ehpad n'est pas en baisse mais en hausse, qui plus est rapide, et est souvent fortement dépendante : leur nombre a crû de 13 % entre 2015 et 2019, alors que sur la même période la croissance globale du nombre de résidents n'était que de 1,6 %. C'est un véritable retournement de tendance : une fois prise en compte la croissance du nombre global de résidents, la baisse en volume des effectifs de moins de 75 ans en Ehpad était de -8 % entre 2011 et 2015. A l'inverse, la croissance observée entre 2015 et 2019 est de +11 %. Tandis que la baisse observée sur la période 2007-2015 s'expliquait vraisemblablement par la mutation des

²⁶⁵ « Cette population décroît depuis plusieurs années (en 2007, elles étaient 93 000 - leur nombre a donc diminué de 20 % en 8 ans). Par ailleurs, 50 % d'entre eux sont autonomes ou peu dépendants (GIR 4, 5 ou 6) et constituent le coeur de cible des actions de prévention qui se mettent peu à peu en place. C'est donc cette population qui a le plus de chance à l'avenir de ne pas avoir besoin d'une place en établissement avant 75 ans ». (page 11)

anciennes maisons de retraite en structure d'accueil pour personnes de plus en plus dépendantes et âgées, il se produit depuis 2015 un phénomène nouveau.

A cela s'ajoute le fait qu'une grosse majorité des personnes de moins de 75 ans accueillies en EHPAD (plus de deux sur trois) sont sévèrement dépendantes (46 % sont GIR 1-2) ou très dépendantes (21 % sont GIR 3). Contrairement au Haut-commissariat au plan qui fait l'hypothèse dans ses simulations à horizon 2030 et 2050 d'une concentration des Ehpads sur les plus de 75 ans considérant que « leur nombre se retrouvera alors absorbé dans les grandes masses », la mission Igas considère que la prise en compte de cette population est prioritaire, et ce pour une raison tant qualitative que quantitative. De façon plus conjoncturelle et ponctuelle, certains directeurs d'Ehpads ont fait part à la mission de l'admission, pour un objectif de remplissage lorsque les taux d'occupation sont faibles, de personnes avec troubles psychiatriques ou en grande vulnérabilité sociale, profils qui n'étaient pas accueillis auparavant (engendrant des difficultés dans les structures où le personnel n'est pas formé à l'accueil de ce type de résident). Il est vraisemblable que la baisse des taux d'occupation en Ehpads induite par la crise sanitaire en 2020 a accru ce phénomène, même si son effet ne sera vraisemblablement pas durable (cf. horizons des travaux de la mission IGAS à 2030-2050).

3.5.4 Les personnes en grande précarité : une croissance difficile à estimer

Les multiples déplacements réalisés par la mission IGAS sur le terrain en établissement confirment la nature spécifique de ce public : ce dernier, s'il n'était pas accueilli en Ehpads, aurait bien souvent de grandes difficultés, tant sur le plan social que du point de vue de l'état de santé, à vivre dans un domicile ordinaire. La mission ne dispose pas de données d'enquête mais elle a pu constater qu'en dehors des personnes handicapées vieillissantes dont l'âge est souvent inférieur à 75 ans, bon nombre de résidents d'Ehpads de 60-74 ans sont issus de la rue, de centres d'hébergement d'urgence (CHRS), et du monde de la grande précarité. Leur présence en Ehpads s'explique par la faiblesse de l'offre d'hébergement alternatif pour ce public à ces âges de la vie. Un hébergement dans des structures moins sanitarisées que les Ehpads type résidences autonomie serait dès lors plus efficient pour les plus autonomes (une dérogation est possible pour les personnes âgées de moins de 60 ans et les personnes en situation de handicap, mais dans des proportions limitées) d'entre elles mais la présence de telles personnes pose des difficultés en termes d'image et d'attractivité : si l'entrée en Ehpads des autres résidents est souvent contraint (urgence, incapacité à se maintenir à domicile), celle en résidences est mûrement réfléchi et volontaire ; ce type de public risquerait donc d'avoir un effet repoussoir fort s'il rejoignait des résidences (en plus du fait que certaines personnes en situation de handicap vieillissantes nécessitent une adaptation médicalisée pour être accueillies – cf. Cour des comptes 2023).

D'un point de vue quantitatif, il est difficile de savoir comment évolue la population de plus de 60 ans en grande précarité. Outre le fait que la grande précarité est difficile à définir, il n'existe pas à ce jour d'enquête statistique permettant de mesurer l'évolution du phénomène et l'avancée en âge des personnes. La dernière enquête des pouvoirs publics sur les personnes sans domicile remonte à 2012. Elle indiquait notamment une proportion de 23 % de personnes de plus de 50 ans.

Tableau 14 : Les personnes sans domicile selon leur âge



La Drees relève dans une publication de 2019 sur l'hébergement des personnes en difficulté sociale que la croissance des hébergements pour ce type de public a été forte entre 2012 et 2016. Parmi ces hébergements, les maisons relais – Résidences accueil (14 400 places à fin 2016, en croissance de 36 % entre 2012 et 2016) ont une proportion de 55 % des personnes hébergées qui ont plus de 50 ans. Il est vraisemblable qu'avec le vieillissement et l'éventualité de besoins d'aide pour les actes essentiels de la vie quotidienne, une partie de ces personnes rejoignent des Ehpad, pouvant pour partie alimenter la hausse de personnes de moins de 75 ans en Ehpad.

3.5.5 Les personnes en situation de handicap vieillissantes : des effectifs en croissance

D'après une étude récente de la Cour des comptes²⁶⁶, les personnes en situation de handicap en Ehpad représenteraient près de 40 000 résidents : « Le parcours des personnes présentant une déficience psychique ou un handicap neurologique lourd se heurte particulièrement à la forte insuffisance d'une offre médico-sociale adaptée, conduisant à des situations d'exclusion sociale, à des hospitalisations de longue durée et à des sorties vers des établissements non adaptés. Les tensions dans le secteur médico-social trouvent une résolution au moins partielle dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). Ceux-ci constituent très fréquemment l'aboutissement des parcours complexes évoqués ci-dessus. Avec 40 000 personnes hébergées, ils sont la principale structure d'accueil des personnes en situation de handicap vieillissantes. Insuffisamment financés et outillés pour ce public spécifique, ils ne peuvent devenir une solution acceptable d'hébergement qu'à de strictes conditions d'adaptation de la prise en charge au handicap accueilli, de développement d'une offre d'activités particulière, et d'une évolution des conditions financières associées à l'accueil. La Cour des comptes fait dès lors différentes recommandations pour améliorer les prises en charge de ces publics en Ehpad :

- Inscrire dans le projet d'établissement et les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (Cpom) les modalités de leur accompagnement et les évaluer au sein de la démarche qualité (conseils départementaux, agences régionales de santé).

²⁶⁶ Cour des comptes, Accompagnement et prise en charge des personnes en situation de handicap vieillissantes, septembre 2023.

- Assurer la continuité de l'accompagnement dans les établissements pour personnes âgées des personnes issues d'un établissement du secteur du handicap, en garantissant un financement adapté à leurs besoins et en conservant les moyens qui leur étaient consacrés dans l'établissement d'origine (DGCS, CNSA, conseils départementaux).
- Élaborer une recommandation de bonnes pratiques professionnelles pour l'accueil en Ehpad des personnes en situation de handicap vieillissantes (HAS, DGCS, CNSA).
- Utiliser, pour les personnes en situation de handicap vieillissantes en Ehpad, une grille d'évaluation tenant compte de leurs besoins spécifiques et permettant aux établissements de bénéficier de moyens financiers adaptés (DGCS, CNSA).

D'après les déplacements effectués par la mission en établissements, ces personnes ont des profils particuliers au sein des Ehpad : elles résidaient souvent déjà dans un établissement médico-social avant leur entrée en Ehpad, elles entrent en Ehpad relativement jeunes par rapport aux restes de résidents et la majorité d'entre elles ont moins de 75 ans. Les personnes en situation de handicap bénéficiaires de la prestation de compensation du handicap (PCH)²⁶⁷ peuvent en garder le bénéfice après 60 ans si cette dernière est plus avantageuse pour eux que l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA). Elles peuvent néanmoins opter pour l'APA si elles le souhaitent. Depuis le 1er janvier 2021, les personnes de plus de 75 ans qui répondaient aux critères de la PCH avant 60 ans peuvent en bénéficier (auparavant, cette possibilité n'était offerte qu'aux personnes âgées de moins de 75 ans).

Il n'est pas aisé de prédire l'évolution de la population en situation de handicap dans les Ehpad. En effet, cette évolution est fonction à la fois de la structure par âge de la population en situation de handicap ainsi que du type d'habitat qu'elle désire (domicile, établissement du champ PH, établissement du champ PA).

Concernant la structure par âge, certaines personnes connaissent un handicap à leur naissance quand d'autres n'y sont confrontées qu'à des âges plus élevés. D'après la Drees, en 2016, la moitié des entrants dans la PCH est âgée de moins de 49 ans²⁶⁸, la moitié des sortants est âgée de plus de 53 ans, et la moitié des personnes sortent du dispositif de la PCH avant 5 ans (47 %). Ces flux importants d'entrées/sorties compliquent l'établissement de prédiction pluriannuelle quant à l'évolution de la population bénéficiaire. Pour autant, on observe le vieillissement progressif de la population bénéficiaire de la PCH (graphique ci-dessous pour la dynamique entre 2012 et 2016). Entre 2016 et 2021, la hausse très forte (+78 %²⁶⁹) des bénéficiaires de la PCH et de l'ACTP de plus de 60 ans se poursuit. Cela résulte de plusieurs effets concomitants : la montée en charge de la PCH entre 2006 et 2016 (flux d'entrées et de sorties équivalents en 2016²⁷⁰), la pyramide des âges de la population française (générations du babyboom), et l'accroissement de l'espérance de vie des personnes en situation de handicap²⁷¹.

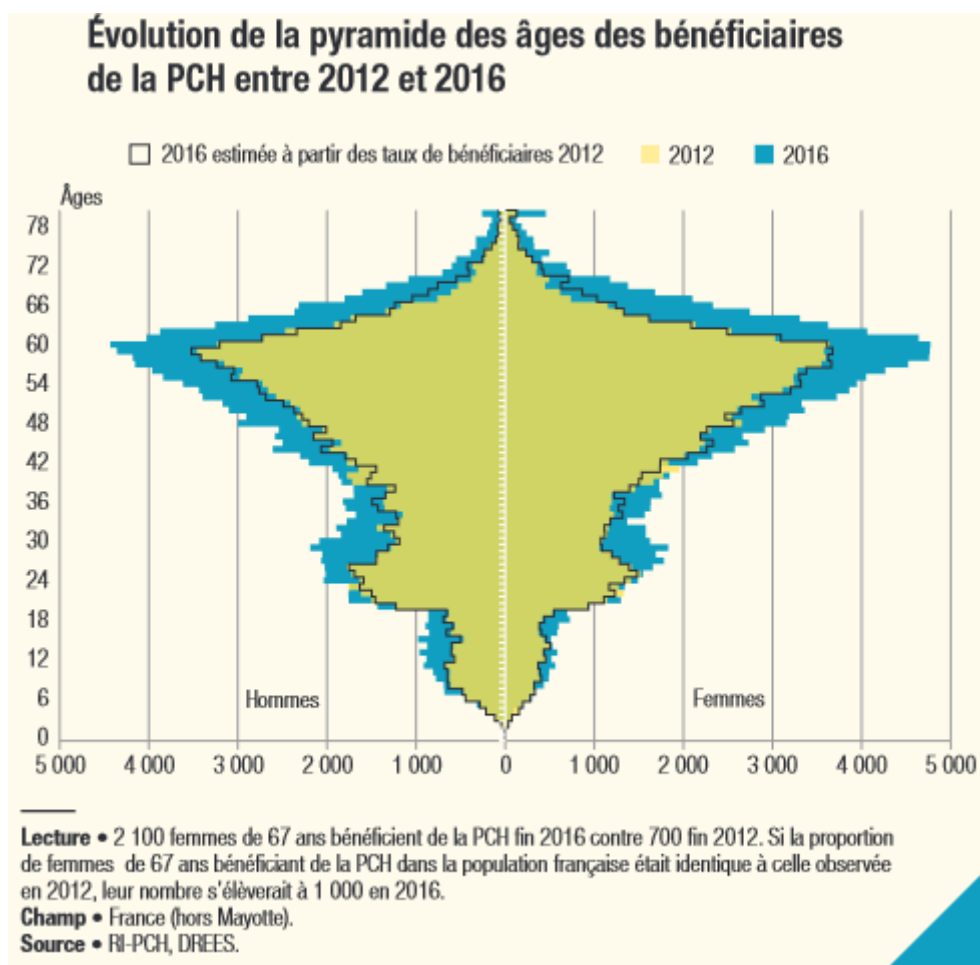
²⁶⁷ La PCH est accessible tant à domicile qu'en établissement.

²⁶⁸ https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-03/infographie_pch_0.pdf

²⁶⁹ Statistiques construites à partir des données DREES de l'enquête Aide sociale sur 80 départements.

²⁷⁰ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1117.pdf>

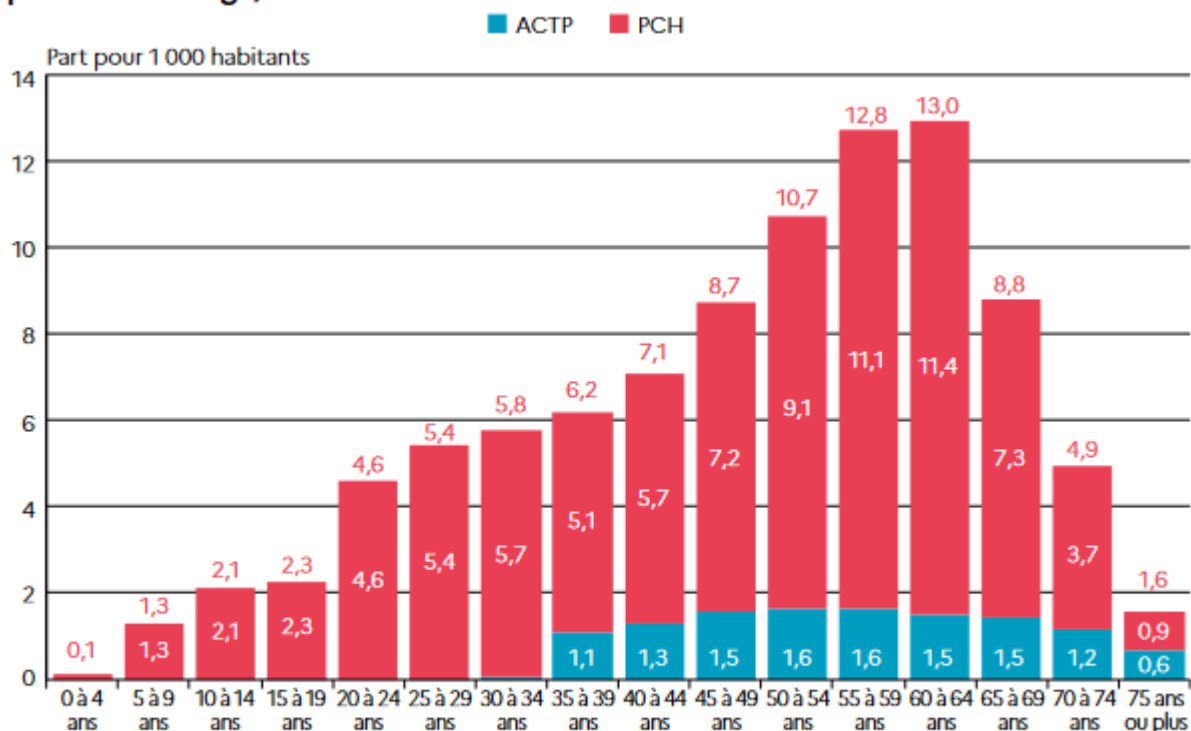
²⁷¹ https://creai-nouvelleaquitaine.org/wp-content/uploads/2014/12/PHV2014_Diaporama_Atelier_4.pdf :



Source : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1117.pdf>

A fin 2020, 13 % de la population des 60-64 ans étaient bénéficiaires de la PCH ou de l'ACTP (cf. graphique ci-dessous) tandis qu'en 2016, cette part était inférieure à 10 %. Du fait d'un écart persistant d'espérance de vie entre personnes en situation de handicap et population générale, la part des bénéficiaires de la PCH et de l'ACTP dans la population reste faible après 75 ans (moins de 2 %, voir ci-dessous).

Graphique 2 Part des bénéficiaires de la PCH et de l'ACTP dans la population par tranche d'âge, en décembre 2020



ACTP : allocation compensatrice pour tierce personne ; PCH : prestation de compensation du handicap.

Note > Les chiffres en rouge correspondent à la part totale des bénéficiaires de la PCH et de l'ACTP dans la population par âge.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Sources > DREES, enquête Aide sociale ; Insee, estimations provisoires de population au 1^{er} janvier 2021 (résultats arrêtés fin 2021).

Des travaux plus poussés devraient être menés pour prédire l'évolution de la population en situation de handicap vieillissante, mais les dynamiques en cours laissent clairement entrevoir une hausse de la demande d'entrées en Ehpad pour ce public dans les années à venir. En 2019, parmi les entrants en Ehpad de moins de 65 ans, 9 % avaient un hébergement antérieur en établissement pour adultes handicapés, proportion qui chute à moins de 0,5 % pour les entrants de plus de 75 ans. En 2019, tout âge confondu, c'est plus de 1 200 personnes venant d'un établissement pour personnes handicapées qui sont entrées en Ehpad (plus des deux tiers avaient moins de 65 ans).

En effet, plusieurs acteurs auditionnés par la mission ont rapporté le fait que la rareté des places en établissements pour personnes en situation de handicap incite les gestionnaires à encourager des déménagements de personnes de plus de 60 ans vers les Ehpad afin de libérer des places et ainsi accueillir des personnes en situation de handicap plus jeunes, sans quoi ces dernières verraient leur délai d'entrée en établissement encore s'accroître. A cela s'ajoute le fait que les structures médico-sociales prenant en charge des personnes en situation de handicap ne connaissent que depuis récemment le phénomène de seniorisation de leur public. Or cette évolution amène avec elle des problématiques nouvelles de prise en charge, en particulier lié au vieillissement (développement des maladies chroniques et des polyopathologies) dont l'articulation avec certains handicaps posent des enjeux qui plus est spécifiques.

A aussi été rapporté à la mission le fait que le vieillissement de la population en situation de handicap pose des problématiques plus complexes lorsque les parents des personnes en situation de handicap vieillissent et voient leur propre capacité de proches-aidants s'amenuiser. Or, une personne en situation de handicap vieillissante de 60-64 ans qui vit avec ses parents à domicile a généralement des parents âgés de 85-90 ans, c'est-à-dire des âges où les risques de décès et de perte d'autonomie sont plus élevés. Il est donc vraisemblable que, pour ces personnes de 60-64 ans en situation de handicap, l'avancement en âge s'accompagne d'une demande croissante d'aide à domicile ou, à défaut, d'entrées en établissement.

L'adaptation de l'accompagnement et des lieux de vie des personnes en situation de handicap vieillissantes sont donc un enjeu à la fois pour les établissements du champ PH, pour ceux du champ PA et pour les acteurs du monde du domicile.

3.6 Des personnes aux pathologies multiples, fortement requérantes en soin

C'est via les coupes pathos qu'il est possible de connaître la nature des pathologies des résidents d'Ehpad. La dernière coupe nationale remonte à 2011 et montrait déjà une forte prévalence des patients polyopathologiques. Les résidents cumulent en moyenne 7,9 pathologies (moyenne à 8,6 pour les GIR1 et 2 et à 5,7 pour les GIR 5 et 6). Plus de neuf résidents sur dix ont des affections neuropsychiatriques au premier rang desquelles le syndrome démentiel (dont Alzheimer) qui concerne près de la moitié des résidents (49 %, voir tableau ci-dessous) ; plus de deux résidents sur trois (69 %) ont au moins une des quatre affections suivantes (bon nombre en cumule deux parmi les quatre) : syndrome confusionnel aigu, troubles chroniques du comportement, psychose-délire-hallucination, syndrome démentiel. A cela s'ajoute le fait que 15 % des résidents ont une pathologie aiguë et plus du tiers (37 %) une pathologie chronique non stabilisée.

Tableau 15 : Illustrations de pathologies neuropsychiatriques selon le GIR en 2011

Ehpad	Syndrome confusionnel aigu	Troubles chroniques du comportement	Psychose, délire, hallucinations	Syndrome démentiel	Au moins un des quatre
GIR 1	3 %	46 %	21 %	71 %	87 %
GIR 2	4 %	40 %	19 %	56 %	75 %
GIR 3	2 %	36 %	17 %	47 %	71 %
GIR 4	2 %	25 %	14 %	30 %	52 %
GIR 5	2 %	20 %	14 %	21 %	43 %
GIR 6	1 %	16 %	13 %	14 %	35 %
ENSEMBLE	3 %	35 %	17 %	49 %	69 %

Source : EHPA Drees, exploitation complémentaire Drees faite à la demande de la mission.

La prévalence des pathologies est associée à une forte fréquence des passages aux urgences (un résident sur cinq en 2011) et à un nombre conséquent d'hospitalisations non programmées (deux fois plus que les hospitalisations prévues), sachant néanmoins qu'une partie de ces transferts vers l'hôpital pourrait être évitée avec une meilleure prise en charge à l'Ehpad (formation des personnels, infirmières de nuit, intégration à une filière gériatrique...).

Les professeurs Jeandel et Guérin ont produit mi-2021 un rapport²⁷² qui permet d'approximer l'évolution de la situation pendant les années 2010²⁷³. Leurs analyses laissent penser qu'il existe une augmentation forte et rapide de la prévalence de certaines pathologies en Ehpad (ex. la part des syndromes démentiels en Ehpad serait passé de 49 % à 65,9 %, la part des troubles chroniques du comportement de 35 % à 55 %). Du point de vue des affections neuropsychiatriques, les Ehpad ressemblent désormais fortement aux USLD : les syndromes démentiels y seraient de 72,3 % et les troubles chroniques du comportement de 57,1 %). Ce rapport établit que les personnes requérant des soins psychiatriques continus représentent 74 % des résidents (avec 76 % pour les GIR 3 et 64 % pour les GIR 4).

L'enquête réalisée par l'Igas auprès d'un peu plus de 10 % des Ehpad en France dans le cadre de la mission de 2022 relative à la prise en charge des maladies neuro dégénératives²⁷⁴ arrivait à des constats proches : d'après les gestionnaires de structures, 66 % de leurs résidents présentaient des troubles cognitifs et 65 % des troubles du comportement (22 % légers, 22 % modérés, 16 % sévères et 5 % aigus). Ces différentes observations conduisent à établir plusieurs constats :

- La prévalence des affections neuropsychiatriques progresse fortement en Ehpad, et ce alors même que le nombre de résidents en Ehpad évolue très peu depuis 2011 (+3,7 % sur 8 ans), ce qui tend à suggérer une sursélection à l'entrée des personnes présentant ce type d'affections ou une sous-sélection des personnes n'en présentant pas (et qui donc veulent/parviennent mieux à se maintenir à leur domicile) ;
- Les personnes atteintes de ce type d'affections ont souvent des troubles du comportement associés, ce qui est un facteur de complication des prises en charge pour les personnels²⁷⁵ ;
- La présence de troubles du comportement légers parmi ces résidents semblent indiquer que c'est en partie la nature de l'environnement à domicile (présence ou non de proches, nature des interventions de personnes externes, configuration des lieux) qui fait qu'ils sont ou non en capacité de se maintenir chez eux. En effet, les personnes peuvent avoir des troubles neuro-cognitifs relativement sévères (troubles de la mémoire, de l'orientation...) avec des troubles du comportement légers.

²⁷² USLD et Ehpad : 25 recommandations pour une prise en soins adaptée des patients et des résidents afin que nos établissements demeurent des lieux de vie, juin 2021, Pr C. Jeandel/Pr O. Guérin

²⁷³ Les constats faits ici sont à prendre avec précaution dans la mesure où, faute de nouvelle coupe pathos nationale comme en 2011, les auteurs ont utilisé toutes les coupes pathos faites entre 2015 et 2019. Ils ont donc un échantillon important (83 % des établissements sont couverts) mais construits suivant une méthodologie différente.

²⁷⁴ Évaluation des dispositifs spécialisés de prise en charge des personnes atteintes de maladies neurodégénératives, rapport IGAS 2021-104R, juillet 2022

²⁷⁵ Des actes de violence sont fréquents de la part de certains résidents vis-à-vis d'autres résidents et des professionnels (45 % fréquemment ; 27 % quotidiennement). In Évaluation des dispositifs spécialisés de prise en charge des personnes atteintes de maladies neurodégénératives, rapport IGAS 2021-104R, juillet 2022

3.7 Légère hétérogénéité du public accueilli selon le statut juridique des Ehpad et cas particulier des Ehpad territoriaux en zone très peu dense

Il existe de légères hétérogénéités dans les publics accueillis en Ehpad. Ainsi les Ehpad privés à but lucratif accueillent moins de personnes en GIR 1 (14,7 % vs une moyenne à 16,4 % des résidents). En revanche, ils accueillent un peu plus de GIR 2 (40,2 % versus 38,1 %). Au global des GIR 1 à 3, ce sont les Ehpad privés à but non lucratif qui en accueillent le moins en proportion de l'ensemble de leurs résidents (71,2 % vs une moyenne à 73,2 %). Les Ehpad publics hospitaliers accueillent la proportion la plus élevée de personnes en GIR 1 et 2 (57 % de leurs résidents vs 54,6 % en moyenne). Ces modifications sont si faibles qu'elles sont peu significatives en termes quantitatifs.

Tableau 16 : Proportion de résidents par GIR selon le statut juridique des Ehpad en 2019

Catégorie d'établissement	Pourcentage des résidents en :						
	%	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5	GIR 6
Ehpad		16,4	38,1	18,6	20,2	4,4	2,3
Ehpad privés à but lucratif	14,7	40,2	20,0	19,4	3,7	1,9	
Ehpad privés à but non lucratif	15,9	37,2	18,1	21,0	4,9	2,9	
Ehpad publics	17,5	37,8	18,3	20,0	4,3	2,1	
Ehpad publics hospitaliers	18,4	38,6	17,6	19,0	4,2	2,1	
Ehpad publics non hospitaliers	16,8	37,2	18,9	20,7	4,4	2,0	

Source : EHPA 2019.

Ces écarts de stock s'expliquent en partie par le profil des résidents à l'entrée (flux) : ainsi 7,9 % des entrants en Ehpad à but lucratif sont en GIR 1 contre 11,8 % dans les Ehpad publics hospitaliers. L'hétérogénéité relativement faible des profils de GIR des résidents entre les Ehpad selon leur statut juridique semble indiquer que le statut juridique des Ehpad n'est que marginalement un critère de choix à niveau de dépendance donnée.

Pour autant, il existe quelques particularités qui méritent d'être relevées : ainsi, les Ehpad publics non hospitaliers (territoriaux et autonomes) installés dans les communes très peu denses ont des niveaux de dépendance et de pathologie de leurs résidents nettement inférieurs à tous les autres Ehpad, y compris ceux installés sur des communes comparables en termes de densité. Ainsi, leur GIR moyen pondéré (GMP) s'élève à 660 et leur pathos moyen pondéré (PMP) à 190 quand, pour les autres Ehpad installés sur des communes très peu denses, le GMP s'élève à 722 et le PMP à 225 (écart de 9,4 % et 12,4 % donc)²⁷⁶. Comme cela a été rappelé lors de plusieurs auditions, les Ehpad gérés par les communes en zone rurale auraient une propension plus forte qu'ailleurs à privilégier l'entrée en Ehpad des résidents de la commune ; or l'isolement géographique plus accentué des personnes âgées de la commune pourrait les inciter à quitter leur domicile à des niveaux de dépendance/pathologie plus précoce qu'ailleurs. Le fait, qui plus est, de ne pas disposer d'autres types d'offres d'habitat à proximité (ex. résidences autonomie ou résidences services) conduirait donc des personnes à privilégier l'Ehpad. On peut aussi supposer en conséquence que l'image

²⁷⁶ Le même phénomène s'observe dans les communes peu denses mais une mesure nettement moindre.

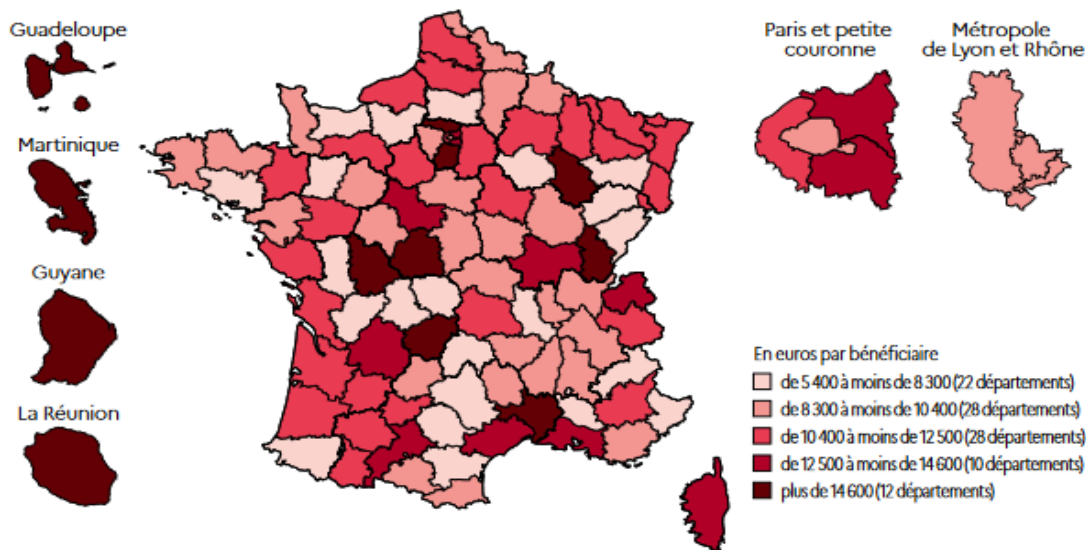
d'un Ehpad de village n'est pas la même que celle d'un Ehpad en ville, ce qui rétroagit du même coup sur son attractivité et le fait que des personnes moins dépendantes sont prêtes à y rentrer.

3.8 Un recours à l'aide sociale à l'hébergement en baisse

Entre 2015 et 2020, on observe une érosion du nombre de bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement (ASH), passant de 122 000 à 117 000, et ce alors que le nombre de résidents en Ehpad était dans le même temps en légère croissance²⁷⁷. Financée par les conseils départementaux, cette prestation représente en moyenne pour l'année 2017, 1 010 euros par mois par bénéficiaire une fois déduite la participation des personnes et de leur famille (sinon, montant global de 1 840 euros)²⁷⁸. Au regard du fait que cette prestation peut être reprise sur succession et conduire à la mobilisation d'obligés alimentaires (270 euros en moyenne par mois), un certain nombre de résidents (ou leur famille) ne souhaitent pas y recourir au risque de rester vivre à domicile dans de mauvaises conditions d'accompagnement et de soins, les départements étant par ailleurs plus ou moins restrictifs dans l'octroi de l'aide et dans la mobilisation de l'obligation alimentaire.

La dépense d'ASH par bénéficiaire en établissement connaît de fortes disparités entre territoires comme l'illustre le graphique ci-dessous.

Carte 1 Dépenses brutes annuelles moyennes d'ASH en établissement par bénéficiaire, en 2020



Note > La dépense brute est appréciée après récupérations auprès des bénéficiaires, de leurs obligés alimentaires et de leurs héritiers. Au niveau national, la dépense brute annuelle moyenne par bénéficiaire est de 10 800 euros. La valeur médiane, au-dessous de laquelle se situent la moitié des départements, est égale à 10 400 euros. La dépense annuelle moyenne par bénéficiaire est le rapport de la dépense totale de l'année *n* au nombre moyen de bénéficiaires, calculé comme la demi-somme des bénéficiaires au 31 décembre *n-1* et des bénéficiaires au 31 décembre *n*.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Source > DREES, enquête Aide sociale.

²⁷⁷ L'aide et l'action sociales en France > édition 2022 > DREES.

²⁷⁸ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-06/ER1272.pdf>

4 Les entrées en Ehpad

4.1 Une gestion totalement décentralisée des entrées en Ehpad

La régulation des entrées en Ehpad est relativement faible aujourd'hui : les personnes sont libres de déposer des demandes partout où elles le souhaitent (document unique de demande permettant d'adresser une demande à tous les Ehpad de son choix²⁷⁹) et les gestionnaires de structures peuvent accueillir qui ils veulent, sans avoir à motiver leur décision.

Contrairement au secteur des établissements pour personnes handicapées où la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) constitue un filtre avant l'adressage des demandes aux gestionnaires de structures, le secteur Personnes âgées fonctionne de façon totalement libre. A la réserve de disposer d'un avis médical d'orientation vers un Ehpad (le médecin doit compléter les parties qui le concernent du dossier de demande d'admission en Ehpad), les critères de choix pour les personnes sont principalement qualitatifs (qualité de l'offre proposée), financier (coût) et géographique (proximité à son domicile ou à celui de ses proches). Le remplissage des demandes sur viatrajectoire devient progressivement un préalable mais son déploiement n'est pas encore effectif dans tous les départements en France (début 2023, 80 départements l'utilisaient).

Du côté des responsables de structures, une fois posée les démarches obligatoires faites par les demandeurs, ils ont libre choix d'accepter qui ils souhaitent en fonction de critères qui leur sont propres sous réserve de respecter le cadre éventuellement fixé par le conseil d'administration de l'établissement (projet de l'établissement, nature de la dépendance et des pathologies, capacité à payer du résident et de ses proches, profil social du demandeur par rapport aux autres résidents, provenance géographique, capacité RH de l'établissement à prendre en charge le résident...) ²⁸⁰. Les critères qui président à ces choix sont à ce jour pour l'essentiel inconnus non seulement des demandeurs mais aussi des acteurs en charge du pilotage du secteur (CNSA, ARS, CD). Dans le cas des Ehpad territoriaux ou ayant délégation de gestion par exemple d'une commune, la mission a rencontré des cas où des commissions d'admission se réunissent par exemple sous l'égide d'un adjoint au maire en charge du sujet.

4.2 Des motifs d'entrée en Ehpad mal connus

Les raisons pour lesquelles l'habitat préalable à l'Ehpad n'est parfois plus une solution et que les personnes (ou leur famille) demandent à entrer en établissement sont reprises dans l'annexe relative aux limites de la vie à domicile. On peut souligner, à la vue des multiples auditions et déplacements de terrain faits par la mission, que ces raisons sont vraisemblablement

²⁷⁹ https://www.formulaires.service-public.fr/gf/cerfa_14732.do

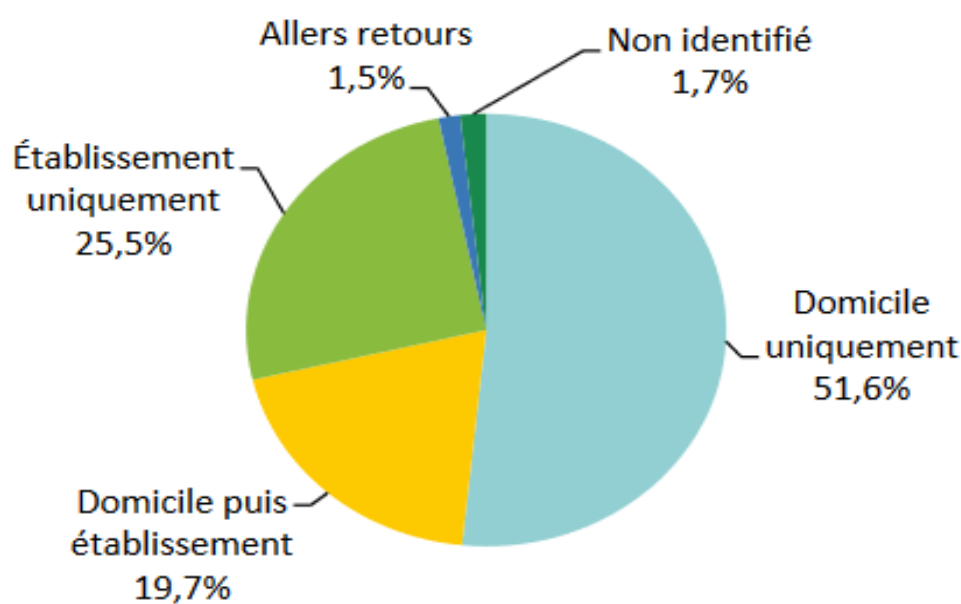
²⁸⁰ Le médecin coordonnateur évalue les demandes d'admission, s'assure que les capacités de soins de la résidence sont en adéquation avec les besoins de la personne concernée. Son avis est transmis à la direction ou la commission d'admission. Il engage sa responsabilité. Il peut émettre un avis défavorable au retour d'une personne après hospitalisation car il ne peut apporter les soins suffisants.

protéiformes et que les décisions sont le plus souvent prises sans préparation, voire dans l'urgence. Cela peut pour partie s'expliquer par plusieurs facteurs :

- -nombre de personnes ne désirent pas vivre en établissement (près des deux tiers des personnes, d'après le baromètre d'opinion 2021 de la Drees)
- en pratique, la grande majorité des bénéficiaires de l'APA à domicile (ayant donc une dépendance connue et évaluée antérieurement à leur admission en Ehpad) ne rejoindront jamais un Ehpad : ainsi, parmi les bénéficiaires de l'APA domicile sortis de la prestation en 2011 (80 % des sortants de l'APA ont pour cause de sortie le décès du bénéficiaire)²⁸¹ plus des deux tiers n'entrent jamais en Ehpad. Les personnes qui ont d'abord bénéficié de l'APA domicile avant d'entrer en établissement représentent à peine plus d'un cas sur quatre (27,6 %) de l'ensemble des bénéficiaires de l'APA (dom et étab -voir graphique ci-dessous).

En pratique, pour la majorité des bénéficiaires de l'APA Etab, l'entrée en établissement est associée à l'entrée dans l'APA. La majorité des sortants de l'APA Etab n'ont jamais bénéficié de l'APA dom (25,5 % des sortants de l'APA n'ont eu que l'APA Etab, 19,7 % des sortants de l'APA avaient l'APA Etab mais avaient eu l'APA dom avant). Pour le dire autrement, 44 % des personnes qui quittent leur Ehpad une année donnée avaient l'APA dom avant leur entrée en Ehpad, 56 % non.

Graphique 10 : Répartition des différents parcours entre l'APA à domicile et en établissement parmi les bénéficiaires sortis de l'APA en 2011



Lecture > 51,6 % des sortants de l'APA n'ont perçu que l'APA à domicile.

Champ > France métropolitaine, bénéficiaires de l'APA sorties du dispositif en 2011.

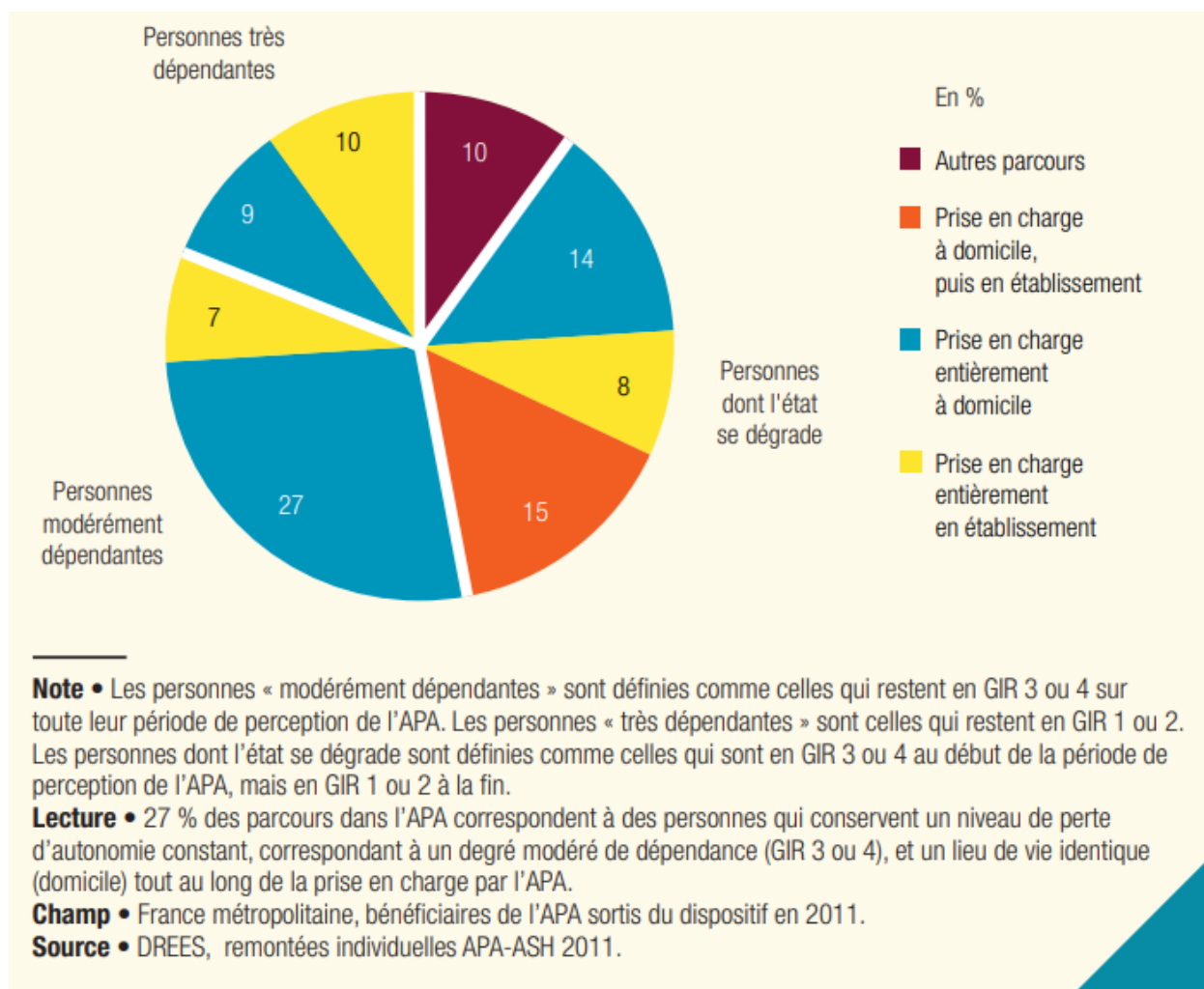
Source > DREES - Remontées individuelles APA-ASH 2011.

²⁸¹ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/dd29.pdf> : La durée de perception de l'allocation personnalisée d'autonomie, Les dossiers de la drees, oct 2018, n°29.

La Drees identifie sept parcours types dans l'APA selon la stabilité ou la dégradation de l'état des personnes, la gravité de leur dépendance et le fait qu'elles perçoivent l'APA à domicile, l'APA en Etablissement ou d'abord l'APA à domicile puis l'APA en Etablissement (voir graphique ci-dessous). Parmi les gens uniquement à domicile, 28 % voient leur état se dégrader, résultat très proche des gens qui sont uniquement en établissement (32 %) : ce faible décalage suggère un impact limité du lieu de vie sur l'état de santé des personnes. Les données actuellement disponibles ne fournissant pas d'indication sur le GIR des personnes juste avant et quelques semaines ou mois après les entrées en établissement pour les personnes qui bénéficiaient au préalable l'APA à domicile, ne permettent cependant pas de mesurer l'impact qu'a pour les personnes âgées l'entrée en établissement (ex. difficulté d'adaptation à un nouvel environnement de vie, perte de repères).

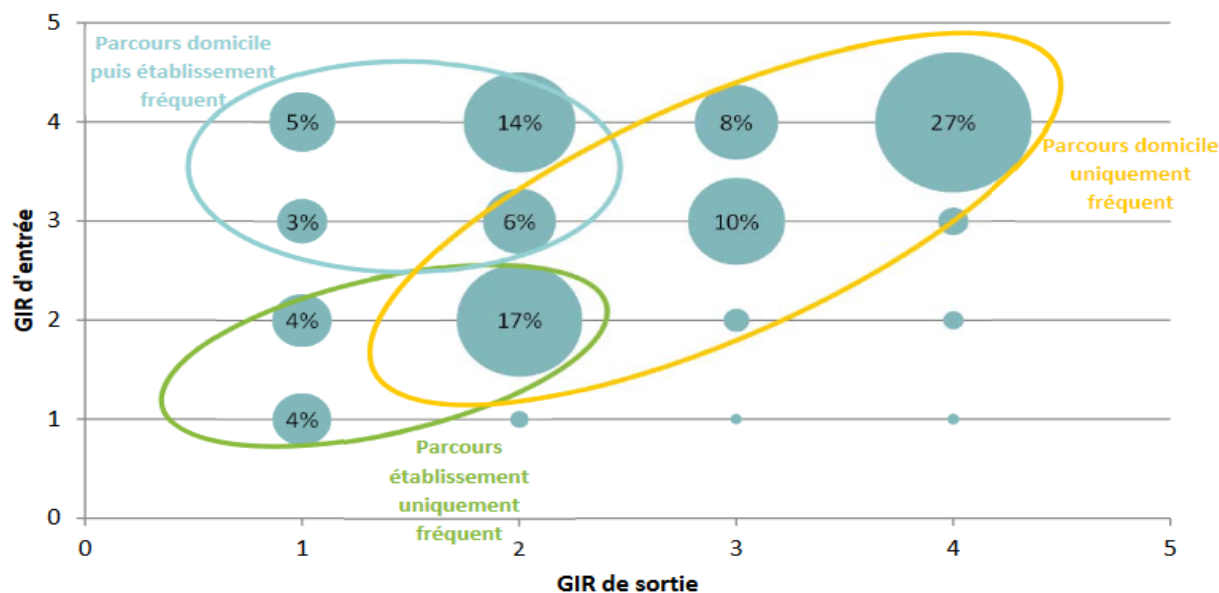
Il est à ce stade important de rappeler que les modalités d'évaluation au domicile et au sein de l'établissement ne sont pas identiques et les résultats peuvent différer (la grille AGGIR est complétée en prenant en compte les aides techniques mises en place et l'organisation de l'établissement peut conduire à une majoration de la cotation (exemple : la préparation systématique des vêtements par les équipes peut conduire à coder en B la variable habillage...)). Au domicile, selon les départements, l'évaluation peut être adaptée aux besoins des personnes (ex : attribuer un GIR3 pour faire face, par exemple, aux besoins importants d'une personne isolée présentant des troubles cognitifs et classée en GIR 4, le montant attribué aux personnes classées en GIR 4 étant insuffisant).

Graphique 11 : Les principaux profils de parcours dans l'APA



Le graphique ci-dessous permet de montrer que ce qui caractérise fortement les personnes étant totalement restées à domicile sans jamais rejoindre un Ehpad c'est l'absence de dégradation de leur état de santé (cf. surreprésentation sur la diagonale où le GIR d'entrée et le GIR de sortie sont les mêmes), avec au départ un GIR plus fréquemment à 4 (personnes « modérément dépendantes d'après la DREES). Pour les personnes n'ayant bénéficié de l'APA qu'en établissement, il en est de même (grande fréquence du même GIR à l'entrée et à la sortie de l'APA) mais l'entrée dans l'APA s'est généralement faite à un niveau de dépendance beaucoup plus lourd (GIR 2 et non GIR 4). A l'inverse, pour les personnes ayant bénéficié de l'APA à domicile puis en établissement, il y a une nette évolution de leur GIR entre leur entrée et leur sortie de l'APA : cette dégradation est associée à une durée plus longue que la moyenne dans l'APA, durée qui a donc pu voir la majoration des besoins d'aide ; cette dégradation peut avoir des causes multiples : aggravation des déficiences physiques et psychiques, difficultés à s'adapter à un nouvel environnement de vie (ex. perte du conjoint, repères différents en Ehpad)... Un suivi de cohorte serait utile pour déterminer précisément à un niveau individuel comment évolue la dépendance des personnes, en particulier à ce moment crucial que représente le fait de quitter son domicile.

Graphique 12 : Répartition des sortants d'Ehpad en 2011 selon le GIR d'entrée et de sortie et le parcours le plus fréquent (APA dom/APA Etab)



Note > Le parcours le plus probable est défini comme la modalité la plus représentée (graphique C annexes). En cas d'égalité, les deux parcours concernés sont entourés.

Lecture > Les personnes entrées en GIR 4 et sorties en GIR 1 représentent 5 % des sortants. Pour ces personnes, le parcours le plus fréquent est une entrée dans l'APA à domicile, suivie d'un passage en établissement.

Champ > France métropolitaine, bénéficiaires de l'APA sorties du dispositif en 2011.

Source > DREES - Remontées individuelles APA-ASH 2011.

Comme indiqué ci-dessous (sous partie sur la durée en Ehpad), être évalué par la grille AGGIR à un âge élevé (plus de 85 ans) et directement à un niveau de dépendance élevé (GIR 1 ou 2) est un facteur accroissant la probabilité d'une entrée directe en établissement sans demande préalable de l'APA à domicile²⁸².

4.3 Des délais d'attente parfois longs

D'après l'enquête EHPA, fin 2019, c'est-à-dire avant la crise sanitaire débutée en 2020, les durées d'attente avant admission (c'est-à-dire le délai d'attente entre la date de réception du dossier et l'entrée dans l'établissement) étaient inférieures à un mois dans 62 % des cas. Une telle rapidité est parfois cruciale pour répondre à des demandes urgentes de prise en charge et éviter des hospitalisations injustifiées (pour plus de détails voir l'annexe relative à l'hôpital).

Notons néanmoins que, dans presque un cas sur sept, la durée d'attente avant admission a été supérieure à six mois. Pour prévenir des tensions dans l'accès aux Ehpad et éviter les conséquences qu'elles peuvent induire, suivre à une maille territoriale fine (ex. territoire de vie) cet indicateur des délais d'attente des personnes entrées en Ehpad pourrait être bénéfique. Couplé à un indicateur sur le taux d'occupation réel des places des établissements, ce suivi permettrait de

²⁸² Il serait intéressant sur ce point de savoir si ce type d'entrée se fait au décours d'une hospitalisation, information dont ne dispose pas la mission IGAS.

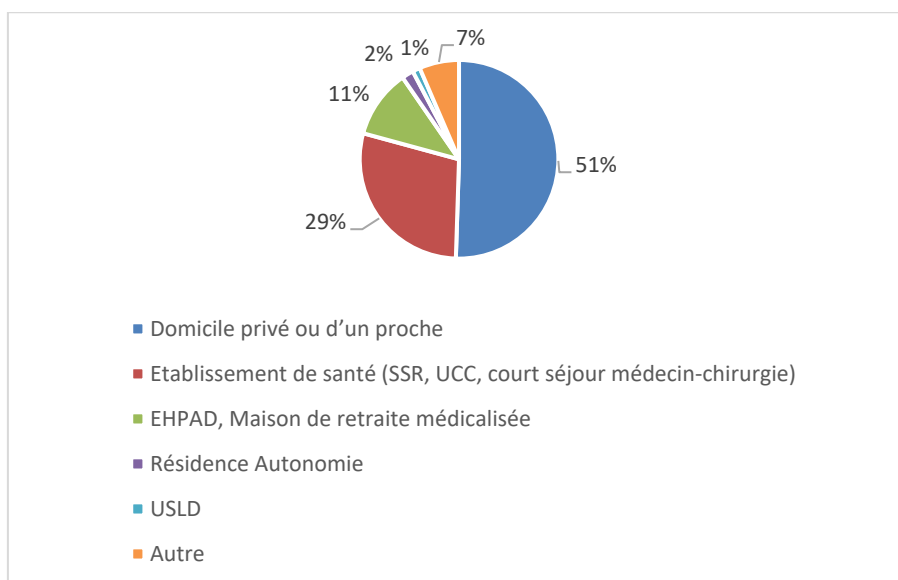
piloter plus finement l'offre localement. Il faudrait organiser les remontées de l'outil Viatrajectoire de sorte à ce qu'il produise ces informations de suivi.

4.4 Moins d'un tiers des personnes entrent en EHPAD à l'issue d'une hospitalisation

Plus de la moitié des personnes qui entrent en Ehpads proviennent de leur domicile privé (ou du domicile d'un proche) (graphique ci-dessous). La part des personnes qui entrent à l'issue d'une hospitalisation est de 29 % (principalement en SSR 17 % et en unité de court séjour 12 %). Par ailleurs, 11 % viennent d'un autre Ehpads et moins de 2 % d'une résidence autonomie. Comparée aux données de l'enquête EHPA 2007, cette répartition est globalement stable dans le temps.

Notons toutefois une forte spécificité des Ehpads publics hospitaliers par rapport aux autres : pour ces derniers, seuls 36 % des entrées (contre 55 % pour les autres Ehpads) se font directement à partir du domicile. Près d'un tiers des entrants viennent de SSR (31 %) ; et c'est près de la moitié des résidents (49 %) qui proviennent d'un service hospitalier (SSR, UCC, unité de court séjour, USLD). Ces Ehpads remplissent donc clairement une fonction de lit d'aval pour les autres services hospitaliers de façon à limiter la durée moyenne de séjour (DMS) des personnes âgées dépendantes à l'hôpital (logique de filière gériatrique des établissements et, plus largement, des groupements hospitaliers de territoire GHT). Cette orientation a donc un double objectif (ne pas maintenir à l'hôpital des personnes qui n'en ont plus besoin et éviter de dégrader l'équilibre budgétaire de l'hôpital dont le système de tarification dépend du nombre d'actes produits).

Graphique 13 : Répartition des entrants au cours de l'année 2019 selon le type d'hébergement antérieur



Source : EHPA 2019.

Cette provenance des personnes qui entrent en Ehpads est instructive car elle permet d'identifier quels sont les acteurs qui risquent de se trouver en difficulté si, demain, les places en Ehpads se raréfiaient sans qu'ils soient en capacité d'élever leur niveau de prise en charge (comprendre : pour accompagner des personnes qui aujourd'hui sont orientées vers des Ehpads) : les premiers

acteurs concernés seraient les acteurs du domicile, ce qui signifierait en pratique une probable réorientation des personnes vers les services d'urgence des hôpitaux, qui renverront à leur tour une grande partie de ces personnes chez elle, ces aller-retours concourant à une dégradation rapide de l'état physique et psychique des personnes. Viendraient ensuite les services de soins de suite et de réadaptation et les unités de court séjour des établissements de santé dont la durée de séjour des résidents pourrait s'allonger et impacter du même coup la capacité de ces services/unités à accueillir de nouveaux patients (un virage domiciliaire réussi devrait à l'inverse permettre d'accroître le nombre de patients qui sortent de SSR/UCS vers leur domicile). La mobilité entre Ehpad (par exemple pour se rapprocher de ses proches ou pour intégrer un établissement répondant mieux à ses attentes) pourrait aussi se complexifier. Enfin, les sorties de résidences autonomie vers l'Ehpad qui représentaient en 2019 près de 8 000 personnes (pour un nombre de résidents en RA au 31 décembre de quasiment 100 000 personnes et un nombre de sortants dans l'année d'environ 18 000) pourraient avoir un retentissement particulièrement grand sur les RA : en effet, 42 % des résidents sortants de RA en 2019 partaient vers l'Ehpad, l'essentiel des autres sorties de RA (30 %) ayant pour motif le décès du résident.

4.5 Des entrées en Ehpad plus tardives, souvent peu anticipées et à des niveaux de dépendance élevés

Alors qu'en 2007 l'âge moyen des entrants en Ehpad était de 83 ans et 10 mois, en 2019 il s'élève à 86 ans et 4 mois, soit des entrées des personnes en Ehpad de deux ans et demi plus âgées. Ce recul de l'âge d'entrée en établissement traduit sans doute les gains d'espérance de vie en bonne santé qui accompagne le vieillissement de la population.

Le fait que les personnes entrantes soient de plus en plus en situation de dépendance en constitue aussi un indice. En effet, les GIR 1 à 3 représentaient 65 % des entrants en 2015, ils représentent 67 % en 2019, la proportion de GIR 4 étant stable²⁸³.

Tableau 17 : Profil selon les GIR des entrants en Ehpad entre 2011 et 2019

%	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5	GIR 6
2011	10,6	34,5	17,4	23,2	7,5	6,7
2015	9,7	35,9	19,2	24,3	6,3	4,5
2019	9,2	37	20,7	24,3	5,4	3,4

Source : EHPA 2011, 2015 et 2019.

Il est caractéristique de relever que la volonté de retarder au maximum l'entrée en Ehpad existait déjà fortement avant la crise covid et le scandale Orpea. A l'extrême, il pourrait être considéré que le phénomène d'impréparation à l'entrée en Ehpad est le corollaire, pour partie dommageable, d'un virage domiciliaire qui produit ses effets : les personnes restent à domicile aussi longtemps qu'elles le peuvent, poussant jusqu'à un point de rupture les capacités de prise en charge chez elles. Cette dynamique est d'ailleurs sans doute plus le résultat de l'amélioration générale des conditions d'habitat (eau courante, chauffage...), plus que de progrès dans les

²⁸³ La baisse observée sur les entrants GIR 1 fait écho à la baisse plus générale des GIR 1 observée depuis 2011 sur l'ensemble de la population âgée dépendante (voir sous partie relative aux publics accueillis en Ehpad).

accompagnements : en effet, pour ces derniers, on peut s'inquiéter de certains reculs (ex. moindres visites à domicile des médecins libéraux, difficultés financières des SAAD, faiblesse des tarifs).

4.6 Consentement ou assentiment des personnes : une question centrale

Est revenu à plusieurs reprises lors des auditions en Ehpad le fait que la problématique du consentement des personnes à entrer dans l'établissement était un sujet de plus en plus délicat pour les responsables d'établissement. En effet, il est fréquent que les personnes atteintes de troubles neurocognitifs peinent à comprendre la situation, à se repérer dans le lieu où elles sont ou à formuler un jugement, le terme même de « consentement » présupposant la capacité de compréhension et la capacité d'un jugement libre. Or, il apparaît que, dans bien des cas, c'est justement parce que la personne a un jugement altéré accompagné de prises de risque du fait de ses troubles neuro-cognitifs associés à des troubles du comportement que les proches n'arrivent plus à gérer correctement la situation et organisent son entrée en Ehpad (comme indiqué plus haut, on observe une augmentation forte et rapide des affections neuropsychiatriques parmi les résidents d'Ehpad).

Il y a donc presque une contradiction intrinsèque à parler de « consentement » pour des personnes dont les capacités de jugement sont pour partie (et parfois lourdement) altérées. Se pose ici une question éthique majeure, déjà largement travaillée au sein des espaces de réflexion éthique. En pratique les familles et les directeurs d'Ehpad recherchent, à tout le mieux, à avoir l'assentiment de la personne âgée dépendante pour son entrée en Ehpad. En médecine, rien ne peut être fait sans le consentement des personnes, excepté dans le cadre juridiquement particulier de la psychiatrie ou en cas d'une situation de santé grave et urgente et dans l'incapacité d'expression du patient et de ses représentants éventuels, les médecins et les équipes soignantes devant alors réaliser les soins nécessaires sous leur seule responsabilité.

Pour les personnes qui ne sont pas en mesure de comprendre et de répondre, on passe à un consentement substitué, qui a été défini depuis la loi du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs, et rappelé dans la loi du 23 mars 2019. C'est une personne de confiance qui se substitue au consentement : on recherche d'abord la volonté éventuellement exprimée dans les directives anticipées, puis l'avis de la personne de confiance, de la famille ou la décision du représentant légal.

Ceci n'empêche pas de rechercher l'"assentiment profond", terme employé depuis le plan Alzheimer 2008-2012 pour caractériser un accord qui se fonde sur une compréhension incomplète de la situation. L'espace national de réflexion éthique de la maladie d'Alzheimer (EREMA) parle d'un "accord de participation fondé sur une compréhension incomplète, par des signes marquant une confiance". Evoquons aussi la déclaration d'Helsinki fixant les principes éthiques applicables à la recherche médicale : "Lorsqu'une personne considérée comme incapable de donner son consentement éclairé est en mesure de donner son assentiment concernant sa participation à la recherche, le médecin doit solliciter cet assentiment en complément du consentement de son représentant légal. Le refus de la personne pouvant être potentiellement impliquée dans la recherche devrait être respecté."

Le consentement ou l'assentiment doivent être recherchés de façon permanente. Ils peuvent se manifester par le fait que la personne sourit, ouvre sa porte, parle de sa vie personnelle au

professionnel... L'absence de consentement se manifeste par le fait que la personne est agitée et anxieuse, ferme les yeux quand on lui parle et se replie sur elle-même, n'interrompt pas son activité, montre des signes d'agacement ou d'agressivité, ne souhaite pas communiquer avec le professionnel.

5 Les services proposés en Ehpad

La particularité de l'Ehpad par rapport au domicile privé ordinaire et aux autres formes de domiciles (résidence, habitat inclusif, accueillant familial, logement social...) est qu'il constitue un système intégré (plus ou moins selon les établissements) de prise en charge et d'accompagnement : est proposée sur place toute une palette de services censée répondre aux besoins des résidents, depuis l'hébergement et la dépendance jusqu'aux soins.

5.1 La prise en charge des soins : l'émergence du tarif global

La prise en charge des soins varie entre établissements selon qu'ils sont au tarif partiel ou au tarif global. En effet, à la suite de deux rapports IGAS sur le financement des Ehpad (2011 et 2013) a été ouverte la possibilité d'opter pour le tarif global, ce qui en pratique signifie que ce sont les structures qui prennent à leur charge l'intervention de professionnels de santé (qu'ils soient libéraux ou salariés de la structure). Ce choix relève de la stratégie de chaque directeur d'Ehpad. Il implique des modifications dans le financement des structures (tarif partiel : le forfait soin finance uniquement les professionnels de l'établissement (med co , infirmières, une part des aide-soignants) et les dépenses de matériel médicaux), les dépenses de soins de ville sont à la charge du résident impactant l'enveloppe soins de ville de l'objectif national de dépenses de l'assurance maladie) versus tarif global : l'ensemble des dépenses de soin à la charge de l'Ehpad sur l'enveloppe « dépenses en établissements et services pour personnes âgées ». En 2020, un peu plus du quart des Ehpad en France étaient au tarif global.

Les critères de choix pour opter pour l'un ou l'autre des tarifs sont généralement les suivants²⁸⁴ : qualité des relations de travail et de la coordination avec les professionnels libéraux du territoire (aux premiers rangs desquels les infirmières, les médecins et les masseurs-kinésithérapeutes), la plus ou moins grande pénurie de professionnels sur le territoire, la qualité et la sécurité des prises en charge. Les enjeux principaux d'une bascule au tarif global portent principalement sur la capacité du directeur à manager son activité soins et au respect du libre choix du patient (ex. médecin traitant/médecin prescripteur).

La prégnance de difficultés d'accès à un médecin traitant dans certains territoires et l'alourdissement au fil du temps du niveau de dépendance des résidents d'Ehpad laissent présager un désir croissant de la part de gestionnaires d'Ehpad de basculer en tarif global. En effet, il a à plusieurs reprises été mentionné à la mission que certains Ehpad posent comme condition à l'entrée d'un résident le fait que non seulement il est un médecin traitant mais que ce dernier accepte de se déplacer à l'Ehpad (la non validation de l'une ou l'autre de ces conditions conduisant au refus de la demande d'entrée). A l'inverse, certaines personnes seraient amenées à

²⁸⁴ Voir https://documentation.ehesp.fr/memoires/2021/dessms/alice_tessier.pdf

entrer en Ehpad faute de médecins traitants à domicile (ex. médecin parti en retraite). Il faut néanmoins garder à l'esprit que, dans un contexte local de pénurie médicale, il est souvent difficile pour les Ehpad de recruter des médecins, qu'ils soient coordonnateurs ou prescripteurs : il leur faut donc se rendre attractifs. Le système du tarif global fonctionnant sur une logique d'enveloppe financière fermée, il doit donc être suivi et piloté avec une attention particulière pour s'assurer que la réponse aux besoins des personnes est satisfaisante.

Dans un rapport de février 2022²⁸⁵, la Cour des comptes appelle à construire un nouveau modèle pour la prise en charge médicale des personnes âgées en Ehpad et préconise d'encourager financièrement le développement du tarif global, partant du constat d'une meilleure efficacité et d'une qualité de prise en charge plus grande de ce mode de tarification (ex. moins de recours aux urgences, coût moyen mensuel par résident des dépenses de soins -hospitalisations et soins de ville- pris en charge par l'assurance maladie hors forfait de soins en baisse).

5.2 La prise en charge de la dépendance : des services intégrés

Tandis qu'une personne âgée dépendante à domicile choisit le service d'aide à domicile qu'elle souhaite (elle peut en choisir plusieurs)²⁸⁶, en Ehpad les personnes n'ont pas le choix quant aux intervenants qui les assistent dans leur vie quotidienne (ex. aide à la toilette, au coucher). Les personnels sont salariés de l'Ehpad (voir ci-dessous la partie personnelle). Par rapport aux autres modes d'hébergement, l'Ehpad constitue donc une mutualisation de fait des fonctions d'assistance, assurant des gains d'efficacité mais ne permettant pas le choix des intervenants par les résidents (a fortiori lorsque l'Ehpad est en dotation globale pour le volet soin).

5.3 La prise en charge de l'hébergement : des prestations encadrées depuis 2015 par un socle réglementaire

Depuis 2015, les Ehpad doivent proposer un socle de prestations non individualisables (voir encadré ci-dessous). Elles se rangent en cinq catégories : administration générale, accueil hôtelier, restauration, blanchissage, animation de la vie sociale.

²⁸⁵ <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2022-02/20220228-prise-en-charge-medicale-Ehpad.pdf>

²⁸⁶ Notons néanmoins que la personne âgée ne choisit en réalité pas les intervenants eux-mêmes, qui en pratique changent souvent.

SOCLE DE PRESTATIONS FIXEES EN 2015 RELATIVES À L'HÉBERGEMENT DÉLIVRÉES PAR LES ÉTABLISSEMENTS D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES (EHPAD)

I. Prestations d'administration générale :

1° Gestion administrative de l'ensemble du séjour :

- tous les frais liés aux rendez-vous nécessaires à la préparation de l'entrée ;
- état des lieux contradictoire d'entrée et de sortie réalisé par le personnel de l'établissement ;
- tout document de liaison avec la famille, les proches aidants et la personne de confiance, ainsi qu'avec les services administratifs permettant l'accès aux droits, notamment les frais administratifs de correspondance pour les différents dossiers dont la couverture maladie universelle (CMU), de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c), l'aide sociale à l'hébergement et l'allocation logement ;

2° Elaboration et suivi du contrat de séjour, de ses annexes et ses avenants ;

3° Prestations comptables, juridiques et budgétaires d'administration générale dont les frais de siège autorisés ou la quote-part des services gérés en commun.

II. Prestations d'accueil hôtelier :

1° Mise à disposition de la chambre (individuelle ou double) et des locaux collectifs ;

2 Accès à une salle de bain comprenant a minima un lavabo, une douche et des toilettes ;

3° Fourniture des fluides (électricité, eau, gaz, éclairage, chauffage) utilisés dans la chambre et le reste de l'établissement ;

4° Mise à disposition de tout équipement indissociablement lié au cadre bâti de l'EHPAD ;

5° Entretien et nettoyage des chambres, pendant et à l'issue du séjour ;

6° Entretien et le nettoyage des parties communes et des locaux collectifs ;

7° Maintenance des bâtiments, des installations techniques et des espaces verts ;

8° Mise à disposition des connectiques nécessaires pour recevoir la télévision et installer le téléphone dans la chambre ;

9° Accès aux moyens de communication, y compris Internet, dans toute ou partie de l'établissement.

III. Prestation de restauration :

1° Accès à un service de restauration ;

2° Fourniture de trois repas, d'un goûter et mise à disposition d'une collation nocturne.

IV. Prestation de blanchissage :

Fourniture et pose du linge plat et du linge de toilette, son renouvellement et son entretien.

V. Prestation d'animation de la vie sociale :

1° Accès aux animations collectives et aux activités organisées dans l'enceinte de l'établissement ;

2° Organisation des activités extérieures.

Décret n° 2015-1868 du 30 décembre 2015 relatif à la liste des prestations minimales d'hébergement délivrées par les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

Au-delà de ce socle réglementaire, les prestations sont individualisables et facturables en sus au résident (ex. lavage et repassage des vêtements).

5.4 Le développement pour partie contrarié de modes d'accueil autres que l'hébergement permanent

5.4.1 Hébergement temporaire, accueil de jour, accueil de nuit

L'hébergement permanent (c'est à dire l'occupation en continu d'une place donnée par un résident d'Ehpad) reste l'écrasante majorité de l'offre proposée par les Ehpad : en 2019, ce type d'hébergement représentait plus de 95 % des hébergements proposés. Pour autant, les autres formes d'hébergement progressent, passant de 3,4 % à 4,8 %²⁸⁷ (1,5 % en hébergement temporaire soit environ 9 000 places, 3,1 % en accueil de jour soit 19 000 places et 0,2 % en accueil de nuit soit un peu plus de 1 000 places). Il est difficile de savoir si ces volumes correspondent aux besoins : en effet, les directeurs de structure font état d'un taux d'occupation faible (qui s'explique pour partie par la rotation mécanique de l'occupation des places sur ce type de places) mais il est vraisemblable que ce type d'offre reste encore mal connu dans la population. Il est vraisemblable que pour des aidants encore actifs dans l'emploi, l'accueil de jour est précieux tandis que pour des aidants non actifs l'accueil de nuit permet d'éviter l'épuisement si les nuits sont délicates, notamment chez les personnes dépendantes ayant des réveils et errances nocturnes (de nombreux acteurs auditionnés ont fait part de besoins importants d'accueil de nuit). Quoiqu'il en soit, les niveaux actuels d'hébergement autre que permanent restent très en deçà des objectifs fixés de longue date (voir encadré ci-dessous).

²⁸⁷ L'hébergement temporaire et l'accueil de jour, des modes d'accueil plus fréquents qu'en 2015. Drees <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-07/er1237.pdf>

Encadré : Objectifs de développement de l'accueil temporaire fixés dans les divers plans gouvernementaux et bilans réalisés

Le plan Vieillesse et Solidarités (2004-2007) prévoyait la création de 13 000 nouvelles places d'accueil temporaire. En termes de réalisation, le plan a permis la création de 4 140 places d'accueil de jour et 1 837 places d'hébergement temporaire¹⁵⁵ sur les années 2004, 2005 et 2006.

Le Plan Solidarité Grand Age (2007-2012) fixait comme objectif de créer un véritable « droit au répit », permettant à chaque famille de pouvoir « souffler ». Ce plan prévoyait la création sur cette période de 10 900 places d'accueil de jour et 6 100 places d'hébergement temporaire¹⁵⁶.

Dans le même temps, la mesure 1 du plan Alzheimer (2008-2012) comprenait la création de places dédiées aux malades d'Alzheimer, facilitant ainsi leur admission, dans l'objectif « d'offrir sur chaque territoire une palette diversifiée de structures de répit correspondant aux besoins des patients et aux attentes des aidants, en garantissant l'accessibilité à ces structures ». Il était initialement prévu de créer en 2008, 2 125 places d'accueil de jour réservées par an, pour parvenir sur la durée du plan à 11 000 places réservées. En ce qui concerne l'hébergement temporaire, l'objectif de création était de 5 600 places sur la durée du plan.

Les objectifs initiaux du PSGA et du plan Alzheimer de création de place ont été révisés à la baisse en cours de plan, les crédits ayant été dégagés pour financer 150 plateformes d'accompagnement et de répit à destination des aidants familiaux. « Au 31 décembre 2012, 5 248 places d'accueil de jour réservées Alzheimer avaient été créées, soit deux fois moins que ce qui avait été initialement prévu mais en cohérence avec l'objectif révisé de 5 400 places »¹⁵⁷ et 2 634 places d'hébergement temporaire ont été créées, ce qui correspond à un taux de réalisation de 47 %.

Le Plan Maladies Neurodégénératives (2014-2019) fixe comme objectif dans sa mesure 29 d'adapter et de mieux organiser l'offre en accueil de jour et en hébergement temporaire pour diversifier les solutions d'accompagnement en soutien du domicile et de poursuivre le développement de l'offre d'accueil temporaire jusqu'aux cibles prévues au plan précédent.

Source : In HCFEA, *LE SOUTIEN A L'AUTONOMIE DES PERSONNES AGEES A L'HORIZON 2030, Conseil de l'âge, Tome 1 du rapport : Etat des lieux, Rapport adopté le 7 novembre 2018, p 104*

Le système de financement de ces modes d'accueil alternatifs joue en leur défaveur : en effet, leur financement étant fonction des places occupées et ces places étant structurellement moins occupées que des places en hébergement permanent, ce type d'offre peine à se développer de façon massive pour les structures qui peinent à équilibrer leur budget. A cela s'ajoute le fait que les tensions RH rencontrées par nombre d'Ehpad (pour fidéliser les personnels et en recruter de nouveaux) peuvent les inciter à privilégier la prise en charge des résidents présents, à savoir ceux en hébergement permanent, plutôt que les modes alternatifs d'accueil. Le développement plus massif de ce type d'offre requiert donc de mieux les financer et de renforcer l'attractivité RH des structures pour éviter les pénuries de personnels.

5.4.2 La question du soutien aux démarches administratives

Lors des déplacements effectués par la mission, à plusieurs fois été évoqué par des responsables d'Ehpad le bénéfice qu'ils tirent à mobiliser des assistantes sociales pour aider les résidents dans un certain nombre de démarches administratives (ex. obtention de l'aide sociale à l'hébergement). Ce type de services ne fait pas partie du socle réglementaire de prestations. Pour autant, les Ehpad rencontrés qui se sont dotés sur leur fonds propre de ce type de compétences en font un retour très satisfait, cela permettant à la fois d'optimiser la gestion de l'établissement, de mieux préparer les entrées et de mieux répondre aux besoins des résidents. La piste de la mutualisation de recrutements entre plusieurs Ehpad mériteraient d'être explorée.

6 Les personnels intervenant en Ehpad

6.1 Une grande variété de professionnels

Fin 2019, 450 000 professionnels étaient salariés dans des Ehpad, dont près de neuf sur dix sont des femmes (87,7 %). Les métiers exercés sont d'une très grande variété comme l'illustre le tableau ci-dessous.

Tableau 18 : Effectifs salariés en Ehpad fin 2019 selon la fonction principale exercée

Fonction principale exercée	Ensemble
PERSONNEL DE DIRECTION, DE GESTION ET D'ADMINISTRATION	28 364
PERSONNEL DES SERVICES GÉNÉRAUX	50 559
PERSONNEL D'ENCADREMENT	5 131
PERSONNEL EDUCATIF, PEDAGOGIQUE, SOCIAL ET D'ANIMATION	28 870
PERSONNEL MEDICAL	7 217
PSYCHOLOGUE, PERSONNEL PARAMEDICAL OU SOIGNANT	216 785
AGENT DE SERVICE HOSPITALIER (PUBLIC) OU AGENT DE SERVICE (PRIVÉ)	110 169
Total répondants	447 095
Non renseigné	1 561
ENSEMBLE	448 656

Source : EHPA 2019

6.2 La problématique récurrente du taux d'encadrement : des difficultés de mesure mais des écarts conséquents entre Ehpad

Le taux d'encadrement total à fin 2019 était de 64 en moyenne tout type d'Ehpad confondu (contre 63 en 2015 et 59 en 2015)²⁸⁸. Il existe des écarts très élevés entre catégories : le taux d'encadrement se situe à 70 dans les Ehpad publics, 60 dans les Ehpad privés à but non lucratifs et 57 dans les Ehpad à but lucratif.

Ce taux ne constitue que le ratio des ETP de professionnels de l'Ehpad rapporté aux nombres de places installées. Il ne prend donc pas en compte diverses dimensions parmi lesquelles : le profil

²⁸⁸ Il y a certes eu une augmentation du GMP et PMP en Ehpad sur la période mais, même une fois neutralisé l'effet GMP/PMP qui ont pour effet d'alourdir les prises en charge (raisonnement donc en « toutes choses égales par ailleurs »), il reste une croissance du taux d'encadrement en Ehpad entre 2011 et 2015 (de +3 à 10 % selon les modèles de la Drees). Au regard de la quasi-stagnation du taux d'encadrement entre 2015 et 2019 mais de la hausse concomitante du niveau de dépendance en Ehpad, il n'est pas certain que la croissance relative des ETP observée entre 2011 et 2015 se soit poursuivie entre 2015 et 2019.

des professionnels (des structures payant moins les salariés risquent par exemple d'avoir un plus grand turn over et donc des professionnels moins expérimentés et moins compétents), le taux d'occupation (à même nombre de places, les personnes ont à prendre en charge plus ou moins de résidents selon l'intensité d'occupation des places de l'Ehpad), le niveau réel de dépendance des résidents²⁸⁹ et les besoins des résidents en soins médico-techniques.

La Drees a mené en 2020 des travaux pour approfondir la mesure du taux d'encadrement, et arrive à diverses conclusions²⁹⁰ : « Les Ehpad privés présentent des taux d'encadrement plus faibles que les Ehpad publics. Le taux d'encadrement diminue aussi avec le nombre d'activités sous-traitées puisqu'avoir recours à celles-ci conduit mécaniquement à déclarer moins de personnel. Par ailleurs, les Ehpad avec un faible nombre de places installées (moins de 60) ont un taux d'encadrement en moyenne plus élevé. Enfin, le taux d'encadrement d'un Ehpad diffère selon le pôle urbain dans lequel il s'inscrit. Les établissements dans les petits et moyens pôles urbains ont un taux d'encadrement plus faible que ceux dans un grand pôle urbain. En revanche, les structures situées dans une commune isolée ont un encadrement en moyenne plus élevé ».

6.3 Des départs massifs en retraite de médecins d'Ehpad à prévoir dans les années à venir et les effets du manque de médecins en Ehpad

A fin 2019, l'âge moyen du personnel médical en Ehpad oscille entre 54 et 55 ans selon le statut juridique des Ehpad. Les départs à la retraite dans les années à venir vont donc être massifs d'ici 2030. A horizon 2030 près de 60 % du personnel médical des Ehpad aura atteint l'âge de 64 ans.

L'enjeu de renouvellement des effectifs médicaux, qui plus est dans un contexte où un nombre croissant d'Ehpad opte pour le tarif global pour les soins, va donc être crucial. Il va être d'autant plus difficile à réaliser qu'il existe une pénurie de personnel médical. Outre les actions à conduire pour attirer du personnel médical en Ehpad, il va donc être nécessaire de diversifier les types d'actions à mener pour maintenir un accès satisfaisant des résidents à de la compétence médicale (inscription dans des filières gériatriques, articulations avec les établissements de santé, groupement hospitalier (GHT) et groupements de coopération sanitaire du territoire – GCS, implantation de maison de santé ou centre de santé à proximité des Ehpad).

Avant même cet enjeu de renouvellement des effectifs médicaux, la mission a relevé lors de ses déplacements en Ehpad la récurrence des difficultés actuelles autour de l'accès des résidents à un médecin : pénurie de médecin coordonnateur²⁹¹, absence de médecins traitants atteignant des proportions élevées dans certains cas (ex. presque 50 % des résidents), manque de temps des médecins d'Ehpad pour se former (cf. charge de travail quotidienne),

²⁸⁹ Par nature, le financement (forfait soin et forfait dépendance) est calculé à partir d'équations intégrant le GIR moyen pondéré (GMP), mais cette donnée administrative est parfois ancienne.

²⁹⁰ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/le-taux-dencadrement-dans-les-ehpad-ses-determinants-et-ses>

²⁹¹ Un tiers des Ehpad ne disposait pas en 2015 de médecin coordonnateur (pour certains depuis plusieurs années), un quart supplémentaire a une quotité de temps de médecin coordonnateur inférieur au seuil réglementaire (in Cour des comptes, La prise en charge médicale des personnes âgées en Ehpad, février 2022).

6.4 Un effet ciseaux entre l'accroissement du niveau de dépendance des personnes et des pénuries de personnel qui peut conduire à des gels de places

Le degré plus élevé de perte d'autonomie des personnes accueillies en Ehpad s'accompagne de difficultés croissantes rapportées par les directeurs d'Ehpad pour fidéliser leurs personnels ou en recruter de nouveaux. Il a souvent été rapporté à la mission que certains directeurs particulièrement dynamiques et innovants parvenaient à porter des projets d'établissements attractifs, grâce auxquels ils arrivaient à avoir des personnels en nombre suffisant. Il n'en reste pas moins que nombre de directeurs auditionnés par la mission ont fait part de difficultés de recrutement.

Ces difficultés ne sont pas apparues au moment de la crise covid mais préexistaient dans certains territoires comme en atteste la question parlementaire au gouvernement sur les pénuries de personnel en Ehpad du 5 mars 2020²⁹², quelques jours avant la décision de confinement du président de la République. Elle relevait ainsi le fait qu'un nombre important d'établissements soit contraint de faire appel à de l'intérim, plus coûteux pour leurs finances, pour faire fonctionner leur structure, phénomène qu'ont confirmé plusieurs directeurs d'Ehpad rencontrés par la mission. La crise sanitaire semble donc avoir ajouté ou accéléré les tensions RH dans le secteur (Ehpad comme domicile), tout comme le scandale Orpea. Les régulières enquêtes d'opinion opposant domicile et Ehpad en pointant le désir des personnes de rester chez elles ont pour effet (et cause) une présentation de l'Ehpad comme repoussoir plutôt que de travailler à sortir de la dichotomie domicile/Ehpad ; il y a toutes raisons de penser que si les personnes âgées et leurs proches ne veulent pas aller en Ehpad, les jugeant non attractifs, une telle vision peut imprégner un certain nombre de professionnels qui auraient des compétences utiles dans ce secteur.

Certains directeurs rencontrent des difficultés RH tellement fortes qu'ils sont contraints de prendre des mesures organisationnelles en conséquence : gel de places, choix des personnes âgées entrantes non en fonction du projet d'établissement (lourdeur de l'état des résidents) mais en fonction de leur capacité RH à prendre en charge les résidents²⁹³, nécessité d'écarter les demandes émanant de personnes âgées dépendantes n'ayant pas de médecin traitant...

Cet effet ciseaux est non seulement problématique pour la prise en charge des personnes mais il dégrade aussi la représentation qu'un certain nombre de professionnels se font de leur métier et du sens qu'ils en attendent. L'ensemble de ces constats pousse à souligner le fait que le virage domiciliaire ne doit pas se faire aux dépens des Ehpad mais qu'il est indispensable, en même temps que l'on développe l'offre à domicile, que les pouvoirs publics se dotent d'une vision mobilisatrice de l'Ehpad de demain (transformation domiciliaire des Ehpad en particulier, diversification de l'offre portée par les Ehpad, notamment en accueil de jour, de nuit et hébergement temporaire).

²⁹² Pénurie de personnel dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, Question écrite n°14615, Sénat, Michel Canévet, Question publiée le 05/03/2020.

²⁹³ Il est d'ailleurs de la responsabilité du médecin coordonnateur de l'Ehpad d'être le garant de l'adéquation de l'accompagnement proposé avec les besoins du résident.

6.5 Des personnels de direction portés par une vision renouvelée du rôle de l'Ehpad

Certains acteurs appellent à un Ehpad qui se médicaliserait (« resanitarisation ») de plus en plus du fait de l'entrée de personnes de plus en plus dépendantes et polyopathologiques (dans la continuité du rapport précité des professeurs Jeandel et Guérin de 2021) ; d'autres promeuvent un Ehpad plateforme centre de ressources pour son territoire intervenant tant au sein de l'établissement qu'en dehors avec une forte ouverture de la cité vers l'Ehpad et de l'Ehpad vers la cité (dans la continuité du rapport du Think tank Matières grises de 2021 sur l'Ehpad du futur). Ces conceptions qui ne devraient pas s'opposer s'expriment parfois sous une forme clivante, distinguant un Ehpad sanitarisé à mi-chemin du monde hospitalier et un Ehpad lieu de vie accompagnant les personnes à vivre d'une façon aussi désirable que possible avec leur perte d'autonomie. Quelle que soit la façon qu'elles ont d'être formulées, ces deux approches ne sont pas incompatibles (une personne ne peut être bien accompagnée que si elle est bien soignée et le soin présente peu d'utilité s'il n'est pas associé à un accompagnement étroit et positif des personnes, sans quoi leur qualité de vie est très dégradée, réduite pour l'essentiel au fonctionnement de leurs fonctions physiques vitales) mais il est vrai que l'une tend à rapprocher l'Ehpad du monde hospitalier tandis que l'autre incite à développer des partenariats avec les acteurs du domicile et les associations à même d'intensifier la vie sociale des résidents.

Il est clair que les personnels de direction rencontrés par la mission accueillent souvent favorablement la deuxième orientation quand la première les laisse plus circonspects. En effet, la seconde option tend à renforcer l'ancrage territorial des Ehpad et le développement de partenariats locaux : elle tire vers la vie. A l'inverse la première option, outre qu'elle assume, elle, plus nettement de faire des Ehpad des maisons de fin de vie, pose pour les directeurs des questions organisationnelles redoutables, au premier rang desquelles la nécessité d'accroître le taux d'encadrement de leur structure dans un contexte où ils rencontrent d'ores et déjà de nombreuses difficultés de recrutement, en particulier sur les personnels médicaux et infirmiers. En effet, cette orientation d'un Ehpad dont le public et les actes sont proches de ceux d'une unité de soins de longue durée hospitalière court le risque de n'être qu'un lieu de soin où la vie sociale et l'animation auront le plus grand mal à trouver leur place.

La tendance observée actuellement laisse ouverte les deux options : d'un côté, le profil des résidents nécessite un accompagnement et des soins de plus en plus lourds (dont il faut rappeler qu'il n'est pas incompatible par principe avec une ouverture des établissements sur la vie sociale) ; d'un autre côté, diverses actions se déploient ouvrant les Ehpad vers l'extérieur (ex. Ehpad hors les murs créant une articulation avec les acteurs du domicile, constitution de centres de ressources territoriaux rattachés à des Ehpad).

Il est vraisemblable que la réponse des années à venir dépendra pour partie de chaque Ehpad et des caractéristiques populationnelles et environnementales qui sont les siennes : ainsi que le rappelait la Cour des comptes dans son rapport de février 2022 précité, il n'existe pas UN modèle d'Ehpad mais une multiplicité lorsqu'elle écrit qu'il faut assumer « une diversité du modèle Ehpad ». Pour autant, les dynamiques à l'œuvre du côté du domicile (avec l'objectif d'un maintien à domicile des personnes plus longtemps et donc jusqu'à des niveaux de dépendance plus importants qu'aujourd'hui) ainsi que le cadrage national du secteur des établissements

(réglementation, tarification, incitations diverses) sont de nature à orienter les actions des structures.

En pratique, si la part des personnes sévèrement dépendantes devait s'accroître en Ehpad ou que la proportion de personnes atteintes de troubles neurocognitifs et du comportement lourds devait continuer à augmenter en Ehpad, il serait encore plus indispensable que l'Ehpad lui-même opère une transformation domiciliaire pour rapprocher sa logique d'hébergement de celle d'un domicile privé (ex. offrir des espaces privatifs qui soient de véritables logements et non des chambres dans un couloir, prévoir des espaces de restauration à taille familiale, employer des matériaux et du mobilier se rapprochant de ceux des habitats privés, permettre aux proches de rendre visite aux personnes à l'heure qu'ils souhaitent...).

7 Les sorties d'Ehpad

7.1 L'évolution de la dépendance des personnes âgées accueillies en Ehpad

L'impact de la vie en Ehpad sur la qualité de vie et l'autonomie des personnes accueillies est une problématique souvent abordée lors des auditions. Néanmoins, peu d'études scientifiques se sont intéressées à la comparaison de ces facteurs entre les lieux de vie.

Dans une majorité d'études, les personnes sans troubles cognitifs qui vivent en institution présentent des mesures de qualité de vie inférieures à celles vivant au domicile²⁹⁴, et de moins bons scores d'estime de soi²⁹⁵, y compris en neutralisant les biais dus aux facteurs sociodémographiques et médicaux²⁹⁶. S'agissant des personnes atteintes de démence, Beerens et al 2015²⁹⁷ trouvent une qualité de vie stable pour un tiers des personnes dans les trois mois après leur entrée en institution, tandis qu'un quart présente un déclin et un quart une amélioration. Les personnes concernées par un déclin de leur état présenteraient une qualité de vie initiale plus élevée et des symptômes dépressifs et anxieux plus faibles à l'entrée en institution. L'étude longitudinale conduite à partir de la cohorte PAQUID a permis de montrer que la vie en institution

²⁹⁴ J.E Ware, C.D. Sherbourne, « The MOS 36-item short-form health survey (SF-36), Conceptual framework and item selection », *Medical Care*, 30(6) 1992 ; L. Piquemal-Vieu, *Vieillir chez soi ou en maison de retraite. Impact du lieu de vie sur la dynamique socio-personnelle*, Toulouse-le Mirail, 1999.

²⁹⁵ B.C. Shu, C. Huang, B.C. Chen, « Factors related to self-concept of elderly residing in a retirement center », *Journal of Nursing Research*, janvier-mars 2003 ; S.H. Zarit, C.J. Whitlatch, « Institutional placement : phases of transition », *The Gerontologist*, octobre 1992.

Voir sur ces points les développements et la revue de littérature conduite par la thèse de Roxane Villeneuve, « Qualité de vie des personnes âgées : étude de la transition entre domicile et institution », université de Bordeaux, 2019.

²⁹⁶ J. Drageset, G. Eide, A. Corbett, « Health-related quality of life among cognitively intact nursing home residents with and without cancer – a 6-year longitudinal study », *Patient Related Outcome Measures*, 2017.

²⁹⁷ Beerens, C. Hanneke, S. Zwakhalen, H. Verbeek, D. Ruwaard, A. Ambergen, H. Leino-Kilpi, « Change in quality of life of people with dementia recently admitted to long-term care facilities », *Journal of advanced nursing*, 2015.

a une incidence forte en termes de dégradation de la qualité de vie à l'entrée en institution²⁹⁸, cette qualité se stabilisant par la suite : après une première phase de dégradation, les personnes tendraient à s'adapter au moins partiellement à l'EHPAD, ce qui ne permettrait pas de recouvrer le niveau de qualité de vie antérieur, mais n'entraînerait pas d'effondrement²⁹⁹. La brutalité de la chute de qualité de vie à l'entrée en institution, et les capacités des personnes à s'adapter à plus long terme à l'environnement dépendent par ailleurs en grande partie du sentiment d'avoir été suffisamment consulté pour la décision d'entrée³⁰⁰.

Les résultats temporaires présentés par l'équipe Inserm du village Alzheimer tendent à montrer que d'autres modèles d'organisation peuvent conduire à restreindre la dégradation de l'état consécutive à l'entrée et de la qualité de vie des personnes. Ainsi, les résultats temporaires trouvés pour le village Alzheimer différencieraient des résultats trouvés par la littérature pour l'entrée en institution, par l'absence de dégradation de la qualité de vie (mesurée par QoL AD (Quality of Life Alzheimer's Disease), une absence de majoration des troubles du comportement lié à l'anxiété et une évolution positive de ces troubles à l'entrée au village (mesurés selon l'échelle Neuropsychiatric inventory), une absence de dégradation des troubles cognitifs et de la démence dans les 12 premiers mois (échelle SIB (Severe Impairment Battery) alors que dans la littérature l'accentuation du déclin cognitif s'observe en moyenne dans les six mois.

Par ailleurs, on manque d'études précises sur l'évolution du classement par la grille AGGIR en établissement et à domicile. On peut néanmoins observer l'évolution globale de la dépendance des résidents d'Ehpad en fonction de leur ancienneté dans les établissements.

Tableau 19 : Proportion des résidents accueillis par GIR selon leur ancienneté dans l'Ehpad à fin 2019

	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5	GIR 6	Total
Moins d'un an	7 %	37 %	22 %	26 %	5 %	3 %	100 %
6 ans et plus	29 %	35 %	15 %	15 %	4 %	2 %	100 %
Quelle que soit l'ancienneté	16 %	38 %	19 %	20 %	4 %	2 %	100 %

Source : EHPA 2019

²⁹⁸ Deux effets se mêlent ici : le fait de changer de quitter son domicile et le fait de rejoindre un Ehpad. Il serait en effet, intéressant de pouvoir comparer les résultats pour des personnes qui, ayant des profils proches, sont partis en résidences versus en Ehpad.

²⁹⁹ R. Villeneuve, C. Meillon, J.F. Dartigues, H. Amieva, « Trajectory of quality life before and entering a nursing home : a longitudinal study », *Journal of Geriatrics Psychology and Neurology*, Janvier 2022.

³⁰⁰ D. Somme, « Participation et choix des résidents dans le processus d'entrée en institution », *Dossiers Solidarités Santé*, 2003. Le protocole d'étude QOL-EHPAD actuellement en cours de recherche devrait permettre d'évaluer ces effets pour les personnes atteintes de démence. Voir R. Villeneuve, C. Meillon, V. Bergua, Maturin Tabue-Tegu, H. Amieva, « Influence of pre-admission factors on quality of life and adaptation in nursing home residents with dementia : the QOL-EHPAD study protocol », *BMC Geriatrics*, mars 2020.

On observe ainsi une grande hétérogénéité des groupes GIR des résidents selon leur ancienneté : ainsi 26 % des résidents qui sont accueillis depuis moins d'un an fin 2019 sont des personnes classées en GIR 4 alors que parmi les résidents qui sont là depuis plus de six ans il n'y en a que 15 %.

Sans surprise, il existe une certaine similarité entre la proportion des personnes classées par GIR parmi les résidents de moins d'un an et celle des entrants (tableau ci-dessous). De la même façon, on constate une certaine proximité, quoique moindre, entre la proportion de résidents classés par GIR parmi les résidents de plus de six ans et celle des personnes sorties dans l'année. Cela s'explique par le fait que la probabilité de quitter l'Ehpad croît avec la durée de séjour (voir ci-dessous).

Tableau 20 : Proportion par GIR de résidents entrés et sortis d'Ehpad au cours de l'année 2019

	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5	GIR 6	Total
Entrants	9 %	37 %	21 %	24 %	5 %	3 %	100 %
Sortants	24 %	39 %	16 %	15 %	3 %	3 %	100 %

Source : EHPA 2019

La proportion de personnes de GIR 1 qui sont entrées au cours de l'année 2019 est de 9 % quand la part des personnes de GIR 1 n'est que de 7 % parmi les résidents qui ont moins d'un an d'ancienneté. Ce résultat potentiellement contre-intuitif s'explique par le fait que l'on rapproche ici des flux et des stocks : toutes les personnes qui sont entrées au cours de l'année 2019 ne sont plus présentes dans l'Ehpad fin 2019. C'est en particulier le cas des personnes qui décèdent quelques mois voire quelques semaines après leur entrée en Ehpad (un quart des sortants de l'année 2019 ont eu une durée de séjour dans l'Ehpad inférieure à 7 mois – voir sous partie ci-dessus).

La proportion par GIR des résidents accueillis en Ehpad n'a été que marginalement impactée par une modification du profil des entrants dans les années précédant 2019. On relève ainsi quelques légers changements mais ils sont mineurs (les personnes classées en GIR 3 augmentent parmi les entrants entre 2015 et 2019 de 1,5 points - voir tableau ci-dessous).

Tableau 21 : Proportion par GIR de résidents entrés en Ehpad au cours de l'année 2019 et de l'année 2015

	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5	GIR 6	Total
2015	9,7 %	35,9 %	19,2 %	24,3 %	6,3 %	4,5 %	100,0 %
2019	9,2 %	37,0 %	20,7 %	24,3 %	5,4 %	3,4 %	100,0 %

Source : EHPA 2019 et 2015

Ainsi la baisse de 9 points de la part des GIR 4 entre les personnes ayant moins d'un an d'ancienneté et celles ayant plus de six ans d'ancienneté peut bien être interprétée comme le fait qu'une part importante des personnes de GIR 4 a progressivement évolué vers un plus grand niveau de dépendance. Afin de déterminer la part imputable au fait de perdre ses repères en quittant son domicile, à l'effet potentiellement néfaste de la vie en Ehpad ou à la dynamique de

dégradation de l'état de santé (évolutivité de la perte d'autonomie), il serait utile des études longitudinales comparées entre différents types de population selon une variété de type d'habitat.

L'accroissement important de la proportion de personnes de GIR 1 en Ehpad à mesure de l'ancienneté de présence dans leur Ehpad (7 % parmi les résidents de moins d'un an versus 29 % parmi les résidents de plus de six ans d'ancienneté) illustre le fait qu'à ces âges élevés, une année de vie supplémentaire s'accompagne généralement d'une dégradation de la dépendance pour les personnes âgées dépendantes (même si cette dégradation ne se fait pas forcément de façon linéaire, certaines passant par exemple d'un GIR 4 à un GIR 2 directement ou d'un GIR 3 à un GIR 1, par exemple après une chute)³⁰¹.

Pour autant, cette dégradation observable de l'état de santé des personnes âgées dépendantes à mesure du temps qu'elles passent en Ehpad ne permet pas d'identifier l'impact différentiel de l'Ehpad par rapport au domicile sur l'évolution de la dépendance des personnes. Mieux connaître l'évolution individuelle de la dépendance des personnes qui sont en Ehpad, notamment par le suivi de cohortes type QoI-EHPAD ou les recherches comparées entre l'EHPAD et le village Alzheimer actuellement conduites par les équipes de l'Inserm permettra d'affiner la compréhension de l'impact de l'EHPAD sur l'état et la qualité de vie des personnes, et sur les déterminants de ces évolutions.

7.2 Un niveau élevé de sorties chaque année pour cause de décès

Les sorties d'Ehpad dans l'année concernent un nombre élevé de résidents : ainsi en 2019, le ratio rapportant l'ensemble des sorties sur les résidents présents à la fin de l'année s'élevait à 40 % (49 % pour les Ehpad privés à but lucratif, contre moins de 38 % pour les autres Ehpad, l'écart s'expliquant pour l'essentiel par des départs volontaires de résidents). Parmi les sorties, les décès occupent une place prépondérante (67 %)³⁰².

La proportion de résidents sortis dans l'année pour cause de décès représente 27 % du nombre des résidents présents dans les Ehpad à fin 2019, soit plus d'un résident sur quatre. A titre de comparaison, ce ratio était de 24 % en 2011. Cette augmentation de la part des décès est cohérente avec l'entrée de personnes à la fois plus âgées et plus dépendantes. Rapportée à l'ensemble des résidents accueillis en Ehpad en 2019 (qu'ils soient ou non présents au 31 décembre dans la structure), la part des décès est de 21 %, soit un peu plus d'un pour cinq (18 % en 2011).

³⁰¹ Il faut également prendre en compte les défauts de la grille (ex. le fait de ne pas pondérer la cotation en B de cohérence et orientation (0 point), le passage à une cotation en C peut faire passer directement d'un GIR 5 à 4 voire 2. La grille Aggir a été pensée comme outil médico-économique, non comme un outil d'évaluation des besoins des personnes (voir l'annexe relative à l'évaluation des besoins).

³⁰² A noter, cette statistique regroupe des réalités très diverses, mélangeant les personnes en hébergement permanent et celles qui ne le sont pas (ex. hébergement temporaire, accueil de jour). Pour illustrer l'écart, en 2019, les décès représentaient 67 % de l'ensemble des causes de sorties, tout type d'hébergement confondu. La même année, les décès représentent 80 % des sorties parmi les résidents décédés qui étaient en hébergement permanent.

A noter par ailleurs, un tiers des personnes ayant rejoint un établissement en 2019 l'ont quitté la même année³⁰³.

Pour autant, plusieurs acteurs auditionnés par la mission ont fait part du fait que les Ehpad auraient des progrès à faire pour mieux accompagner la fin de vie. Il n'est pas évident de savoir ce que recouvre précisément une telle déclaration (formation du personnel au repérage de signes, mise en œuvre réelle des directives anticipées, développement et renforcement des soins palliatifs...). Les données de l'enquête EHPA 2019 permettent, à tout le moins, d'identifier qu'un établissement sur cinq n'a pas de volet soins palliatifs dans son projet d'établissement (cf. annexe relative à l'accompagnement à la fin de vie).

7.3 Des durées moyennes de séjour très stables mais une grande hétérogénéité

Contrairement à une idée souvent véhiculée, la légère élévation de l'âge moyen des résidents et de leur niveau de dépendance ne s'accompagne pas d'une baisse de la durée de séjour des résidents en Ehpad. Ainsi, entre 2015 et 2019, la moyenne de durée de séjour des résidents en hébergement permanent décédés dans l'année dans un établissement pour personnes âgées reste de 3 ans et 3 mois, tout comme la médiane qui est stable à 2 ans et 2 mois en 2015 et 2 ans et 1 mois en 2019³⁰⁴ (stabilité qui se vérifie aussi quand on examine sur une plus longue période et en ventilant par type d'établissement – voir tableau ci-dessous). La stabilité des temps de séjour suggère que les personnes même légèrement plus âgées ont probablement un profil similaire à l'entrée.

Tableau 22 : Durée de séjour des résidents accueillis en hébergement permanent en établissement pour personnes âgées et décédés dans l'année

	Moyenne	Premier quartile	Médiane	Troisième quartile
2015	3 ans et 3 mois	7 mois	2 ans et 2 mois	4 ans et 9 mois
2019	3 ans et 3 mois	7 mois	2 ans et 1 mois	4 ans et 6 mois

Source : EHPA 2019 et 2015.

Cette grande stabilité illustre un phénomène : bien qu'un peu plus âgées, les personnes bénéficient d'un séjour aussi long en établissement. Les profils des personnes semblent comparables en termes de santé (morbidité, mortalité).

Toute cause de sortie d'Ehpad confondue, la même stabilité de la durée de séjour s'observe (cf. tableau ci-dessous), elle est deux fois moindre dans les Ehpad privé à but lucratif que chez les autres.

³⁰³ Drees, <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-07/er1237.pdf>

³⁰⁴ En 2007, la durée moyenne de séjour des sortants d'Ehpad dans l'année était de 2 ans et 4 mois.

Tableau 23 : Durée de séjour des résidents sortis d'Ehpad en 2007 et 2019

	Catégorie d'établissement	Moyenne	1er décile	1er quartile	Médiane	3ème quartile	9ème décile
2007	EHPAD publics	2 ans et 6 mois		2 mois	1 an et 1 mois	3 ans et 8 mois	
	EHPAD privés non-lucratifs	2 ans et 8 mois		2 mois	1 an et 4 mois	3 ans et 11 mois	
	EHPAD privés lucratifs	1 an et 8 mois		1 mois	6 mois	2 ans et 4 mois	
2015	EHPAD publics	2 ans et 8 mois	18 jours	2 mois	1 an et 4 mois	3 ans et 11 mois	7 ans et 1 mois
	EHPAD privés à but non lucratif	2 ans et 8 mois	18 jours	2 mois	1 an et 4 mois	3 ans et 11 mois	7 ans et 1 mois
	EHPAD privés à but lucratif	1 an et 10 mois	15 jours	1 mois	7 mois	2 ans et 7 mois	5 ans et 4 mois
2019	EHPAD publics	2 ans et 8 mois	1 mois	2 mois	1 an et 3 mois	3 ans et 9 mois	6 ans et 11 mois
	EHPAD privés à but non lucratif	2 ans et 8 mois	0 mois	2 mois	1 an et 3 mois	3 ans et 10 mois	7 ans
	EHPAD privés à but lucratif	1 an et 10 mois	0 mois	1 mois	7 mois	2 ans et 8 mois	5 ans et 4 mois

Source : EHPA 2015 et 2019

In fine, la grande hétérogénéité des durées de séjour des résidents marque la nature profondément ambivalente de l'Ehpad aujourd'hui : pour un quart des personnes qui décèdent en Ehpad, ce lieu a été l'endroit de leur toute fin de vie (durée de séjour inférieure à 7 mois) d'où l'importance de privilégier une grande qualité de vie et de soins telle qu'elle peut se pratiquer dans les unités de soins palliatif de bon niveau qualitatif (privilégier le confort, les soins adaptés (kinésithérapie...) les massages, les dispositifs sensoriels, la présence des familles et amis, les petits salons...). Cela fait écho à nombre de témoignages de personnels expliquant que nombre de personnes entrent en Ehpad décèdent très peu de temps après leur arrivée (quelques semaines, au plus quelques mois), soit en raison d'un état de santé très dégradé à l'entrée, soit en raison d'un phénomène de glissement consécutif à l'entrée en institution. A l'inverse, pour plus de 50 % des personnes qui décèdent en Ehpad, leur durée de présence dans l'établissement se compte en années (plus de deux ans, et même plus de quatre ans et demi pour un quart des personnes qui sont décédées en 2019) : l'Ehpad doit donc être un lieu de vie ouvert vers l'extérieur et la vie sociale. Entre maison de fin de vie et lieu de vie animée, l'Ehpad est à la croisée des chemins, tiré vers deux pôles parfois perçus comme divergents mais qui mobilisent la même volonté de présence à la personne accueillie afin de préserver et soutenir sa citoyenneté et sa dignité. Cette hétérogénéité, parfois soulignée dans la littérature³⁰⁵, est vraisemblablement source d'ambivalences dans la représentation que les citoyens se font de l'Ehpad.

³⁰⁵ Être « chez-soi » en EHPAD : domestiquer l'institution, Kévin Charras, Fany Cérèse, *Gérontologie et société* 2017/1 (vol. 39 / n° 152), pages 169 à 183 ; L'architecture des Ehpad et son influence sur le bien-être des résidents, Perrine Nedelec, Dominique Somme, Kévin Charras, *Gérontologie et société* 2023/2 (vol. 46), pages 105 à 124,

ANNEXE 8 : L'accueil familial de personnes âgées en perte d'autonomie

ANNEXE 8 : L'ACCUEIL FAMILIAL DE PERSONNES AGEES EN PERTE D'AUTONOMIE	282
INTRODUCTION	283
1 BREVE PRESENTATION DU DISPOSITIF.....	283
1.1 L'ACCUEIL FAMILIAL, UN MODE DE PRISE EN CHARGE ENTRE MAINTIEN A DOMICILE ET PRISE EN CHARGE EN ETABLISSEMENT DESTINEE AUX PERSONNES AGEES ET/OU HANDICAPEES.....	283
1.2 CONDITIONS D'EXERCICE ET REMUNERATION DE LA PERSONNE ACCUEILLANTE	284
1.3 CONDITIONS D'ACCUEIL ET DE SUIVI DE LA PERSONNE ACCUEILLIE	285
2 ÉTAT DES LIEUX DE L'OFFRE ET DE SON UTILISATION	285
2.1 RETOURS DE TERRAIN	285
2.2 ÉTAT DES LIEUX	287
2.3 AVANTAGES	287
2.4 LIMITES	287
3 PISTES D'AMELIORATION	288
3.1 ACCROITRE LA CONNAISSANCE ET L'INTEGRATION DE L'ACCUEIL FAMILIAL	289
3.2 AMELIORER LE STATUT DES ACCUEILLANTS FAMILIAUX.....	289
6 PERSONNES RENCONTREES.....	536
7 BIBLIOGRAPHIE	537

Introduction

L'accueil familial est un mode d'hébergement dans le champ du handicap et des personnes âgées peu connu. Or ce type d'hébergement fait partie des solutions alternatives au domicile. L'enjeu de cette annexe est de préciser les conditions dans lesquelles l'accueil familial peut aussi être une alternative à l'Ehpad, considérant le fait qu'il permet d'accueillir des personnes âgées dépendantes ayant un GIR intermédiaire (3-4), avec parfois un handicap³⁰⁶.

A ce titre, il relevait du champ de la mission qui s'est efforcée de documenter le sujet dans le cadre de ses investigations et déplacements de terrain. Il est apparu très vite que cette offre, qui connaît un certain succès avec les personnes handicapées, était très faiblement investie par les personnes âgées, a fortiori fortement dépendantes (l'accueil familial concernerait à ce jour environ 6000 personnes âgées).

En plus d'interroger les acteurs sur les caractéristiques, avantages et limites du dispositif, la mission a recueilli quelques expériences portées par des conseils départementaux et des associations. Elle a enrichi ses constats et ses analyses en s'appuyant sur des travaux institutionnels dédiés à l'accueil familial (rapport information parlementaire n° 3632 de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, décembre 2020) ou ayant abordé le sujet dans une approche plus générale de l'accompagnement des personnes âgées (Concertation grand âge, 2018-2019).

1 Brève présentation du dispositif

1.1 L'accueil familial, un mode de prise en charge entre maintien à domicile et prise en charge en établissement destinée aux personnes âgées et/ou handicapées

Instauré par la loi n° 89-475 du 10 juillet 1989³⁰⁷, l'accueil familial représente une alternative au domicile comme à l'Ehpad³⁰⁸, étant ouvert à l'accueil des personnes âgées plus ou moins

³⁰⁶L'accueil familial constitue une alternative entre le maintien à domicile et la prise en charge en établissement, rapport d'information n° 3632 de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, décembre 2020). Il n'y a pas de limite en termes de dépendance ou de besoins spécifiques, il faut que l'accueillant familial respecte ce qui est prévu par l'agrément " La décision d'agrément peut préciser les caractéristiques, en termes de handicap et de perte d'autonomie, des personnes susceptibles d'être accueillies.". De plus les textes prévoient qu'une formation complémentaire peut-être exigée "Le président du conseil départemental peut subordonner, le cas échéant dans le cadre de la décision d'agrément, l'accueil de personnes dont les caractéristiques en termes de perte d'autonomie ou de handicap le nécessitent à des modalités spécifiques de formation, de suivi et d'accompagnement de l'accueillant familial et, le cas échéant, de la personne accueillie. " https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031728119

³⁰⁷ Loi n°89-475 du 10 juillet 1989 relative à l'accueil par des particuliers, à leur domicile, à titre onéreux, de personnes âgées ou handicapées adultes.

³⁰⁸ Financement APA à domicile pour la personne âgée qui est l'employeur, le contrat d'accueil pouvant faire l'objet d'une demande d'ASH (aide sociale à l'hébergement).

dépendantes et/ou porteuses de handicap, de façon temporaire ou permanente, à temps partiel ou complet, voire uniquement le week-end ou la nuit.

Il s'agit d'un dispositif réglementé³⁰⁹ qui permet à des particuliers agréés, et formés de manière obligatoire à l'accueil et l'intégration des personnes âgées et/ou handicapées et à leur accompagnement dans les actes essentiels de la vie quotidienne et les activités de la vie ordinaire et sociale, d'accueillir à leur domicile, à titre onéreux, des personnes âgées ou handicapées adultes, sur la base d'un contrat d'accueil entre l'accueilli et l'accueillant établi par voie réglementaire après avis du conseil départemental. Ce contrat repose sur un projet d'accueil personnalisé au regard des besoins de la personne accueillie (avec avis médical) tout en précisant la nature et les conditions matérielles et financières de l'accueil.

1.2 Conditions d'exercice et rémunération de la personne accueillante

L'accueillant familial héberge et accompagne à son domicile, une à trois personnes âgées et/ou adultes handicapées, quatre si un couple figure parmi les personnes accueillies. L'accueillant familial doit posséder une « grande bienveillance, une qualité d'écoute et une grande disponibilité »³¹⁰ et acquérir grâce à la formation initiale et continue, les aptitudes et compétences pour « garantir la santé, le bien-être et la sécurité de chaque personne accueillie, en tenant compte de leur nombre et de leurs caractéristiques en termes de perte d'autonomie et de handicap ».

Il fait l'objet d'un agrément renouvelable tous les 5 ans par le président du conseil départemental de son département de résidence, qui en instruit la demande. Cet agrément ne peut être accordé que si les conditions d'accueil garantissent la continuité de celui-ci, la protection de la santé, la sécurité et le bien-être physique et moral des personnes accueillies, si les accueillants se sont engagés à suivre une formation initiale et continue et une initiation aux gestes de secourisme organisées par le président du conseil départemental, et si un suivi social et médico-social des personnes accueillies peut être assuré tout au long de l'accueil.

L'accueillant est soumis à des contrôles du département pour s'assurer qu'il respecte bien les dispositions de la loi. S'il y manque, et qu'il ne satisfait pas aux injonctions d'y remédier, son agrément lui est retiré. Il doit passer un contrat écrit avec la personne accueillie qui prévoit notamment un projet d'accueil personnalisé au regard de ses besoins et précise la nature et les conditions matérielles de l'accueil.

L'accueillant peut être rémunéré par tout moyen (virement, chèque bancaire, chèque emploi service universel -CESU-,...) sur la base d'un montant comprenant :

- La rémunération journalière pour services rendus (confection et service des repas, lavage et entretien du linge, entretien de la chambre, aide personnelle, etc.) dont le montant minimal est fixé à 2,5 fois la valeur du SMIC. Depuis le 1er janvier 2020, le montant journalier minimum correspond ainsi à 25,38 euros pour l'accueil d'une personne âgée ou handicapée

³⁰⁹ Article L. 441-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF).

³¹⁰ Rapport d'information parlementaire n° 3632 commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, décembre 2020

à temps complet. Soumise à cotisations et imposable, cette indemnité suit l'évolution du SMIC ;

- L'indemnité de congés payés (10 % de la rémunération journalière pour services rendus), également soumise à cotisations et imposable ;
- L'indemnité en cas de sujétions particulières, qui porte sur la disponibilité supplémentaire de l'accueillant en fonction du besoin d'aide de la personne accueillie, selon son handicap ou sa perte d'autonomie. Son montant est compris entre 0,37 fois et 1,46 fois la valeur horaire du SMIC. Elle est soumise à cotisations et imposable et suit l'évolution de la valeur du SMIC ;
- L'indemnité représentative des frais d'entretien courant (eau, électricité, chauffage, taxe d'enlèvement des ordures ménagères, transports de proximité occasionnel, achat de denrées alimentaires, de linge de maison, de produits d'entretien). Elle n'est pas soumise à cotisation, n'est pas imposable et suit l'évolution de la valeur du minimum garanti (MG) ;
- L'indemnité représentative de mise à disposition de la ou des pièce(s). Le code de l'action sociale et des familles (CASF) ne fixe pas de montant pour cette indemnité. Mais le président du conseil départemental détient un pouvoir de contrôle, l'agrément pouvant être retiré à l'accueillant en cas de montant manifestement abusif. Les locaux mis à disposition doivent respecter les normes habituelles de sécurité, de confort et être compatibles avec les contraintes liées à l'âge ou au handicap de la personne accueillie. Cette indemnité évolue en fonction du coût de l'indice de référence des loyers (IRL).

1.3 Conditions d'accueil et de suivi de la personne accueillie

La personne accueillie l'est dans les conditions prévues par la loi et contrôlées par le conseil départemental qui délivre l'agrément et s'assure du suivi. Les structures médicosociales, qui ont recueilli et transmis la demande de la personne accueillie avant sa mise en relation avec l'accueillant familial, restent en lien avec ce dernier pour répondre à ses questions et l'accompagner en tant que de besoin.

Dans le cas où la personne accueillie fait l'objet d'une protection juridique, un mandataire judiciaire à la protection des majeurs (MJPM) coordonne l'action des différents intervenants auprès d'elle, la représente (tutelle) ou l'assiste (curatelle) afin de protéger ses intérêts tout en favorisant, préservant et développant son autonomie par un accompagnement personnalisé.

Des dispositifs proposent les services de mandataires rémunérés.

Enfin, quand il est possible, le maintien des liens familiaux et sociaux est primordial.

2 État des lieux de l'offre et de son utilisation

2.1 Retours de terrain

Lors de ses déplacements, la mission a entendu deux positions a priori contradictoires : la part anecdotique de l'accueil familial, particulièrement pour les personnes âgées, dans l'ensemble des

modes d'hébergement existant, versus son grand intérêt potentiel (à l'instar de ce qu'avait d'ailleurs dit la Concertation Grand âge^{311, 312}).

- Dans le département de Paris, il n'y a ainsi que deux familles accueillantes (ce qui s'explique sans doute par les prix élevés du foncier) même si les services de la ville dénombraient 200 accueillis en province. Pour autant, l'accueil familial est considéré comme une piste sérieuse à creuser (il permettrait notamment de libérer des logements dans le parc social).
- Le département de Loire-Atlantique estime pour sa part que les accueillants familiaux vont être dans une dynamique très proche de ce que l'on voit en domicile ordinaire tout en considérant que cela ne fonctionne pas très bien pour les personnes âgées, sans doute parce que cela ne correspond pas aux attentes des personnes ou des familles (pratique très marginale, avec 35 personnes âgées accueillies sur l'ensemble du département). L'alternative pourrait être des formes d'accueil familial de jour spécialisé permettant de tenir plus longtemps au domicile tout en offrant soutien, facilitation d'intervention de SSIAD, mutualisation d'accès soins. L'accueil familial serait, dans cette perspective, une action de soutien aux aidants plus qu'une alternative à l'Ehpad.
- Le département de Seine-Saint-Denis abonde quant au fait que l'accueil familial fonctionne difficilement pour les personnes âgées, invoquant une absence de candidats pour partie liée à la méconnaissance du dispositif mais aussi à des problèmes de financement de l'APA à domicile, d'ASH plus d'autres prélèvements³¹³. Malgré ce constat, l'accueil familial des personnes âgées demeure une solution à ne pas négliger aussi longtemps que le reste de l'écosystème du domicile est fonctionnel.

Les questions qui se posent par ailleurs portent sur le profil des personnes accueillies (personnes avec troubles neurocognitifs ou psychiatriques pouvant être considérées comme peu compatibles avec ce dispositif du fait d'un besoin de surveillance continue que n'offre pas l'accueil familial, et emportant dans le cas contraire a minima des enjeux de formation), sur les risques de dérives et les abus possibles et la nécessité des contrôles, ainsi que sur la précarité de statut juridique de personnes accueillantes et sur la qualité de leur étayage professionnel (intérêt de salarier les accueillants familiaux auprès d'ESMS, ou d'Ehpad pour assurer une sécurité financière de l'accueillant, la qualité des accueils pour les personnes âgées, et la facilitation des coordinations avec les autres acteurs).

³¹¹ « 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.) »

³¹² Cité par le rapport, le livre Blanc Cette Famille estime possible de développer 20 à 30 000 places d'accueil familial.

³¹³ Interrogés dans le cadre de la concertation Grand âge, les conseils départementaux soulignent l'intérêt de cette forme d'hébergement, mais signalent de fortes difficultés de recrutement pour maintenir leur capacité d'accueil.

2.2 État des lieux

D'après une étude (KPMG et Cette Famille) de mai 2020³¹⁴ qui a dressé un état des lieux de l'accueil familial PA/PH, l'offre (10 000 accueillants pour 18 000 places) apparaît très limitée, en plus d'être d'accès inégale sur le territoire (même si elle est pratiquement présente dans tous les départements).

Les personnes accueillies sont plus souvent des femmes, de 65 ans d'âge moyen, un quart le sont au titre exclusif de personne âgée, et 37 % au titre de personne âgée en situation de handicap (le dispositif concernant d'abord les personnes handicapées). Les personnes accueillantes sont surtout des femmes, de 56 ans d'âge moyen, issues pour un tiers du monde médico-social (aide-soignante, éducatrices), avec 1 à 3 personnes accueillies.

2.3 Avantages

Dans un contexte où l'offre de solutions d'hébergement/accompagnement pour les personnes avec une dépendance intermédiaire va se tendre, l'accueil familial constitue en puissance une ressource pour la vie des territoires, considérée comme plus économique que les Ehpad pour les départements. Des acteurs auditionnés par la mission considèrent même qu'il est possible, avec incitation, de démultiplier les places d'accueil familial dans l'avenir (jusqu'à 50 000, soit trois fois plus qu'à ce jour), permettant le « repeuplement dans des villages, hameaux là où le foncier n'est pas cher ».

L'accueil familial pourrait ainsi constituer une alternative à l'Ehpad, acceptable sur le plan économique, pour les personnes âgées qui ne nécessitent pas un suivi médical important, en particulier certaines personnes handicapées vieillissantes.

2.4 Limites

Malgré trente ans d'existence et 10 000 professionnels accueillants, le manque de notoriété est considéré comme un des freins au développement de l'accueil familial sur lequel peu de communication est encore faite.

L'autre frein important tient à la précarité du statut des accueillants familiaux

- La précarité des accueillants sous contrat de gré à gré est en rapport avec une rémunération et des droits sociaux insuffisants qui contribuent à la faible attractivité du dispositif. L'accueillant est notamment soumis à l'aléa de la fin d'un contrat (décès), non compensé par l'assurance chômage, il peine aussi à se faire remplacer, en cas de maladie, de congés, ou pour les besoins de la vie courante (remplacement ponctuel). Cela montre l'intérêt qu'il y aurait à favoriser le rattachement des accueillants à des structures médico-sociales plus

³¹⁴ « Sortir les accueillants familiaux de la précarité - Accueil familial à vocation sociale Proposition d'évolution législative pour améliorer le statut et développer une véritable filière d'emploi », Étude KPMG et Cette Famille mai 2020 citée par le rapport d'information parlementaire n° 3632 de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, décembre 2020.

large, à même de mettre à disposition des équipes volantes pour des remplacements ponctuels.

- Bien que plus protecteur, le statut d'accueillant indépendant³¹⁵ pose problème dans la mesure où la conclusion d'un contrat de travail par accueilli implique la signature de plusieurs contrats de travail auprès d'un même employeur, disposition qui ne permet pas au salarié de faire valoir ses droits auprès de Pôle emploi, et qui entraîne lourdeurs et complications administratives lors des ruptures.

La formation et le suivi des professionnels en activité est aussi un sujet d'interrogation, la fédération nationale des accueillants familiaux faisant observer que la formation initiale n'est pas qualifiante, que la formation continue est souvent inadaptée et qu'il n'existe pas de validation des acquis, l'accueillant familial étant de surcroît assimilé à un assistant familial, ce qui ne permet pas de prendre en compte les spécificités du métier

A cette insuffisance de formation, s'ajoute le fait que la législation permet à des organismes ne relevant pas du secteur médical ou social d'employer des accueillants familiaux, ce qui peut faire craindre une moindre qualité de supervision des salariés et de suivi des personnes accueillies que lorsqu'il s'agit d'un ESMS, la loi ne précisant pas par ailleurs qui, de l'employeur ou de la structure, est en charge de la supervision, du suivi des pratiques et de l'accompagnement professionnel des accueillants salariés et de l'évaluation des situations d'accueil.

Au surplus, cette disposition de la loi du 5 mars 2007 emporte le risque de favoriser le développement de résidences où les personnes accueillies sont prises en charge dans des logements distincts du domicile de l'accueillant familial (AF), ce qui, d'après les travaux parlementaires, remet en cause le principe, posé par l'article L. 441-1 du CASF, de l'accueil habituel à son domicile.

Enfin, s'agissant des profils des personnes, certains semblent inadaptés à l'accueil familial, notamment, comme évoqués supra, les personnes atteintes de maladies neurodégénératives (MND) avec déambulation pluriquotidienne et nocturne (situation considérée comme non soutenable pour un accueillant familial, en charge d'autres personnes âgées).

3 Pistes d'amélioration

Les suggestions exprimées par les interlocuteurs de la mission ou certaines des préconisations formulées dans les rapports qu'elle a consultés (rapport parlementaire -RP-, concertation Grand âge -CGA-) convergent pour renforcer l'implantation institutionnelle du dispositif, mieux le faire connaître et le rendre plus attractif et juridiquement plus sécurisé tant du point de vue des personnes âgées que des personnes susceptibles de devenir accueillants familiaux. La mission n'a pas le recul ni la matière suffisante pour faire des préconisations précises mais les pistes suivantes

³¹⁵ Introduit par l'article 57 de la loi n° 2007-290 du 5 mars 2007 instituant le droit au logement opposable et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale, disposant que les accueillants familiaux peuvent désormais être employés par des personnes morales de droit public ou de droit privé.

lui semblent utiles à travailler en plus de renforcer/améliorer la formation et le suivi des accueillants familiaux jugés insuffisantes/inadaptés par certains acteurs.

3.1 Accroître la connaissance et l'intégration de l'accueil familial

- Promouvoir l'accueil familial auprès des départements, systématiser l'inscription du développement de l'accueil familial dans la politique gérontologique³¹⁶ (RP/CGA)
- Organiser la mise en relation entre offre et demande d'accueil à tous les niveaux (local, départemental, régional, national), en publiant des listes des places disponibles et des accueillants ou en instaurant des guichets avec information complète pour les familles³¹⁷ (RP)
- Faire connaître le métier d'accueillant familial tant auprès des personnes âgées et leurs proches, qu'auprès des personnes susceptibles de devenir accueillant familial, de l'UDAF, des associations en charge de personnes handicapées et de Pôle emploi (RP)
- Mieux faire connaître l'accueil familial auprès du grand public à travers des actions³¹⁸ (CGA).
- Mieux intégrer les accueillants familiaux dans l'offre sociale et médico-sociale (CGA), voire en professionnaliser le métier (CGA).

3.2 Améliorer le statut des accueillants familiaux

- Structurer davantage les textes et références juridiques qui régissent le statut de l'accueillant familial, actuellement très dispersés (RP).
- Conforter et améliorer le statut de l'accueillant familial en gré à gré en lui offrant une stabilité et en remédiant à la complexité de son cadre réglementaire (RP), tout en veillant à maintenir l'absence de lien de subordination entre la personne accueillie et l'accueillant familial, ce qui peut notamment impliquer :
 - de développer un modèle économique de l'accueil familial attractif même en cas d'accueil d'une ou deux personnes seulement³¹⁹ (RP)
 - d'étudier l'opportunité d'une ouverture du bénéfice de l'assurance chômage (RP/CGA)
 - de rendre obligatoire l'accompagnement de tout accueillant familial en gré à gré par un ESMS ressources, sous la responsabilité du Conseil départemental (CGA)

³¹⁶ Proposition n° 40 consultation grand âge : « Augmenter le nombre de places en accueil familial en confortant leur cadre juridique et en les adossant à des établissements ou services ».

³¹⁷ Les services des départements délivrent sur demande la liste des accueillants familiaux agréés.

³¹⁸ Il pourrait aussi être demandé à la CSNA de se mobiliser plus explicitement (sur son site, il n'y a pas d'annuaire des accueillants familiaux mais un annuaire des services départementaux qui les gèrent)

³¹⁹ Aspect important dans la mesure où l'accueil de deux personnes permet tout juste à l'accueillant d'atteindre un équilibre financier, et l'accueil d'une seule personne n'est économiquement pas viable. Par ailleurs, si l'accueil de trois, ou quatre personnes permet de vivre correctement, la disponibilité de l'accueillant peut parfois s'en trouver amoindrie.

- Développer le salariat d'accueillants familiaux par des établissements ou services médico-sociaux, et de restreindre le salariat aux seuls ESMS³²⁰ (CGA)

Pour l'ensemble des accueillant familiaux

- De clarifier et de simplifier le cadre juridique de l'accueil familial en révisant les contrats types afin d'améliorer leur lisibilité (CGA)
- Harmoniser en revalorisant la rémunération des accueillants familiaux au niveau national (RP)
- Ouvrir la possibilité de valider les acquis des aidants et accueillants qui se sont occupés de personnes âgées ou handicapées afin de réduire la précarité du statut (RP)

³²⁰ La consultation Grand âge recommande que la création de services d'accueil familial intégrés au sein des ESMS soit soutenue par le fonds d'amorçage de la transformation de l'offre géré par la CNSA (cf. proposition n° 53).

ANNEXE 9 : Comparaison des différents lieux de vie pour personnes âgées en perte d'autonomie

RAPPORT IGAS N°2023-014R (ANNEXES)

	USLD/USPC	Ehpad	Résidence autonomie	Résidence service séniors	Habitat inclusif	Accueillants Familiaux	Domicile ordinaire
Objectifs	Offrir une surveillance médicale constante pour une prise en charge répondant à des besoins sanitaires dans la durée	Offrir une prise en charge globale de la perte d'autonomie et des besoins gériatriques afférents Cadre de vie sécurisant et vie collective "Accueillent des personnes âgées " (Art. L.312-1 CASF, 6°)	Vieillir dans un cadre sécurisé accessible aux personnes âgées les plus modestes Accueillir des personnes âgées (L.312-1 CASF) et leur offrir un domicile privé dans un immeuble comportant également des parties communes destinées à la vie collective (L.633-1 Code de la construction et de l'habitat) Elles proposent à leur résidents des prestations minimales, individuelles ou collectives, qui concourent à la prévention de la perte d'autonomie (art L 313-12 CASF)	Vieillir dans un cadre sécurisé, de manière indépendante avec possibilité de bénéficier de services collectifs (restauration, conciergerie, ménage, animations...) Offrir des logements autonomes avec services, individualisables et non individualisables, à disposition (Art. L.631-13 Code de la Construction et de l'Habitat)	Lutter contre l'isolement, maintenir et/ou développer l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap en leur permettant de partager un projet de vie sociale et partagée. Le projet de vie sociale et partagée, dès sa conception, doit intégrer la prévention de la perte d'autonomie d'une part, et d'autre part, l'anticipation des risques d'évolution de la situation des personnes (Arrêté du 24 juin 2019 relatif au cahier des charges national du projet de vie partagée)	Vieillir dans un cadre de vie familial et sécurisant	Vieillir là où l'on a vécu ou chez des proches (ex. logement chez ses enfants)

RAPPORT IGAS N°2023-014R (ANNEXES)

	USLD/USPC	Ehpad	Résidence autonomie	Résidence service seniors	Habitat inclusif	Accueillants Familiaux	Domicile ordinaire
Publics cibles, publics accueilli, évaluation du public à l'entrée	Personnes présentant une pathologie organique chronique ou une polyopathie, soit active au long cours, soit susceptible d'épisodes répétés de décompensation, et pouvant entraîner ou aggraver une perte d'autonomie (Article 1 arrêté du 12 mai 2006) >80 % des personnes accueillies relèvent du GIR 1 ou 2 (rapport des professeurs Jeandel et Guérin, 2021, données sur 2011) >95 % ou plus de personnes de plus de 60 ans en USLD (ibid. sur 2016)	Sont des Ehpad les établissements médico-sociaux qui accueillent une proportion de personnes âgées dépendantes classées dans les GIR 1 à 3 supérieure à 15 % de la capacité autorisée et de résidents classés en GIR 1 à 2 supérieure à 10 % de la capacité autorisée (Article L.312-12 et Article D313-15 du code de l'action sociale et des familles)	Personnes âgées autonomes ou relativement autonomes Accueil possible : GIR 1-2 dans la limite de 10 % de la capacité autorisée, GIR 1-3 dans la limite de 15 % de la capacité autorisée (Articles D 313-24-1 et D 313-15 du CASF) Pas de restriction sur l'accueil de personnes en GIR 4 à 6.	Personnes âgées pour l'essentiel autonomes seules ou en couple qui ne peuvent plus ou ne veulent plus vivre à leur domicile classique. Une RSS auditionnée par la mission (cas minoritaire) affiche de façon indifférenciée une cible de public âgé autonome ou fragilisé, et a mis en place en interne un dispositif d'évaluation des besoins des personnes à l'entrée.	Personnes âgées et personnes en situation de handicap en priorité autour d'un projet de vie sociale partagée (L.281-1 CASF), pouvant être regroupés dans un même ensemble d'habitations avec d'autres publics (jeunes travailleurs, étudiants, travailleurs migrants ou personnes défavorisées) (L.281-1 CASF et L633-1 Code de la Construction et de l'Habitat) faisant le choix de ce mode de vie. L'entrée dans cet habitat s'inscrit en dehors de tout dispositif d'orientation sociale ou médico-sociale et elle est indépendante de toute attribution d'aides à l'autonomie (prestation de compensation du handicap - PCH, ou de l'allocation personnalisée d'autonomie - APA). (Arrêté du 24 juin 2019 relatif au cahier des charges national du projet de vie social partagée)	La décision d'agrément peut préciser les caractéristiques, et notamment sur le plan de la de perte d'autonomie, des personnes susceptibles d'être accueillies (L441-1 CASF)	Pour les personnes qui le souhaitent, celles dont les limitations cognitives et/ou physiques n'induisent pas des besoins que les personnes ne réussissent à couvrir financièrement Pour celles ne le souhaitant pas, les personnes ne réussissant pas à trouver une place en autre type d'hébergement, ou contraintes financièrement

RAPPORT IGAS N°2023-014R (ANNEXES)

<p>Taille de l'habitat</p>	<p>"Il est souhaitable qu'une USLD dispose au minimum d'environ 30 lits"(Circulaire DHOS/O2/F2/DGAS/DSS/C NSA no 2007-193 du 10 mai 2007)</p>	<p>En moyenne entre 50 et 120</p> <p>Petite unité de vie si moins de 25 résidents (L.312-12 CASF)</p>	<p>Accueil d'une cinquantaine de personnes en moyenne.</p>	<p>80 logements en moyenne par résidence accueillant généralement des personnes seules.</p>	<p>La taille n'est pas réglementée mais doit être compatible avec la construction d'un projet de vie sociale et partagée</p>	<p>Trois personnes accueillies par famille maximum (L441-1 CASF)</p>	<p>/</p>
-----------------------------------	---	---	--	---	--	--	----------

RAPPORT IGAS N°2023-014R (ANNEXES)

	USLD/USPC	Ehpad	Résidence autonomie	Résidence service seniors	Habitat inclusif	Accueillants Familiaux	Domicile ordinaire
Statut juridique	Sont à assurer des soins de longue durée les établissements de santé (Articles L.6122-1 et R314-190 du code de la santé publique ; Annexe 5 PLFSS 2023 ; Annexe 7 PLFSS 2022)	Établissement médico-social (L.312-1 du CASF) relevant du code de l'action sociale et des familles (CASF), du Code de la Santé Publique (CSP) et du code de la construction et de l'habitation (CCH) Données Enquête EHPA 2019 : Parmi les 610 475 places en Ehpad, 29 % en institutions privées à but non lucratif, 27 % en Ehpad publics non hospitaliers, 23 % en privé lucratif, 21 % en Ehpad hospitalier.	Établissement médico-social relevant du CASF et CCH géré principalement par le secteur public (CCAS surtout) et dans une moindre mesure par secteur privé (associations surtout). Article 313-12 CASF Logements domiciliaires à statut d'hébergement (et non de logement) (Art 2 arrêté du 10 novembre 2016 relatif aux destinations et sous-destinations de constructions pouvant être réglementé)	Logement de droit commun (CE, 13 décembre 2021, Société Les Prés Biard, la prestation de services communs conduisant à une catégorisation 'hébergement' et non 'logement'), géré par des structures de droit privé commerciales ou associatives. Séparation entre investisseur, gestionnaire et locataire.	Logement de droit commun dans le parc privé ou parc social.	Logement (R441-1 du CASF) NB : Les accueillants familiaux peuvent être employés (L444-1 à L444-9 et D444-1 à D444-8 du CASF)	Domicile privatif, que ce soit un logement privé ou social

RAPPORT IGAS N°2023-014R (ANNEXES)

<p>Pilotage de la programmation</p>	<p>Inscription des USLD dans les Plans Régionaux de Santé - Schéma Régionaux d'Organisation des Soins (Circulaire DHOS/O2/F2/DGAS/DSS/C NSA no 2007-193 du 10 mai 2007)</p>	<p>Schéma Régional de Santé sur 5 ans (L.1434-2 ; I. 3° du L.1434-3 CSP) construit par l'ARS</p> <p>Schéma d'organisation sociale et médico-sociale (4° du L.312-5 CASF) élaboré par le département</p> <p>Ces schémas doivent être mis en cohérence (III du L.1434-3 CASF)</p>	<p>Schéma d'organisation sociale et médico-sociale (4° du L.312-5 CASF) élaboré par le département</p> <p>Schéma Régional de Santé sur 5 ans (L1434-2 ; I. 3° du L1434-3CSP) construit par l'ARS, pour le forfait soin alloué à certaines RA (environ une sur huit)</p>	<p>Programmation des constructions par des groupes privés</p>	<p>"Le déploiement de l'habitat inclusif nécessite une démarche organisée entre les agences régionales de santé (ARS), les collectivités et plus particulièrement les conseils départementaux ainsi que les services déconcentrés de l'Etat compétents" (Instruction Interministérielle N° DGCS/SD3A /SD3B/DHUP/PH1/CNSA/DC/2019 /154 du 04 juillet 2019)</p> <p>Département coordinateur et communes/EPCI en appui à la planification (Circulaire Interministérielle N° DGCS/SD3A/DHUP/DGCL/2021/1 91 du 6 septembre 2021 relative au plan interministériel de développement de l'habitat inclusif.)</p>	<p>Le département, autorité délivrant les agréments d'accueil familial, est pilote de l'offre</p>	<p>/</p>
--	---	---	---	---	---	---	----------

RAPPORT IGAS N°2023-014R (ANNEXES)

	USLD/USPC	Ehpad	Résidence autonomie	Résidence service seniors	Habitat inclusif	Accueillants Familiaux	Domicile ordinaire
Conditions d'ouverture (autorisation et agréments)	<p>Autorisation ARS (L.6122-1 et R.6122-24 du code de la santé publique), pour 5 ans renouvelable (R. 6122-37 code de la santé publique)</p> <p>Les établissements de santé habilités à assurer des soins de longue durée concluent avec l'ARS un CPOM d'une durée de 5 ans, dont une annexe portant sur cette activité est cosignée par le président du conseil départemental (L.6114-1 code de la santé publique ; L.6114-1-2)</p>	<p>Procédure d'autorisation préalable conjointe du président du Conseil départemental et du directeur général de l'ARS</p> <p>Convention tripartite pluriannuelle avec l'Etat (ARS) et le Département pour 5 ans, fixant les objectifs de qualité de prise en charge des résidents et les moyens financiers de fonctionnement (L.312-12 du CASF, IV ter.). Dans le cas où une même personne physique ou morale gère plusieurs Ehpad au sein d'un même département, CPOM unique pour les différents établissements.</p>	<p>Autorisation nécessaire Procédure d'appel à projets préalable à l'autorisation (suspendu jusqu'au 31/12/2025).</p> <p>Autorisation et évaluation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Etablissement faisant appel même partiellement à des financements publics doit être autorisé par le conseil départemental et fait l'objet d'une évaluation ; <p>Les résidences autonomie bénéficiant du forfait soins sont autorisées conjointement par le conseil départemental et par l'ARS</p> <p>Signature d'un CPOM avec le conseil départemental (L.312-12 CASF) de manière conjointe avec l'ARS si la résidence bénéficie d'un forfait soin.</p>	Pas d'autorisation ni agrément	<p>Pas d'autorisation ni d'agrément</p> <p>Cadre de conventionnement pluriannuel (3 ans) avec l'ARS (pour ceux bénéficiant du Financement de l'Habitat Inclusif) (D281-1 CASF)</p> <p>Cadre de conventionnement nécessaire entre le département et le porteur de projet pour que celui-ci bénéficie de l'AVP (L.281-2-1 CASF)</p>	<p>L'accueillant familial (individu ou couple) doit faire l'objet d'un agrément renouvelable par le président du conseil départ. de son département de résidence (L. 441-1 CASF)</p> <p>Conditionné, entre autres, à l'engagement de l'accueillant à suivre une formation initiale et continue et une initiation aux gestes de premiers secours organisées par le président du conseil départemental</p>	/

RAPPORT IGAS N°2023-014R (ANNEXES)

<p>Contrôles externes et évaluation</p>	<p>Compétence de contrôle par les services déconcentrés de l'Etat (ARS et préfecture) (Art. 313-13 CASF)</p> <p>Un représentant des familles de personnes accueillies peut assister, avec voix consultative, aux réunions du conseil de surveillance. (L. 6143-5 Code de santé publique)</p>	<p>Compétence de contrôle par les départements et les services déconcentrés de l'Etat (ARS et préfecture) (Art. 313-13 CASF)</p> <p>Les contrôles réalisés peuvent être séparés ou conjoints (V. du L.313-13 du CASF)</p>	<p>Compétence de contrôle par les départements (I. de l'Art. 313-13 CASF) et les services déconcentrés de l'Etat (préfecture) (V. de l'Art. 313-13 du CASF)</p>	<p>Contrôles et évaluation de qualité internes</p> <p>Certification AFNOR NF Service "Services et qualité de vie dans les accueils et habitats pour seniors"</p>	<p>L'ARS ou le département peuvent contrôler l'utilisation des financements dédiés à la vie partagée (à savoir le financement de l'animation)</p>	<p>Le président du conseil départemental organise le contrôle des accueillants familiaux et le suivi social et médico-social des personnes accueillies (L441-2 CASF)</p>	<p>Evaluation APA au domicile, avec évaluation de l'adaptation du domicile</p>
--	--	---	---	--	---	--	--

RAPPORT IGAS N°2023-014R (ANNEXES)

	USLD/USPC	Ehpad	Résidence autonomie	Résidence service séniors	Habitat inclusif	Accueillants Familiaux	Domicile ordinaire
Prestations	<p>"Suivi médical rapproché, des actes médicaux itératifs, une permanence médicale, une présence infirmière continue et l'accès à un plateau technique minimum." (Circulaire DHOS/O2/F2/DGAS/DSS/C NSA no 2007-193 du 10 mai 2007)</p> <p>En sus de prestations d'administration générale, d'accueil hôtelier, de restauration, de blanchisserie</p>	<p>Socle des prestations relatives à l'hébergement délivrées par EHPAD (annexe 2-3-1 CASF) : administration générale, prestations d'accueil hôtelier, restauration, blanchissage, vie sociale</p> <p>"Proposent et dispensent des soins médicaux et paramédicaux adaptés, des actions de prévention et d'éducation à la santé et apportent une aide à la vie quotidienne adaptée" (D.312-155-0 CASF)</p>	<p>Prestations minimales, individuelles ou collectives, délivrées par l'établissement (annexe 2-3-2 CASF) (2)</p> <p>Les résidences autonomie proposent à leurs résidents des prestations minimales, individuelles ou collectives, qui concourent à la prévention de la perte d'autonomie, définies par décret. Ces prestations peuvent être mutualisées et externalisées et également être proposées à des non-résidents (L313-13 CASF)</p> <p>Appui possible d'un EHPAD, SSIAD, SPASAD pour assurer ces services. Accès à des ateliers de prévention de la perte d'autonomie.</p>	<p>Distinction entre les prestations individualisables et celles non individualisables qui doivent être précisés dans le contrat de location (art. L631-13 et L.631-15 du CCH)</p> <p>Accès à des ateliers de prévention de la perte d'autonomie.</p>	<p>Pas de prestations obligatoires, hormis les activités et animations de vie partagées assurées par l'animateur (financées par l'AVP)</p>	<p>Fixés dans le contrat d'accueil : a minima services rendus, entretien courant et mise à disposition d'une ou plusieurs pièces réservées à la personne accueillie.</p>	/

RAPPORT IGAS N°2023-014R (ANNEXES)

	USLD/USPC	Ehpad	Résidence autonomie	Résidence service seniors	Habitat inclusif	Accueillants Familiaux	Domicile ordinaire
<p>Services intervenant au sein du dispositif Articulaton avec acteurs extérieurs</p>	<p>Articulation avec le plateau technique hospitalier quand adossement sur hôpital</p> <p>Intervention de professionnels de santé extérieurs (spécialistes, médecin traitant...)</p> <p>Interventions extérieures pour animations</p> <p>Possibilité intervention HAD</p>	<p>Rôle de centre de ressources territorial possible (L.313-12-3 CASF)</p> <p>Possibilité de coordination/mise en place d'un service (renforcé) à domicile (Appel à manifestation d'intérêt par ARS, «solutions innovantes pour faire face au défi du grand âge » lancé en 2019 par l'ARS IDF par exemple)</p> <p>Intervention de professionnels de santé extérieurs (médecins traitants, spécialistes, ...)</p> <p>Développements d'Ehpad plateformes</p> <p>Intervenants extérieurs pour animations spécifiques / interventions extérieures</p> <p>Possibles liens avec d'autres acteurs locaux (EAJE, tiers-lieux, ...)</p>	<p>Appel à SSIAD, SAAD, SAMSAH ou SAVS en tant que de besoin - le logement en RA étant aussi un domicile privatif (L.633-1 CCH)</p> <p>Intervenants extérieurs possibles pour les activités de prévention de la perte d'autonomie (D312-159-4 CASF)</p>	<p>Appel à SSIAD, SAAD, SAMSAH ou SAVS en tant que de besoin, si le contrat ne précise pas des prestations non individualisables</p>	<p>Appel à SSIAD, SAAD, SAMSAH ou SAVS en tant que de besoin, dans les mêmes conditions d'intervention que dans un domicile "classique".</p> <p>Certaines prestations peuvent être en partie mutualisées avec l'accord des habitants.</p>	<p>Appel à SSIAD, SAAD, SAMSAH, SAVS ou HAD en tant que de besoin</p>	<p>Appel à SSIAD, SAAD, SAMSAH ou SAVS en tant que de besoin</p>

RAPPORT IGAS N°2023-014R (ANNEXES)

	USLD/USPC	Ehpad	Résidence autonomie	Résidence service seniors	Habitat inclusif	Accueillants Familiaux	Domicile ordinaire
<p>Conditions d'accueil de publics en perte d'autonomie</p>	<p>Admission sur orientation par un médecin :</p> <ul style="list-style-type: none"> - en général à l'issue d'une hospitalisation ou passage en SSR - en provenance du domicile, sur appui du médecin traitant - en provenance d'un établissement médico-social, après concertation avec le médecin coordonnateur <p>L'admission s'opère après accord du médecin chargé de l'USLD, après évaluation gériatrique médico-psycho-sociale (évaluation de l'autonomie et des soins médico-techniques requis)</p> <p>Circulaire DHOS/O2/F2/DGAS/DSS/C NSA no 2007-193 du 10 mai 2007</p> <p>En cas de besoins médicaux accrus, HAD possible ou orientation vers l'hôpital</p>	<p>Demande d'admission conforme à un dossier défini par arrêté (Art. D312-155-1 CASF et arrêté du 25 novembre 2019 qui en fixe le modèle)</p> <p>Le médecin coordonnateur exprime son avis sur les admissions au regard des capacités de soins de l'institution (D312-158 du CASF)</p>	<p>L'accueil de nouveaux résidents classés en GIR1 à 4 n'est possible que si cela est prévu par le projet d'établissement, et que des conventions de partenariat sont conclues avec d'une part un Ehpad, et d'autre part, un SAAD, un centre de santé, des professionnels ou un établissement de santé (e.g. HAD) (III. de l'article 313-12 du CASF)</p>	<p>Le fonctionnement de la résidence service ne doit pas s'apparenter à celui d'un ESMS (faisceau d'indices : dépendance des personnes, nature des services, aménagement des locaux...), au risque d'être requalifié en tel</p>	<p>Le cas échéant, respect des conditions d'attribution des logements locatifs sociaux prévues au chapitre Ier du titre IV du livre IV du code de la construction et de l'habitation et des conditions d'orientation vers les logements-foyers prévues à l'article L. 345-2-8 du CASF (L281-1 CASF)</p>	<p>Les conditions de personnes en perte d'autonomie sont prévues dans l'agrément de la personne (L441-1 CASF), ainsi que dans le contrat avec la personne accueillie.</p>	/

RAPPORT IGAS N°2023-014R (ANNEXES)

	USLD/USPC	Ehpad	Résidence autonomie	Résidence service seniors	Habitat inclusif	Accueillants Familiaux	Domicile ordinaire
Financement : fonctionnement	<p>Construction de la facturation semblable à celle pratiquée en Ehpad : volets hébergement, dépendance et soins (Circulaire DHOS/O2/F2/DGAS/DSS/C NSA no 2007-193 du 10 mai 2007).</p> <p>Les soins sont pris en charge par les organismes d'assurance maladie (article L.174-6 du code de la sécurité sociale), à tarif "fixé par le directeur général de l'agence régionale de santé après avis du président du conseil [départemental]" (L.174-5 du code de la sécurité sociale).</p> <p>"La tarification de ces établissements est arrêtée :</p> <p>1° Pour les prestations de soins remboursables aux assurés sociaux, par le directeur général de l'agence régionale de santé en application de l'article L. 174-5 du code de la sécurité sociale ;</p>	<p>Structuration ternaire du financement :</p> <p>1° Un forfait global relatif aux soins prenant en compte notamment le niveau de dépendance moyen et les besoins en soins requis des résidents, et peut tenir compte de l'activité réalisée, financer des mesures de revalorisation salariale de personnels.</p> <p>Le montant du forfait global de soins est arrêté annuellement par le directeur général de l'agence régionale de santé.</p> <p>2° Un forfait global relatif à la dépendance, prenant en compte le niveau de dépendance moyen des résidents, fixé par arrêté du</p>	<p>Forfait autonomie : CPOM signé avec le département, calculé en fonction du nombre de places autorisées. Il finance les actions de prévention de la perte d'autonomie (III. du L.313-12 du CASF)</p> <p>Forfait soins (essentiellement historique) (IV. de l'article L.313-12, du CASF) pour environ 300 résidences autonomie, octroyé par l'ARS. Il finance le salaire des aides-soignants et/ou infirmiers.</p> <p>Redevance sur le volet hébergement</p>	<p>La RSS, composée de locataires, fonctionne grâce aux loyers.</p> <p>Les RSS dont gestion à but non lucratif fonctionnent grâce aux loyers et charges et à la mutualisation des services.</p>	<p>Financement du projet de vie sociale et partagée : forfait habitat inclusif (FHI) Versé par l'ARS (D.281-3 CASF) sur FIR (Instruction Interministérielle N° DGCS/SD3A /SD3B/DHUP/PH1/CNSA/DC/2019 /154 du 04 juillet 2019)</p> <p>Depuis 2022, aide à la vie partagée (AVP) versée par le département (L.281-2-1 du CASF, avec concours CNSA), dans le cadre de son règlement d'aide sociales (L.121-3 CASF)</p> <p>Versement de l'aide (FHI/AVP) au porteur de projet, par habitant de l'HI.</p> <p>Pour le financement de l'habitat inclusif (HFI), financement d'entre 3 000 et 8 000 € par résident et pour un total de 60 000 € par an au maximum (D281-3 CASF).</p> <p>Loyer (ou redevance lorsque l'habitat inclusif est constitué en logement-foyer habitat inclusif)</p>	<p>Le contrat d'accueil prévoit entre autres les conditions matérielles de celui-ci, et notamment la rémunération journalière des services rendus, une indemnité de sujétions particulières (si le niveau de dépendance de la personne accueillie nécessite disponibilité accrue e.g.), une indemnité représentative des frais d'entretien courant (nourriture, linge, ...), une indemnité représentative de mise à disposition de la ou les pièces réservées à la personne accueillie (L442-1</p>	<p>APA et financement privé pour les intervenants extérieurs</p>

RAPPORT IGAS N°2023-014R (ANNEXES)

	<p>2° Pour les prestations relatives à la dépendance acquittées par l'usager ou, si celui-ci remplit les conditions mentionnées à l'article L. 232-2 du présent code, prises en charge par l'allocation personnalisée d'autonomie, par le président du conseil départemental ;</p> <p>3° Pour les prestations relatives à l'hébergement, dans établissements habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, par le président du conseil départemental." (Article L.313-12 CASF) L'évolution des tarifs des prestations sociales est encadrée par un décret pris annuellement (L.342-3 CASF), selon la caractérisation de l'occupation et de l'habilitation des places à l'ASH et à l'APL (L.342-1 CASF)</p>	<p>président du conseil départemental et versé aux établissements par ce dernier au titre de l'APA établissement (L.232-8 du CASF);</p> <p>3° Des tarifs journaliers afférents à un ensemble de prestations relatives à l'hébergement, fixés par le président du conseil départemental (L.314-2 CASF) L'évolution des tarifs des prestations sociales est encadrée par un décret pris annuellement (L.342-3 CASF), selon la caractérisation de l'occupation et de l'habilitation des places à l'ASH et à l'APL (L.342-1 CASF)</p>				<p>CASF)</p> <p>Ces éléments sont librement négociés par les parties au contrat d'accueil.</p> <p>Le montant minimum de la rémunération journalière des services rendus est égal à 2,5 fois la valeur horaire du SMIC (D442-2 du CASF)</p>	
--	--	---	--	--	--	--	--

RAPPORT IGAS N°2023-014R (ANNEXES)

	USLD/USPC	Ehpad	Résidence autonomie	Résidence service seniors	Habitat inclusif	Accueillants Familiaux	Domicile ordinaire
Financement : investissement	<p>Feuille de route EHPAD-USLD 2021-2023 : vers des établissements plus médicalisés pour faire face au défi de la grande dépendance : concertations et études avec les ARS "pour étudier la méthode de recomposition prenant en compte les besoins d'investissement et de ressources humaines"</p>	<p>Feuille de route EHPAD-USLD 2021-2023 : vers des établissements plus médicalisés pour faire face au défi de la grande dépendance : concertations et études avec les ARS "pour étudier la méthode de recomposition prenant en compte les besoins d'investissement et de ressources humaines"</p> <p>Plan d'Aide à l'Investissement 2022 - 380 M€ d'investissement pour les Ehpad (2022)</p>	<p>Travaux de modernisation : Plan d'aide à l'investissement CNSA (40 M€ cadre PAI 2022), CNAV.</p> <p>Subvention CNAV.</p> <p>Prêt PLUS</p> <p>-PHARE (Prêt Habitat Amélioration Restructuration Extension), pour la réhabilitation des établissements 100 % habilités à l'aide sociale ; une offre de prêt à taux fixe ou variable dédiée au financement de projets immobiliers destinés à des populations spécifiques : personnes âgées, personnes handicapées. Mais les logements financés à l'aide du prêt PHARE ne sont pas éligibles à l'APL.</p> <p>Pour les résidences conventionnées APL : programme 135 de l'Etat ("Prêt Locatif Social"), subventions collectivités</p>	Prêt PLS	<p>Aides à la pierre : -PLA, PLUS, PLS pour les logements article 20 loi ASV, -PLUS, PLS et PLAI (depuis juin 2023) pour les logements-foyers habitat inclusif.</p> <p>Soutien à l'investissement pour l'habitat inclusif dédié aux personnes âgées (CNSA).</p> <p>Subventions des départements. Caisses de retraite (CNAV, CARSAT) : soutien à la construction, la rénovation ou le mobilier.</p> <p>AGIRC-ARRCO : aide au financement des espaces communs</p>	<p>Il s'agit d'un domicile privatif, pas d'aide à l'investissement de construction (puisque logement nécessaire pour obtention de l'agrément).</p>	Domicile privé

RAPPORT IGAS N°2023-014R (ANNEXES)

	USLD/USPC	Ehpad	Résidence autonomie	Résidence service seniors	Habitat inclusif	Accueillants Familiaux	Domicile ordinaire
Aides financières aux personnes et construction du RAC	APA, APL, ASH (aide sociale à l'hébergement, (voir infra.)). RAC comparable à celui en Ehpad	Pas d'APA versé au résident, l'APA étant directement versé à l'établissement (L.232-8 et L.314-2 CASF) APL, ASH (aide sociale à l'hébergement, selon habilitation de l'établissement	APA (L232-3 CASF), APL, ASH (aide sociale à l'hébergement). ASH : secteur public et secteur privé non lucratif. ASH - pour les PA de plus de 65 ans (dérogations possibles) dont les frais d'hébergement sont supérieurs aux revenus. Demande auprès du CCAS/CIAS. Pour les bénéficiaires : 90 % de leurs revenus sont fléchés vers l'établissement, 10 % leur demeurent - dans la limite de 1 % de l'ASPA, soit 115 € par mois en 2023.	APL, APA (L232-3 CASF)	APA (L232-3 CASF), PCH, APL, ASH (aide sociale à l'hébergement).	APA (L232-3 CASF), ASH, APL Aides à l'adaptation du logement, en cas de besoins accrus en la matière, conditionnés à l'accord du propriétaire (aides de l'ANAH, des CARSAT, des communes, sur crédit fiscal, ...)	APA (L232-3 CASF), APL Si locataire, aides à l'adaptation du logement conditionnés à l'accord du propriétaire (aides de l'ANAH, des CARSAT, des communes, sur crédit fiscal, ...)
"Potentiel fiscal" (mutualisation APA, APL, RA tiers payeur)	Tarif global uniquement	Tarif partiel ou tarif global pour les dépenses de santé Mutualisation de l'APA de fait	Possibilité de tiers payeur, de perception des APL	/	Les départements peuvent accepter de mutualiser la PCH / l'APA domicile des résidents, en enlevant les RAC, afin de faciliter le financement des salariés de l'habitat et les aides techniques L'AVP est perçu par le porteur de projet, en sa qualité de tiers payeur	/	/

RAPPORT IGAS N°2023-014R (ANNEXES)

	USLD/USPC	Ehpad	Résidence autonomie	Résidence service seniors	Habitat inclusif	Accueillants Familiaux	Domicile ordinaire
<p>Bâtiment : implantation, contraintes, obligations légales, opportunités (extensions ?)</p>	<p>Devraient disposer de locaux/équipements adaptés aux patients avec dépendance physique ou psychique : chambres à un ou deux lits équipées en fluides médicaux (oxygène et vide) et adaptées à la dépendance (lits à hauteur variable électriques, systèmes de transferts...) disposant d'un cabinet de toilette avec WC ou d'une douche avec siphon de sol et accessible aux personnes en fauteuil roulant, espaces de circulation équipés de main courante, lieu de réception des familles, locaux de stockage matériels pour personnes handicapées (fauteuils roulants, aides à la marche...), lieux de convivialité (salons, salle à manger...).</p> <p>Les locaux doivent être conformes aux normes architecturales et qualitatives cahier des charges des conventions tripartites." (Circulaire DHOS/O2/F2/DGAS/DSS/C</p>	<p>Travaux bâtimentaires à des fins d'évolution de l'accueil soumises au respect de la réglementation de l'urbanisme et de l'accord des autorités compétences (département et ARS) entre autres dans le cadre des CPOM</p> <p>Obligation de d'aménagement d'un local ou d'une pièce équipé d'un système fixe de rafraîchissement de l'air (Article D312-161 du CASF)</p>	<p>Bâtiments relativement anciens, avec pour beaucoup des besoins de rénovation. Présence fréquente de logements doubles non occupés ou de logements inadaptés</p> <p>Implantation initiale en centre-ville, centre-bourg, dans le tissu social des quartiers</p> <p>Obligation de disposer d'une pièce ou d'un local rafraîchi (II. de l'article D312-161 du CASF)</p> <p>Conformité avec les dispositions locales d'urbanisme et notamment le PLU (R151-1 à R151-55 du Code de la construction et de l'habitat entre autres)</p>	<p>Résidences récentes, très équipées,</p> <p>Implantation dans les zones urbaines ou périurbaines</p> <p>Conformité avec les dispositions locales d'urbanisme et notamment le PLU (R151-1 à R151-55 du Code de la construction et de l'habitat entre autres)</p>	<p>Prérequis d'une salle consacrée à la vie partagée entre les résidents pour les habitats inclusifs en logements autonomes (2° du L281-1 du CASF) ; hors cadre de colocation (1° du L281-1 du CASF)</p> <p>L'habitat inclusif doit être localisé à proximité des services de transports, des commerces, des services publics et des services sanitaires, sociaux et médico-sociaux.</p> <p>De plus, les caractéristiques fonctionnelles de l'HI doivent prendre en compte les spécificités et les souhaits des habitants, afin de favoriser accessibilité, autonomie et participation sociale. L'habitat doit comporter les équipements, le cas échéant en matière de domotique, et les aménagements ergonomiques, adaptés aux besoins des personnes. (Arrêté du 24 juin 2019, relatif au cahier des charges national du projet de vie sociale et partagée)</p>	<p>Logement devant respecter les caractéristiques du logement décent (décret n°2002-120 du 30 janvier 2002 relatif au logement décent), dont chambre de 9m² minimum (R822-24 ; R822-24 ; R844-5 du décret n°2019-772 du 24 juillet 2019)</p>	<p>/</p>

RAPPORT IGAS N°2023-014R (ANNEXES)

	NSA no 2007-193 du 10 mai 2007) Médecin coordonnateur dont le volume horaire ETP est fonction du nombre de résidents de l'EHPAD (V. Art L312-156 CASF)						
--	---	--	--	--	--	--	--

RAPPORT IGAS N°2023-014R (ANNEXES)

	USLD/USPC	Ehpad	Résidence autonomie	Résidence service séniors	Habitat inclusif	Accueillants Familiaux	Domicile ordinaire
Personnels	<p>Présence infirmière et aide-soignante doit être assurée H24. Une permanence médicale sous forme de garde médicale ou astreinte est organisée. Effectifs soignants et médicaux déterminés par le calcul de la dotation soins basée sur le GMPS de l'USLD</p> <p>Une USLD prenant en charge des patients requérant des soins médicotéchniques importants doit tendre vers un taux d'encadrement compatible avec la lourdeur des patients pris en charge, soit un taux d'encadrement de l'ordre de 1,1 ETP par lit recouvrant 0,5 ETP de personnel médical pour environ 30 lits, 0,8 ETP de personnel soignant (IDE, AS, AH) par lit, du temps de kiné, ergothérapeute, orthophoniste, podologue, psychologue, diététicienne et assistante sociale. Équipe pluridisciplinaire formée à la prise en charge des patients gériatriques."</p>	<p>Médecin coordonnateur dont le volume horaire ETP est fonction du nombre de résidents de l'EHPAD (D312-156 CASF)</p> <p>Pour assurer leurs missions, outre son directeur et le personnel administratif, l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes dispose d'une équipe pluridisciplinaire comprenant au moins un médecin coordonnateur dans les conditions prévues aux articles D. 312-156 à D. 312-159-1, un professionnel infirmier titulaire du diplôme d'Etat, des aides-soignants, des aides médico-psychologiques, des accompagnants éducatifs et sociaux et des personnels</p>	<p>6 ETP en moyenne, 12 ETP pour les résidences autonomie bénéficiaires du forfait soins. Personnel : 40 % personnel d'entretien, 22 % personnel de restauration, 9 % personnel administratif, 10 % soignants, 6 % animateur, 4 % accompagnement social.</p> <p>Montant des moyens fixé dans le CPOM avec le département, au regard des objectifs poursuivis (D312-159-5 CASF)</p>	<p>Pas de norme</p> <p>Equipe de 15 personnes pour 55 logements (source : SNRA).</p> <p>Il peut y avoir jusqu'à une vingtaine de personnes : Direction, Accueil et animation, Service et restauration, Maintenance et assistance...</p>	<p>Au moins 1 animateur de la vie sociale et partagée</p>	<p>Accueillant familial, dont le temps de présence peut varier selon les dispositions prévues contractuellement</p>	

RAPPORT IGAS N°2023-014R (ANNEXES)

	<p>(Circulaire DHOS/O2/F2/DGAS/DSS/C NSA no 2007-193 du 10 mai 2007)</p>	<p>psycho-éducatifs. (II. de l'article D312-155-0) Personnel requis si PASA (Article D312-155-0-1 du CASF) ou UHR (Article D312-155-0-12 du CASF) , Pas de normes sur le taux d'encadrement : une moyenne de 0,7 professionnels par résidents, dont 0,4 au "chevet du résident" selon le ministère des Solidarités (réponse apportée en séance publique le 14 juin 2023 au sénateur Serger Mérillou)</p>					
--	--	---	--	--	--	--	--

RAPPORT IGAS N°2023-014R (ANNEXES)

	USLD/USPC	Ehpad	Résidence autonomie	Résidence service seniors	Habitat inclusif	Accueillants Familiaux	Domicile ordinaire
Participation des habitants (projet de vie partagée, missions de prévention)	/	<p>Projet d'accompagnement personnalisé (L311-3 CASF) adapté aux besoins (projet de soins + projet de vie) (D.312-155-0 CASF)</p> <p>Projet d'établissement (L.311-8 du CASF) qui intègre un plan relatif aux crises sanitaires ou climatiques</p> <p>Un représentant des familles de personnes accueillies participe, avec voix consultative, aux réunions du conseil de surveillance. (L. 6143-5 Code de santé publique)</p> <p>Conseil de Vie Sociale (L311-6 du CASF)</p>	<p>Projet d'accompagnement personnalisé adapté aux besoins (L311-3 CASF) et HAS (ANESM), le projet personnalisé : une dynamique du parcours d'accompagnement (volet résidence autonomie)</p> <p>Conseil de vie sociale (L311-6 du CASF)</p> <p>Projet d'établissement (L.311-8 du CASF) qui intègre un plan relatif aux crises sanitaires ou climatiques</p>	Conseil des résidents (lien entre résidents et gérant) (L.613-14 CCH)	Projet de vie sociale et partagée formalisé par une charte, le porteur de projet devant favoriser la participation des habitants à l'élaboration de ce projet, sa réalisation et son évaluation (Arrêté du 24 juin 2019, relatif au cahier des charges national du projet de vie sociale et partagée)	Projet d'accueil personnalisé dans le cadre du contrat passé entre l'accueillant familial et l'accueilli (L442-1 CASF)	Organisation libre du domicile

ANNEXE 10 : Personnes âgées et système de santé

ANNEXE 10 : PERSONNES AGEES ET SYSTEME DE SANTE	311
1 LA PRISE EN CHARGE SANITAIRE DES PERSONNES AGEES FAIT INTERVENIR DIVERS INTERVENANTS QUI FONT SYSTEME.....	313
1.1 LES PERSONNES AGEES SONT DES PATIENTS DONT LES BESOINS SPECIFIQUES PEUVENT COMPLEXIFIER LA PRISE EN CHARGE	313
1.2 LE MEDECIN GENERALISTE TIENT UNE PLACE CENTRALE DANS LE SOIN AUX PERSONNES AGEES	314
1.3 EN COORDINATION AVEC D'AUTRES ACTEURS DU SOINS, L'INFIRMIER JOUE EGALEMENT UN ROLE MAJEUR DANS LE MAINTIEN A DOMICILE DES PERSONNES AGEES.....	315
1.4 CES PROFESSIONNELS DE SOINS AMBULATOIRES SONT AMENES A SE COORDONNER DANS LE CADRE DES COMMUNAUTES PROFESSIONNELLES TERRITORIALES DE SANTE	316
1.5 L'HOPITAL EST UN LIEU OU LA PROPORTION DES PERSONNES AGEES EST STRUCTURELLEMENT IMPORTANTE	318
1.6 L'HOPITAL PARTICIPE AU MAINTIEN A DOMICILE DES PERSONNE AGEES VIA DES DISPOSITIFS PLUS OU MOINS DEDIES.....	319
1.6.1 <i>L'hospitalisation à domicile.....</i>	<i>319</i>
1.6.2 <i>Les équipes mobiles gériatriques.....</i>	<i>321</i>
1.6.3 <i>Les équipes mobiles de soins palliatifs.....</i>	<i>322</i>
2 LE SYSTEME DE SANTE EST DE PLUS EN PLUS IMPACTE PAR LA QUESTION DU VIEILLISSEMENT	323
2.1 LES TENSIONS SUR L'OFFRE DE SOINS AMBULATOIRE SONT EXACERBEES PAR LES PROBLEMES DE DEMOGRAPHIE	323
2.2 CES TENSIONS SE TRADUISENT PAR UNE PLUS GRANDE DIFFICULTE A ASSURER UN MAINTIEN A DOMICILE DANS DE BONNES CONDITIONS DE SECURITE ET DE QUALITE DES SOINS EN PLUS D'IMPACTER LE FONCTIONNEMENT DES EHPAD	326
2.3 LA PRESSION POPULATIONNELLE DES PERSONNES AGEES AU SEIN DES HOPITAUX VA S'ACCENTUER AVEC LE RISQUE D'AGGRAVER LES TENSIONS QUI EXISTENT DEJA	328
2.3.1 <i>Les urgences sont le réceptacle des insuffisances d'aval et d'amont.....</i>	<i>329</i>
2.3.2 <i>Les séjours hospitaliers et leur suites parfois problématiques.....</i>	<i>331</i>
2.3.3 <i>Un déploiement de l'hospitalisation à domicile très en deçà des besoins.....</i>	<i>333</i>
2.3.4 <i>Des équipes mobiles de gériatrie en nombre insuffisant.....</i>	<i>335</i>
2.3.5 <i>Une activité des équipes mobiles de soins palliatifs qui peine à se déployer.....</i>	<i>336</i>
3 LES ACTIONS A ENTREPRENDRE	337
3.1 LA PROBLEMATIQUE DES SOINS AUX PUBLICS AGES DOIT ETRE APPREHENDEE DANS UNE PERSPECTIVE SYSTEMIQUE	337
3.2 L'ACTION DES ACTEURS DE VILLE DOIT ETRE RENFORCEE ET MIEUX COORDONNEE.....	338
3.2.1 <i>Favoriser l'articulation des CPTS avec les acteurs médico-sociaux et leur prise en compte du vieillissement de la population</i>	<i>338</i>
3.2.2 <i>Optimiser le temps de soins en direction des personnes âgées.....</i>	<i>340</i>

3.2.3	<i>Favoriser l'acculturation des professionnels de santé aux spécificités du soin aux personnes âgées et à la prévention de la perte d'autonomie</i>	341
3.3	LIMITER LES HOSPITALISATIONS EVITABLES ET LES RISQUES LIEES A L'HOSPITALISATION	343
3.3.1	<i>Prévenir les passages aux urgences et les hospitalisations évitables</i>	343
3.3.2	<i>Adapter les hospitalisations aux particularités des personnes âgées</i>	347
3.3.3	<i>Sécuriser la sortie d'hôpital</i>	349
3.4	MIEUX ORGANISER L'AVAL CONSTITUE UN POINT D'AMELIORATION CRUCIAL	349
3.4.1	<i>Pourvoir aux solutions temporaires</i>	350
3.4.2	<i>Adapter les moyens et le fonctionnement de l'Ehpad</i>	350
3.4.3	<i>Soutenir les aidants</i>	352
2.3.1	<i>Situation en Ehpad</i>	370
2.3.2	<i>Situation à domicile</i>	372
2.3.3	<i>Situation en habitats intermédiaires</i>	374
2.4	BONNES PRATIQUES ET RECOMMANDATIONS POUR LE DEPLOIEMENT DES SOINS PALLIATIFS EN DIRECTION DES PERSONNES AGEES EN FIN DE VIE	375
3	POUR CONCLURE	379

1 La prise en charge sanitaire des personnes âgées fait intervenir divers intervenants qui font système

1.1 Les personnes âgées sont des patients dont les besoins spécifiques peuvent complexifier la prise en charge

La prévalence des maladies chroniques augmente avec l'âge, et l'existence d'au moins deux pathologies est souvent observée à partir de 75 ans^{321,322}. En plus d'exposer au risque de iatrogénie médicamenteuse, la prise en charge de cette polymorbidité est complexifiée par son intrication avec des problèmes parfois psychologiques et sociaux qui en rendent le diagnostic difficile et le traitement parfois erratique.

S'agissant du diagnostic, l'interrogatoire et l'examen clinique peuvent être entravés par d'éventuelles difficultés de compréhension (en cas de troubles cognitifs et/ou de l'audition) ou limitations fonctionnelles (difficulté à se lever et à se déshabiller), et l'expression des symptômes peut prendre une forme atypique, et parfois moins bruyante que chez des patients plus jeunes. Quant au traitement, il suppose une vigilance particulière pour éviter la surprescription médicamenteuse et limiter les effets indésirables et les interactions iatrogéniques, risques dont la probabilité croît avec le nombre de pathologies à traiter et la multiplicité des prescripteurs.

Pour les acteurs du soin, la prise en charge des personnes âgées est une forme de défi dans la mesure où elle déroge souvent au paradigme du soin aigu, de la maladie unique et de l'approche exclusivement sanitaire sur lequel s'est en grande partie construit notre système de santé. En plus de prendre en compte l'environnement social de la personne (isolement, présence d'un aidant) et son niveau de compréhension et de l'observance, elle suppose du temps et de la coordination pluridisciplinaire. A cet égard, les gériatres insistent sur la nécessité de développer des métiers du grand âge avec prise en compte de la « complexité médico-psycho-socio-environnementale ».

Une attention particulière doit être portée aux périodes à risque de rupture du parcours (sortie d'hospitalisation), ceci afin de prévenir le risque de réadmission non programmée ou d'institutionnalisation. Une réévaluation périodique de la situation de la personne âgée est nécessaire afin d'ajuster les traitements aux besoins (réviser le bénéfice/risque des médicaments, supprimer les prescriptions inappropriées), et de prévenir la perte de d'autonomie (cf. §2.3.2).

³²¹ D'après la HAS, 57 % des personnes âgées de 75 ans et plus ont au moins une affection de longue durée (ALD), 40 % ont au moins deux ALD, 3,6 % au moins trois, et 0,8 % au moins quatre. *Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires*, HAS, 2015.

³²² Parmi les personnes âgées de 70 ans et plus, indemne de maladies graves et sans dépendance avérée, un certain nombre (15 %) est considéré comme fragile, c'est à dire comme particulièrement à risque de mortalité, d'incapacités, de chutes, d'hospitalisation ou d'entrée en institution du fait d'une moindre capacité d'adaptation au stress renforcée par l'existence de comorbidités et de facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux. *Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires*, HAS, juin 2013.

1.2 Le médecin généraliste tient une place centrale dans le soin aux personnes âgées

Au regard de ces spécificités, le médecin généraliste est l'acteur clef pour coordonner le parcours, organiser les interventions des différents acteurs et gérer les médications multiples³²³. Il est à la croisée du sanitaire et du médico-social, à la fois porte d'entrée dans le système de soin, interlocuteur des familles et des équipes hospitalières, et interface avec les acteurs du domicile et de l'Ehpad qu'il doit savoir mobiliser à bon escient tout en sachant entendre leur parole.

Outre d'intégrer les préférences du patient dans la définition des objectifs de soins, il doit avoir le souci du maintien de l'indépendance fonctionnelle et de l'autonomie autant que la prévention d'événements liés à une pathologie. En cas d'aggravation du tableau clinique, il peut, selon les cas, décider d'orienter la personne vers l'hôpital, préparer son admission en accueil de jour en Ehpad ou encore prescrire l'intervention de certains services comme l'hospitalisation à domicile (HAD), les équipes spécialisées Alzheimer (ESA) ou les équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP)³²⁴.

Dans la pratique³²⁵, 95 % des médecins généralistes déclarent suivre au moins une personne âgée dépendante vivant à domicile et près de 40 % une moyenne de vingt et une, de manière deux fois plus marquée en zone rurale qu'en zone urbaine, le plus souvent sous forme de visite à domicile et d'une durée moyenne plus élevée que celles observée sur l'ensemble de leur patientèle³²⁶. Rapportée au nombre moyen de personnes suivies, et alors que les personnes âgées de 65 ans et plus représentent une part importante de la patientèle des médecins généralistes, cette proportion paraît en deçà des besoins (moins de la moitié des médecins suivraient autant de patients dépendants qu'il y en a en population générale, alors même qu'il s'agit de la partie de la population la plus requérante en soins³²⁷). Sous réserve de biais³²⁸, une des explications pourrait tenir à la baisse du nombre des visites à domicile avec les tensions sur l'offre ambulatoire (cf. §2.1) amoindrissant la capacité d'intervention des médecins généralistes auprès des personnes âgées dépendantes (celles-ci ne se déplaçant pas ou pas chez le médecin).

Près de deux fois sur trois, le médecin généraliste est à l'origine de la mise en place d'une aide professionnelle à domicile³²⁹. La majorité considère que son rôle consiste notamment à

³²³ *Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires*, HAS, 2015.

³²⁴ Dans le même esprit, il peut aussi remplir le volet médical de la demande d'APA (allocation personnalisée d'autonomie), de PCH (prestation de compensation du handicap) ou d'admission en Ehpad, prescrire les aides et dispositifs techniques (déambulateur, la barre d'appui...) pour le maintien à domicile de la personne âgée et remplir, si la situation l'exige, le certificat médical et la demande de sauvegarde de justice.

³²⁵ *La prise en charge en médecine générale des personnes âgées dépendantes vivant à domicile*, JF. Buyck, B. Casteran-Sacreste, M. Cavillon, F. Lelievre, F. Tuffreau, F. Mikol, Études et résultats n° 869 – Drees, février 2014.

³²⁶ Près de 30 minutes supplémentaires incluant temps de déplacement par rapport aux autres patients, sachant cependant que la visite à domicile pour une personne âgée est prise en charge au tarif de la visite longue. (Cf. §2.2).

³²⁷ Si l'on prend comme patientèle moyenne d'un médecin généraliste le nombre de 1 000 personnes, le suivi d'une personne âgée dépendante représente 0,1 % de la patientèle, et le suivi de 21, 2 % de la patientèle, soit le reflet du poids des personnes âgées dépendantes en population (nb de bénéficiaires de l'APA).

³²⁸ D'après la Drees, « les résultats de cette étude illustrent les opinions et les prises en charge de cas plutôt sévères par les médecins généralistes et doivent donc être interprétés avec précaution, n'étant pas représentatifs de la population »

³²⁹ *La prise en charge en médecine générale des personnes âgées dépendantes vivant à domicile*, Drees, février 2014.

s'impliquer dans la concertation entre les professionnels de l'aide et du soin, et à repérer les problèmes d'accessibilité au sein du logement, et six sur dix que leur rôle consiste à faciliter l'accès des familles aux aides publiques.

En outre, 40 % des médecins généralistes participent à des réunions de coordination (16 %) ou pensent que ce serait utile (28 %), et la très grande majorité estime qu'une meilleure coordination entre eux et les intervenants à domicile serait bénéfique³³⁰.

D'après les travaux du HCAAM³³¹, les personnes âgées de 75 ans ou plus ont eu recours au généraliste en moyenne huit fois dans l'année 2010. Le nombre moyen de consultations au cabinet du praticien était de cinq et celui des visites au domicile est de trois. La fréquence du recours au généraliste était cependant variable, la moitié des personnes âgées de 75 ans ou plus ayant consulté un médecin moins d'une fois tous les deux mois en moyenne, alors que les 10 % à y avoir eu le plus recours avaient consulté un médecin près de deux fois par mois. Par ailleurs, les 10 % de personnes ayant le plus recours à des visites de médecin généraliste à domicile en ont reçu en moyenne dix-sept dans l'année).

Outre de contribuer au maintien à domicile, le médecin généraliste joue aussi un rôle important en Ehpad, en tant que médecin traitant prescripteur ou de coordinateur à temps partiel en charge de l'élaboration et du suivi du projet de soins de l'établissement, de l'évaluation médicale des résidents et de l'animation de l'équipe soignante au sein de l'Ehpad.

Parce qu'il assure l'évaluation diagnostique et le suivi, la prescription des soins, l'interface avec les acteurs hospitaliers et les structures médicosociales, le médecin généraliste joue donc un rôle déterminant dans le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes (en plus de tenir une place importante en Ehpad). Mais il doit pouvoir s'appuyer sur les interventions d'autres acteurs du soin à domicile (infirmiers, aides-soignants, kinésithérapeutes) et se coordonner au besoin avec l'hôpital (urgences, services de gériatrie, HAD, EMSP, équipes mobiles de gériatrie).

1.3 En coordination avec d'autres acteurs du soins, l'infirmier joue également un rôle majeur dans le maintien à domicile des personnes âgées

L'infirmier peut intervenir sur prescription médicale à titre libéral, à titre salarié d'un centre de santé polyvalent ou d'un centre de soins infirmiers. Même s'il est souvent seul auprès du patient, il travaille en lien avec les autres professionnels de santé et avec les intervenants du secteur social et médico-social prioritairement en vue du soutien à domicile des personnes âgées.

A ce titre, il réalise des actes techniques (nursing, prévention des escarres, soins de plaies, distribution et suivi de la prise des médicaments, suivi de chimiothérapie, injections, prélèvements, dialyse, éducation thérapeutique), faisant également de la prévention de la perte d'autonomie et du soutien relationnel (aide à certains actes quotidiens, aide aux démarches, soutien psychologique, accompagnement des aidants,...) quand il en a le temps (sachant de surcroît qu'il n'y a pas d'acte coté pour ces fonctions). De ce qu'a observé la mission, son activité

³³⁰ Ibidem

³³¹ *Personnes âgées, état de santé et dépendance : quelques éléments statistiques*, document n°9 annexé au rapport « innovation et système de santé », HCAAM, 2015.

semble plutôt centrée sur les actes infirmiers de soins (AIS) les mieux cotés (pilulier) de préférence aux soins prenant plus de temps (toilettes techniques, soins d'escarres)³³².

Il peut également faire partie d'un SSIAD^{333, 334}, et assurer une coordination avec les autres intervenants médicaux et paramédicaux (services d'aide à domicile, kinésithérapeutes, médecin traitant, médecin de l'HAD) dans le but d'éviter une hospitalisation, de faciliter le retour à domicile après une hospitalisation, de retarder une entrée dans un établissement d'hébergement (Ehpad, résidence autonomie – RA-...) ou de prévenir la perte d'autonomie,

Sous le contrôle et la responsabilité de l'infirmier, l'aide-soignant s'occupe de l'hygiène et veille au confort physique et moral des patients. S'il a la capacité de mesurer les paramètres vitaux (prise de température, courbe de poids, pression artérielle...) ou d'assurer l'observation des pansements, il ne peut donner de médicaments ni effectuer de soins médicaux³³⁵.

D'autres acteurs de soins libéraux interviennent pour maintenir et restaurer l'autonomie fonctionnelle des personnes âgées, au premier rang desquels les kinésithérapeutes, dont l'action porte notamment sur les facteurs de perte d'autonomie et d'institutionnalisation (prévention de la chute, baisse de la vue et de l'audition, troubles moteurs liés au vieillissement et souvent accentués par la prise de psychotropes) altérant de manière combinée l'équilibre, la posture et la marche. Le kinésithérapeute agit également en rééducation post chute (travail sur l'équilibre, renforcement musculaire, restauration de la confiance en soi après une chute)³³⁶.

1.4 Ces professionnels de soins ambulatoires sont amenés à se coordonner dans le cadre des communautés professionnelles territoriales de santé

Créées en 2016 par la loi de modernisation de notre système de santé, les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) constituent un dispositif à la main des professionnels de santé d'un bassin de population pour se coordonner autour d'un projet de santé avec la possibilité d'inclure des acteurs médico-sociaux et sociaux.

³³² Les infirmiers font des toilettes quand ils sont nombreux sur un territoire, sinon ils privilégient les actes infirmier de soins

³³³ D'après l'enquête SSIAD conduite en 2008 citée dans *Accompagnement professionnel de la dépendance des personnes âgées les propriétés*, les dossiers de la DREES n° 51, mars 2020, les SSIAD sont composés, hors personnels administratifs essentiellement d'aides-soignants (76,4 % des ETP soignants), même si certains emploient d'autres professionnels de santé (aide médico-psychologique - 0,9 % des ETP soignants-, psychologues, ergothérapeutes - 0,1 % des ETP soignants). Certains disposent également d'une équipe spécialisée Alzheimer (ESA) (cf. annexe XX).

³³⁴ S'agissant de la répartition des infirmiers entre IDEL et SSIAD, on observe très schématiquement que les uns sont plus présents dans les territoires où les autres sont faiblement implantés.

³³⁵ La distribution des médicaments est un des rôles propres des infirmiers, qui peuvent déléguer tout ou partie ces activités aux aides-soignantes. L'arrêté les concernant précise que les aides-soignants participent, dans la mesure de leurs compétences et dans le cadre de leur formation, aux soins infirmiers préventifs, curatifs ou palliatifs et que leur rôle et leur responsabilité dans l'aide à la prise des médicaments sont traités en lien avec leur niveau de responsabilité (https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000024712812/)

³³⁶ Fiche pratique « Trouble de l'équilibre chez la personne âgée », ordre des masseurs-kinésithérapeutes, avril 2019.

Pour leur création et leur fonctionnement, les CPTS peuvent s'appuyer sur divers financements (ARS, CPAM, collectivités). L'objectif est pour les professionnels qui y participent de gagner du temps médical et d'améliorer leurs conditions d'exercice tout en renforçant la structuration et la fluidité des parcours de santé des patients et résidents.

Dans la pratique, les CPTS présentent des niveaux de maturité très différents selon les endroits, parfois absentes ou en cours de structuration. Quand la dynamique est enclenchée, leur action porte surtout sur les aspects sanitaires, avec l'avantage signalé par plusieurs hôpitaux rencontrés par la mission d'avoir une porte d'entrée unique dans l'écosystème ambulatoire.

Certains acteurs ont poussé assez loin les possibilités offertes par le dispositif, notamment en mettant en place une CPTS- plateforme télémédecine adossée à un Ehpad donnant accès à des spécialités médicales (dermatologie, néphrologie, oncologie, psychiatrie et cardiologie...) permettant de limiter les aller-retours des personnes âgées avec l'hôpital.

Lors de ses déplacements, la mission a pu identifier deux fonctions avec lesquelles il est important que les CPTS se coordonnent pour mieux accompagner les personnes âgées : le pharmacien qui permet de faciliter le travail des IDE via la connaissance qu'il a de la personne, de répondre aux questions concernant les médicaments et la iatrogénie, les aides techniques ; et l'aide à domicile, « pilier du soin à domicile »³³⁷ en faisant remonter toutes informations utiles.

Exemple d'organisation et de fonctionnement d'une CPTS en termes de prise en charge des personnes âgées

Dans l'activité de première ligne, les professionnels de la CPTS utilisent une messagerie sécurisée pour échanger entre eux et avec les autres intervenants, notamment dans le domaine des soins des personnes âgées. Au besoin, le dispositif d'appui à la coordination³³⁸ peut avoir un accès à cette messagerie.

Un deuxième niveau d'intervention de la CPTS, plus en surplomb du terrain, se fait au niveau de la maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) locale via une réunion de concertation mensuelle autour de cas patients (psychologues, infirmier, médecin, pharmaciens, dentistes).

Un troisième niveau d'intervention de la CPTS permet d'associer le DAC pour mettre autour de la table plus de professionnels (psychiatre, aide à domicile, aide-soignante...) autour d'un cas complexe. S'agissant de l'orientation vers l'Ehpad, les orientations sont posées sur l'existence de troubles sensoriels (vue), de chutes répétées, d'isolement global, de troubles psychiques/psychiatriques ou de demandes d'aide. Très apprécié des professionnels de santé de la CPTS, le DAC permet une intervention rapide pour dénouer des cas très complexes.

Enfin, eu égard au faible niveau de perméabilité avec le champ médico-social alors même que c'est un besoin essentiel dans le cadre du maintien à domicile des personnes âgées dépendantes, plusieurs acteurs institutionnels et de terrain rencontrés par la mission plaident d'ailleurs en

³³⁷ Citation d'entretien d'une CPTS auditionnée par la mission (CPTS Aix-les-Bains)

³³⁸ Les dispositifs d'appui à la coordination (DAC) viennent en appui aux professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux faisant face à des personnes cumulant diverses difficultés et aux besoins de santé complexes. Au sein d'un même territoire, le DAC regroupe plusieurs dispositifs en un interlocuteur unique.

faveur d'une déclinaison médico-sociale plus forte des CPTS s'appuyant sur des incitatifs financiers et des conventions avec parcours.

1.5 L'hôpital est un lieu où la proportion des personnes âgées est structurellement importante

Depuis une trentaine d'années, on assiste à un vieillissement progressif mais important de la population³³⁹ avec une augmentation des profils fragiles et des tableaux de polyopathologies. Les personnes âgées recourent plus souvent à l'hôpital et y restent souvent plus longtemps que les autres dans un contexte de diminution du nombre de séjours d'hospitalisation complète³⁴⁰ et de moindre hospitalisation en fréquence et en durée³⁴¹ d'une partie plus jeune de la population³⁴².

Dans le cadre de la concertation grand âge et autonomie organisée par le ministère de la santé et des solidarités en 2017-2018, un groupe de travail réunissant représentants de l'État et des collectivités, experts, représentants des associations et des fédérations d'usagers et de professionnels a dressé un état des lieux des liens entre hôpital et grand âge³⁴³.

Il en ressort notamment que les personnes âgées de 75 ans et plus représentent 18,3 % des patients mais 22 % de l'activité (29 % en court séjour), le taux d'hospitalisation croissant avec l'âge³⁴⁴. Dans cette tranche d'âge, les hospitalisations sont plus fréquentes (1,8 hospitalisations par an vs 1,5 en moyenne) et les durées moyennes de séjour augmentent avec le nombre des années.

Quand ils ne sont pas directement admis dans les services, le temps de passage aux urgences est près de deux fois plus important pour les patients âgés de 75 ans ou plus que la médiane, du fait notamment d'un nombre d'examen complémentaires également plus important et, dans près de la moitié des cas, du délai également plus important pour obtenir un lit en cas d'hospitalisation.

Plus à risque de complications durant son hospitalisation, une partie des personnes âgées recourant à l'hôpital associent polyopathologies (dans des proportions allant de 40 % à 70 %) et perte d'autonomie, dans un contexte fréquent de polymédication (une personne sur deux prenant sept médicaments différents régulièrement).

³³⁹ Le nombre d'habitants âgés de 75 ans et plus ayant presque doublé au cours de ces 30 dernières années, *Atlas des soins palliatifs et de la fin de vie, troisième édition, 2023*.

³⁴⁰ Depuis une vingtaine d'années, le nombre de séjours d'hospitalisation complète diminue. Après une relative stabilisation au début des années 2010, due notamment au vieillissement de la population, ce mouvement de recul a repris depuis 2013, le nombre de séjours ayant diminué en moyenne de 0,5 % par an pour le court et moyen séjour (MCO et SSR) et de 0,3 % par an en moyenne en psychiatrie de 2013 à 2019, *Les établissements de santé, DREES, 2022*.

³⁴¹ Plus d'une prise en charge sur deux en chirurgie relève aujourd'hui de l'ambulatoire, le taux de chirurgie ambulatoire étant passé de 43,3 % en 2010 à 54,1 % en 2016 et la part des séjours sans nuitée de 39,8 % en 2012 à 50,4 % en 2017 (*Cour des comptes, Sécurité sociale 2018 – octobre 2018*).

³⁴² La chirurgie ambulatoire est moins fréquente pour les patients plus âgés ou poly-pathologiques, État des lieux des pratiques de chirurgie ambulatoire en 2016, *Les dossiers de la DREES n° 41, août 2019*.

³⁴³ Rapport de l'atelier 10 « Hôpital et personne âgée ».

³⁴⁴ Et les séjours associés aux personnes âgées de 70-74 ans présentent la plus forte croissance d'activité (+10,7 % du nombre de séjours entre 2015 et 2016, +8,2 % entre 2016 et 2017).

Ce groupe inclut des personnes affectées de troubles neurocognitifs ainsi que des personnes dont la fragilité physiologique expose à un plus fort risque de mortalité, d'incapacités, de chutes, d'hospitalisation et d'entrée en institution.

Si une part des personnes âgées sont hospitalisées comme les autres patients moins âgés dans des services spécialisés en lien avec leur pathologie, une filière gériatrique hospitalière mise en place en 2005 est dédiée à ces personnes âgées (PA) particulièrement vulnérables (notamment les PA avec troubles neurocognitifs qui représentent 43 % de la file active en 2017) accueillies en court séjour gériatrique pour une DMS de 12 jours.

1.6 L'hôpital participe au maintien à domicile des personnes âgées via des dispositifs plus ou moins dédiés

1.6.1 L'hospitalisation à domicile

L'hospitalisation à domicile (HAD) est destinée aux malades de tous âges qui, en l'absence de prise en charge en structure d'hospitalisation à domicile, relèveraient d'une hospitalisation complète. Reposant sur un système organisé et coordonné de soins complexes et continus entre l'hôpital et le médecin traitant, elle permet d'assurer, dans le lieu de vie du patient, des soins médicaux et paramédicaux, afin d'éviter ou de raccourcir une hospitalisation.

Fonctionnement de la HAD

L'admission en HAD ainsi que la sortie sont faites sur prescription du médecin traitant ou du médecin hospitalier (public ou privé) et après avis du médecin coordonnateur de la HAD. L'HAD ne peut se réaliser qu'avec l'accord du médecin traitant, pivot de la prise en charge qu'il soit ou non prescripteur de l'HAD.

Pour être éligible, le patient doit être dans l'une des situations suivantes :

Le patient présente des pathologies graves, aiguës ou chroniques, évolutives et/ou instables ;

Son état nécessite une prise de médicaments issus de la réserve hospitalière (chimiothérapie injectable, antalgiques...);

Son état nécessite des soins pratiqués en milieu hospitalier (pansements, traitement intraveineux...);

Le patient est soumis à des interventions fréquentes ou de longue durée (soins de nursing, rééducation orthopédique, assistance respiratoire...);

Les critères d'éligibilité à l'HAD diffèrent selon le type de prise en charge : soins palliatifs, pansements complexes, douleur, nutrition entérale ou parentérale, chimiothérapie anticancéreuse, immunothérapie, transfusion sanguine, surveillance post-chimiothérapie, rééducation orthopédique ou neurologique...

La HAD est mise en place en suivant plusieurs étapes :

Le médecin traitant ou le médecin hospitalier fait une demande d'admission auprès de l'HAD ;

Un personnel infirmier de liaison réalise au chevet du patient (établissement de santé ou lieu de vie) une première évaluation de l'état de santé du patient (pathologies, projet de soins, traitements, dispositifs...), de la faisabilité du projet (présence d'un aidant, accessibilité du lieu de vie...) et de l'éligibilité aux critères de la HAD (EHPAD, MAS, foyers, RA, domicile...);

Un point est fait avec l'entourage et le patient qui donnent leur accord ;

Le médecin coordonnateur HAD valide l'admission et le médecin traitant donne son accord pour l'HAD ;

Les médecins hospitaliers, le médecin coordonnateur et le médecin traitant mettent en place un projet thérapeutique et le médecin traitant donne son accord pour l'HAD ;

Les professionnels de santé HAD et ville se concertent pour élaborer un projet de soins personnalisé ;

La HAD commande et fait livrer le matériel et l'équipement médical chez le patient ;

Une réunion d'admission est réalisée au domicile du patient. L'infirmière de la HAD, les professionnels de santé et le patient échangent sur l'organisation, l'installation, le projet de soins, etc. ;

Le médecin traitant assure le suivi médical du patient, en lien avec le médecin coordonnateur de la HAD ;

Durant toute la période de prise en charge du patient, des réunions de coordination peuvent être organisées avec les professionnels intervenant chez le patient ;

La HAD assure une astreinte infirmière opérationnelle et une permanence téléphonique 24h/24 et 7j/7 ;

La HAD fournit les dispositifs médicaux et assure la gestion des déchets ;

Le médecin coordonnateur HAD et le médecin traitant définissent ensemble les modalités de sortie ;

Les établissements de HAD appartiennent, en majorité, aux secteurs public (119 établissements du secteur public, soit 23 % des capacités de prise en charge en HAD) et privé à but non lucratif (112 établissements soit 49 % des capacités de prise en charge en HAD)³⁴⁵. Avec 61 établissements, le secteur privé à but lucratif progresse régulièrement, représentant 19 % des capacités de prise en charge en HAD contre 6 % en 2006.

Les capacités de prise en charge et l'activité ont ainsi plus que triplé entre 2001 et 2020³⁴⁶. En 2020, 292 établissements HAD ont pris en charge 154 000 patients (258 000 séjours pour 6,6 millions de journées, soit 7,6 % des journées d'hospitalisation complète de court et moyen séjour)³⁴⁷. 44 % des séjours provenaient du domicile (dont la majorité sont restés vivant à domicile

³⁴⁵ *Les établissements d'hospitalisation à domicile, fiche 14, Les établissements de santé, édition 2022, DREES.*

³⁴⁶ Dans l'ensemble, tous motifs confondus, la durée moyenne de séjour est de 26 jours pour les séjours terminés en 2020 et de 18 jours pour les séjours mono-séquences uniquement.

³⁴⁷ *Les patients hospitalisés à domicile, fiche 15, Les établissements de santé, édition 2022, DREES.*

sans passer par l'hôpital) et 56 % d'un établissement de santé (dont près de la moitié sont restés vivants à domicile sans passer par l'hôpital).

Même si la HAD n'a pas pour mission de répondre spécifiquement aux besoins des personnes âgées, leur part y est de plus en plus importante. En 2020, les patients de 65 ans ou plus totalisent ainsi 59 % des séjours contre 50 % pour les plus de 65 ans cinq ans plus tôt. L'augmentation est encore plus nette pour les personnes de plus de 80 ans, leur part étant passée de 22 % en 2015 à 29 % cinq ans plus tard³⁴⁸.

Les soins palliatifs (de 17 à 28 % de l'activité selon le statut de l'HAD), dont la HAD a permis de doubler la prise en charge et qui concernent majoritairement les personnes âgées³⁴⁹, les soins techniques de cancérologie (de 7 à 27 %), les pansements complexes (de 12 à 21 %) et les traitements intraveineux (de 11 à 16 %) sont quatre des cinq principaux motifs d'admission en hospitalisation à domicile, totalisant deux tiers des séjours.

Les séjours pour soins de nursing lourds (2 à 4 % de l'activité) sont les plus longs (58 jours, contre 18 en moyenne, tous motifs confondus) et concernent les patients les plus dépendants (93 % moyennement/fortement dépendants) avec l'assistance respiratoire ou nutritionnelle et les soins palliatifs (respectivement 64 % et 77 % moyennement à fortement dépendants).

1.6.2 Les équipes mobiles gériatriques

Rattachées à un centre hospitalier ou un établissement de santé et formées de médecins gériatres et de personnels infirmiers en gérontologie³⁵⁰, les équipes mobiles gériatriques (EMG) proposent leur expertise à différents services et structures de soins non gériatriques (chirurgie, urgences, voire médecine générale) ou non spécialisés sur le plan médical (Ehpad, domicile via la HAD), en vue d'optimiser la prise en charge et l'orientation des patients âgés qu'ils accueillent.

Intervenant à la demande d'un médecin en cas de perte d'autonomie, de polyopathologies, de troubles de la mobilité, de troubles du comportement, de confusion ou encore d'isolement social d'une personne âgée hébergée en structure ou vivant à domicile, les EMG travaillent en collaboration avec les autres acteurs du soin (équipes hospitalières, réseaux de santé « personnes âgées ») et du médicosocial (CLIC³⁵¹, DAC³⁵²...) pour disposer des informations utiles à leur

³⁴⁸ Sur la période 2015-2020, la part des personnes de plus de 75 ans dans la population française est passée de 9,1 % à 9,4 %. Entre 2013 et 2019, la part des plus de 80 ans dans la population française est passée de 5,7 % à 6,1 % (traitement mission à partir des données du recensement de l'Insee). La hausse de la part des personnes de plus de 80 ans parmi la patientèle de la HAD est donc nettement plus rapide que leur hausse au sein de la population française.

³⁴⁹ En raison du statut d'établissement de santé de ses structures, la HAD est un acteur essentiel de l'organisation, au domicile, des soins palliatifs pour des patients en fin de vie. L'HAD peut également être amenée, en application de l'article R.6121-4 du code de la santé publique (CSP), à intervenir dans les établissements accueillant des personnes âgées.

³⁵⁰ Ainsi qu'aide-soignante, assistante sociale, secrétaire médicale, et parfois, psychologue et ergothérapeute.

³⁵¹ Centre Local d'Information et de Coordination gérontologique.

³⁵² Les dispositifs d'appui à la coordination des parcours complexes DAC intègrent l'ensemble des dispositifs de coordination existant (réseaux de santé, méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie -MAIA-, plateforme territoriale d'appui -PTA-, coordination territoriale d'appui -CTA- créée dans le cadre de l'expérimentation parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie- PAERPA-).

évaluation gériatrique médico-psycho-sociale et dispenser un avis gériatrique à visée diagnostique et/ou thérapeutique et permettre ainsi une prise en charge adaptée à la complexité de la situation. Elles contribuent plus globalement à la « diffusion de la culture gériatrique et un partage des connaissances avec les équipes des EHPAD et les professionnels des services médico-sociaux, sociaux en valorisant leurs compétences ».

En pratique, les EMG sont notamment mobilisées pour évaluer et orienter à son entrée aux urgences un patient à risque de perte d'autonomie et d'hospitalisation prolongée ou pour organiser la sortie des personnes âgées hospitalisées vers des dispositifs de prise en charge (SSR, Ehpad...) ou leur domicile en s'articulant avec les dispositifs de soutien à domicile (CLIC, coordination gériatrique, services sociaux, SSIAD, réseau de santé « personnes âgées »).

En 2021, 360 établissements de santé disposaient d'EMG. Majoritairement tournées vers l'appui aux services hospitaliers, 203 d'entre elles déclaraient une activité extrahospitalière, représentant 30 % de leur activité (SAE, 2021).

Installées au sein d'un établissement disposant d'une autorisation en psychiatrie, les équipes mobiles de psychiatrie de la personne âgée (EMPPA)³⁵³ ou les équipes mobiles de gériopsychiatrie (EMGP) ont pour mission plus spécifique l'évaluation et la prise en charge d'une personne âgée présentant des troubles psycho-comportementaux.

En cohérence avec les secteurs desservis par l'établissement de santé de rattachement, le périmètre du DAC ainsi qu'avec les données démographiques du territoire, ces équipes pluriprofessionnelles (gériatre et/ou psychiatre, psychologue, infirmiers,...) peuvent se rendre à la demande des professionnels intervenant au quotidien auprès des personnes au sein des Ehpad (et aussi pour les EMGP, au sein des services hospitaliers et au domicile), auprès des personnes afin de permettre une prise en charge et une orientation adaptées, en délivrant un avis spécialisé.

1.6.3 Les équipes mobiles de soins palliatifs

Le recours aux soins palliatifs qui concernent pour partie les personnes âgées en fin de vie s'organise en plusieurs niveaux de prise en charge (cf. annexe 11 relative à l'accompagnement palliatif). Rattachées aux établissements hospitaliers, les EMSP³⁵⁴ ont été créées peu après les unités de soins palliatifs (USP) mais sont devenues rapidement plus nombreuses (passant de 85 à 408 de 1999 à 2019, alors que les USP sont au nombre de 161 en 2019).

Composées de plusieurs professionnels (médecin, infirmier, psychologue, kinésithérapeute et assistant de service social), les EMSP se déplacent auprès des patients à la demande des soignants qu'elles conseillent et soutiennent au cours de la prise de l'évaluation et de la décision médicale, au sein et hors du cadre hospitalier au moyen de conventions avec des partenaires (dont Ehpad, FAM, MAS, domicile privé...). A la croisée des missions de soins et de formation, elles ont

³⁵³ Instruction N° DGOS/R4/2022/244 du 17 novembre 2022 relative aux équipes mobiles de psychiatrie de la personne âgée (EMPPA) intervenant en établissements d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes (Ehpad).

³⁵⁴ On note dans certains endroits l'existence d'unités mobiles de gériatrie et de soins palliatifs auxquelles l'Ehpad peut faire appel dans certains cas (troubles du comportement) pour éviter le transfert des patients dans un autre établissement.

également pour missions d'accueillir les professionnels intervenant auprès des patients en fin de vie à la « démarche palliative ».

Leur activité demeure très concentrée sur l'intra-hospitalier (67 % d'entre elles), seules 8 % ayant une activité majoritairement tournée vers le domicile³⁵⁵. En 2019, 77 % des Ehpad avaient signé une convention avec les EMSP, dont les interventions en Ehpad concerneraient environ 6 400 résidents en 2022³⁵⁶.

2 Le système de santé est de plus en plus impacté par la question du vieillissement

2.1 Les tensions sur l'offre de soins ambulatoire sont exacerbées par les problèmes de démographie

D'après la Drees³⁵⁷, l'exercice libéral des médecins généralistes a tendance à reculer, marqué par une diminution de 15 % de leur nombre entre 2012 et 2021 (de 109 000 à 93 000). Sur cette période, leur densité diminue sous l'effet combiné de cette baisse des effectifs et de l'augmentation de la population, passant de 153 à 140 pour 100 000 habitants. Cette diminution est d'autant plus forte que la population française vieillit (consommation de soins croissante avec l'âge une fois passée les premières années de la vie). Le phénomène affecte l'ensemble des régions françaises mise à part la Bretagne.

En rapportant le nombre de médecins à la population pondérée par sa consommation de soins, la Drees fait observer qu'entre 2012 et 2021, les besoins de soins de la population ont crû plus vite que le nombre de médecins, situation qui s'explique par l'arrivée des générations du baby-boom à un âge de forte croissance de la consommation de soins de médecine générale, dans un contexte de fort départ à la retraite des médecins issus des mêmes générations sans être totalement remplacés.

Les régions du sud de la France restent relativement les mieux pourvues, notamment les régions Aquitaine et Provence-Alpes-Côte d'Azur. À l'opposé, la région Centre demeure en 2021 la région avec la densité standardisée de médecins généralistes la plus faible de France, tout comme la plupart des régions limitrophes à l'Île-de-France, caractérisées par des densités standardisées faibles, voient celles-ci évoluer assez fortement à la baisse entre 2012 et 2021.

³⁵⁵ La Cour des comptes (*Les soins palliatifs*, juillet 2023) estime en 2021 que 23 000 patients à domicile ont bénéficié d'une intervention d'une EMSP alors que le plan soins palliatif 2008-2012 en visait 50 000.

³⁵⁶ La Cour des comptes (*Les soins palliatifs*, juillet 2023). La DGOS, à partir des données SAE « PALLIA 2019 » chiffre à 34 250 (3,9 % de l'activité totale des EMSP) le nombre d'interventions en ESMS, les Ehpad ne représentant pas l'ensemble des ESMS et un patient pouvant faire l'objet de plusieurs interventions.

³⁵⁷ *Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? Constat et projections démographiques*, M. Anguis, M. Bergeat, J. Pisarik, N. Vergier, H. Chaput n° 76, mars 2021 Les dossiers de la Drees.

Compte tenu de l'augmentation et du vieillissement de population, et sous hypothèses de comportements³⁵⁸ et de législation constants, cette baisse devrait se poursuivre jusqu'en 2030, période à partir de laquelle les effets de la réforme³⁵⁹ pourraient permettre aux densités standardisées de repartir progressivement à la hausse (+23 % en 2050 par rapport à 2021).

S'agissant des personnels infirmiers en activité en 2022, leur nombre se situerait aux alentours de 635 000 dont 121 152, soit 19 % de la population infirmière, aurait un mode d'exercice libéral (mixte ou exclusif). A l'instar des médecins, les personnels infirmiers sont beaucoup plus présents dans le sud de la France que dans le nord.

La Drees ayant estimé leurs effectifs à 520 000 en 2010, ce nombre de 635 000 en 2022 représente une hausse de 22 %, conformément à ses projections démographiques qui prévoient une poursuite de cette hausse jusqu'en 2030 (660 000)³⁶⁰. Mais cette hausse des effectifs infirmiers qui correspond à une augmentation de leur densité de plus de 11 pour 100 000 habitants en 10 ans (809 à plus de 900 pour 100 000 habitants entre 2020 et 2030) est relativisée par la Drees qui pointe « deux phénomènes d'envergure risquant d'accroître le besoin en infirmiers : le vieillissement de la population et la baisse prévisible du nombre de médecins de 10 % dans les dix prochaines années »³⁶¹.

Deux autres paramètres peuvent encore tempérer cette prévision : d'une part, les infirmières formées ne seront pas toutes en activité quelques années plus tard. Sur trente années d'observation (1989-2019) près d'une infirmière hospitalière sur deux a ainsi quitté l'hôpital ou changé de métier après dix ans de carrière. Si 10 % d'entre elles ont choisi l'exercice libéral exclusif, une partie plus importante n'exerce plus ce métier (11 % sans emploi, 5 % exerçant une autre profession)³⁶².

S'ajoutent à cela les départs et les reconversions plus récents consécutifs au Covid et à l'évolution relative des conditions de travail (dégradation nette ou dégradation comparée à ce qui existent dans d'autres secteurs de l'économie, sachant que les attentes sociales vis-à-vis de la conciliation entre vie professionnelle et privée évoluent), dont le nombre est difficile à apprécier³⁶³ (possiblement de l'ordre de plusieurs milliers selon plusieurs sources infirmières)³⁶⁴.

³⁵⁸ Il est possible que les comportements évoluent avec moins de temps consacré au travail, plus de médecins en temps partiel et une activité plus souvent salariée.

³⁵⁹ La réforme des études de santé portée par la Loi Organisation et transformation du système de santé de 2019 met fin au *numerus clausus*, dont la dernière occurrence concerne la rentrée 2020

³⁶⁰ *La démographie des infirmiers à l'horizon 2030 : un exercice de projections aux niveaux national et régional*, Muriel Barlet et Marie Cavillon, Études et résultats, n° 760, mai 2011, Drees.

³⁶¹ *La démographie des infirmiers à l'horizon 2030 : un exercice de projections aux niveaux national et régional*, Muriel Barlet et Marie Cavillon, Études et résultats, n° 760, mai 2011, Drees

³⁶² *Près d'une infirmière hospitalière sur deux a quitté l'hôpital ou changé de métier après dix ans de carrière*, Pierre Pora, Études et résultats, n° 1277, juillet 2023, Drees.

³⁶³ *Rapport de commission d'enquête sénatoriale Hôpital : sortir des urgences* n° 587 (2021-2022), tome I, mars 2022.

³⁶⁴ Dans une consultation en ligne de l'Ordre National des Infirmiers en 2021, 40 % des 30 000 infirmiers répondants ont indiqué que la crise leur avait donné l'envie de changer de métier. Par ailleurs, 29 % des répondants d'une enquête interne de l'Ordre réalisée en 2022 envisageaient de quitter le métier dans les 12 mois à venir. Pour sa part, le Syndicat National des Professionnels Infirmiers estimait dès 2019 sur son site que « face à la dégradation des conditions de travail, à la perte de sens à l'hôpital, à la maltraitance institu-

D'autre part, alors que les quotas de recrutement en institut de formation de soins infirmiers (IFSI) ont augmenté depuis 2020 pour faire face à l'accroissement des besoins, la Drees observe que les étudiantes en formation d'infirmières sont trois fois plus nombreuses à abandonner en première année en 2021 qu'en 2011³⁶⁵, augurant d'un moindre nombre de professionnels en activité que celui estimé à partir des entrées en formation (10 % d'abandon).

Les effectifs d'aides-soignantes n'ont cessé de croître depuis trente ans pour atteindre 598 000 emplois en moyenne sur la période 2012-2014³⁶⁶. La DARES prévoyait à l'époque la création de 160 000 postes supplémentaires d'ici 2022, soit une hausse de 2,6 % en moyenne chaque année, du fait des besoins croissants en matière de soins et d'accompagnement de la dépendance.

Mais, à l'instar des personnels infirmiers, les aides-soignantes ont aussi été impactées par la crise du Covid dans un contexte d'augmentation structurelle des besoins des seniors de 60 ans et plus, qui constituent la majorité de leurs patients. Entre dégradation de leur condition de travail, déficit de valorisation, leur métier manque d'attractivité, et s'il est difficile de dire ce que représente la part des aides-soignantes qui changent de profession, on observe de moins en moins de candidats à l'entrée en formation (-42 % entre 2014 et 2018) et une baisse du nombre d'inscrits (-6 % entre 2016 et 2018)³⁶⁷, la Drees estimant qu'une étudiante sur dix en formation d'aide-soignante a abandonné ses études en première année en 2021³⁶⁸.

Au 1er janvier 2020, le nombre de kinésithérapeutes inscrits au tableau de l'Ordre s'élève à 90 315 dont 85,3 % (77 035) déclarent un exercice libéral exclusif ou mixte et 14,7 % (13 280) un exercice salarié exclusif. Sur le plan national, la densité moyenne des kinésithérapeutes tous modes d'exercice confondus, en augmentation constante ces dernières années, est de 135 professionnels pour 100 000 habitants (vs 117 en 2016), avec un fort gradient nord sud, les densités les plus élevées s'observant en PACA, en Corse et en Occitanie, suivi de AURA, NA et des régions ultra-marines, et les plus faibles en IDF, Centre Val de Loire et Normandie³⁶⁹.

A comportements inchangés des masseurs-kinésithérapeutes (installation, mode d'exercice, âge de début et de fin d'activité...), l'évolution de la profession fait figure d'exception par rapport aux autres professions de santé puisque d'ici à 2040, ses effectifs augmenteraient de 57 %, soit bien plus que les besoins de soins (+30 %)³⁷⁰. Les problèmes rencontrés pour bénéficier de leur service à domicile tiendront à des questions d'accessibilité physique sur certains territoires et au fait que leur implantation ne recouvre pas la carte du vieillissement, en particulier dans les territoires déjà

tionnelle induite par le sous-effectif, 30 % des jeunes diplômés abandonnent la profession infirmières dans les 5 ans qui suivent le diplôme ».

³⁶⁵ *Les étudiantes en formation d'infirmières sont trois fois plus nombreuses à abandonner en première année en 2021 qu'en 2011*, Marion Simon, Études et résultats, n° 1266, mai 2023, Drees. Sur 35 000 étudiantes en 1er année en 2021, 10 % ont abandonné dans l'année (- 3 500), alors qu'en 2011, sur 30 500 inscrites en 1er année, 3 % avaient abandonné dans l'année (-915).

³⁶⁶ *Portraits statistiques des métiers 1982-2014*, DARES.

³⁶⁷ *Aides-soignants : de moins en moins de candidats à l'entrée en formation et une baisse du nombre d'inscrits*, Yannick Croguennec, Études et résultats, n° 1135, décembre 2019, Drees.

³⁶⁸ *Les étudiantes en formation d'infirmières sont trois fois plus nombreuses à abandonner en première année en 2021 qu'en 2011*, Marion Simon, Études et résultats, n° 1266, mai 2023, Drees.

³⁶⁹ *Démographie des kinésithérapeutes 2020*, ordre national des masseurs-kinésithérapeutes.

³⁷⁰ *Infographie : Le nombre de masseurs-kiné à l'horizon 2040*, Études et Résultats n° 1075, Juillet 2018.

vieillissants qui se vident de leur population jeune³⁷¹, engendrant de fortes disparités géographiques³⁷².

2.2 Ces tensions se traduisent par une plus grande difficulté à assurer un maintien à domicile dans de bonnes conditions de sécurité et de qualité des soins en plus d'impacter le fonctionnement des Ehpad

L'accessibilité à ces différentes professions de soin nécessaires au maintien à domicile des personnes âgées dépendantes et/ou polypathologiques relève en partie d'une question de densité territoriale.

Du fait de son rôle central (cf. §1.2), le médecin détermine de manière significative la capacité de maintien à domicile. A ce titre, la crise démographique que connaît la profession, couplée à l'augmentation prévisible des besoins liés à l'arrivée des baby-boomers dans le grand âge, fait craindre une diminution marquée de la capacité à assurer des prises en charge et suivis de qualité à domicile, comme la mission a déjà pu le constater dans certains endroits.

Le manque de médecins traitants a souvent été mis en avant par les acteurs de terrain rencontrés par la mission, phénomène qui combine moindre présence de médecins et moindre disponibilité pour faire les visites à domicile.

D'après une thèse de médecine³⁷³, l'intérêt des visites à domicile pour le public des personnes âgées qui en est la cible majoritaire par sa perte d'autonomie et sa demande de soins (75 % des VAD se fait chez les plus de 70 ans) est pluriel : action préventive avec diminution de la morbi-mortalité, diminution des hospitalisations, maintien prolongée à domicile, rencontre avec les professionnels de soin et du domicile...

Les mêmes travaux observent que le nombre des visites a été divisé par pratiquement trois en 20 ans³⁷⁴ mais montrent qu'elles demeurent un mode d'exercice pour la grande majorité des médecins généralistes (en 2016, 96 % a effectué au moins une visite, et les deux tiers, quatre par semaine en moyenne), notamment s'agissant des personnes âgées (57 % des VAD concernaient les plus de 80 ans malgré le temps plus important qu'elles impliquent³⁷⁵).

³⁷¹ L'âge médian des kinésithérapeutes est de 38 ans (moyenne 41 ans), et le nombre de kinésithérapeute pour 100 000 habitants de plus de 65 ans est de plus de 1 000 dans les Bouches-du-Rhône ou l'Hérault (héliotropisme...), mais, en revanche, il est faible dans de nombreux départements vieillissants (250 dans l'Indre, autour de 300 en Charente, Dordogne, Cher, Creuse...). Dans certains départements déjà mal dotés et vieillissants, la démographie par rapport aux 65 et plus est en baisse au cours des dernières années (Indre, Gers...) alors qu'elle est en hausse globale sur le territoire national, Démographie des kinésithérapeutes, rapport du conseil de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, 2022.

³⁷² Dans certains territoires moins dotés en kinésithérapeutes, on observe des manques dans l'accompagnement des personnes âgées tout au long de leur parcours (de l'hôpital à l'Ehpad).

³⁷³ *État des lieux de la visite à domicile par les médecins généralistes, en France, en 2016*, A. Colin, thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine, Faculté de médecine Paris Descartes, n° 97, année 2019.

³⁷⁴ Le nombre de visites à domicile est passé de 71 millions en 1997 à 24 millions en 2016 (chiffres repris dans le rapport du sénat « hôpital : sortir des urgences », n°582, 2021-2022 qui plaidait pour une revalorisation de la visite à domicile).

³⁷⁵ sachant que depuis 2022 les visites longues ont été élargies et revalorisées.

Entre les tensions sur l'offre de médecine générale et les besoins en soins croissant de la population des personnes âgées dans les prochaines années, il est à craindre qu'une partie des personnes âgées vivant à domicile soient moins bien prises en charge et doivent se rendre plus souvent aux urgences, avec les pertes de chance associées, comme cela a déjà été observé sur certains territoires visités par la mission.

Différents tarifs applicables en fonction de la situation

La visite à domicile standard qui varie de 35 à 68,5 euros

La visite à domicile est réservée au patient se trouvant dans l'incapacité de se déplacer. Elle comprend le montant de la consultation (25 euros) plus une indemnité de déplacement (majoration de déplacement ou MD)

du lundi au vendredi de 8h à 20h et le samedi de 8h à 12h, la MD est fixée à 10 euros ;

de 20h à minuit et de 6h à 8h, la Majoration de Déplacement de Nuit (MDN) passe à 38,50 euros ;

de minuit à 6h, la Majoration de Déplacement de Milieu de nuit (MDI) s'élève à 43,50 euros ;

du samedi midi au lundi matin ou lors d'un jour férié, la Majoration de Déplacement de Dimanche ou Jour férié (MDD) est de 22,60 euros.

La visite longue et complexe, qui totalise 70 euros avec la MD (60+10), regroupe les cas suivants :

Les visites à domicile des patients de plus de 80 ans en Affection de Longue Durée (ALD) par leur médecin traitant, pouvant être facturées une fois par trimestre de chaque année civile par patient pour un total de 70 euros comprenant également la Majoration de Déplacement (MD) ;

Les visites à domicile des patients atteints de maladies neurodégénératives (Alzheimer, Parkinson, SEP...) par leur médecin traitant, pouvant être facturées une fois par trimestre par patient pour un total de 70 euros comprenant la Majoration de Déplacement (MD) ;

Les visites à domicile du patient en soins palliatifs par leur médecin traitant, pouvant être facturées 4 fois par année civile et par patient ;

Les premières consultations réalisées au domicile d'un patient de plus de 80 ans ou en ALD exonérante dans l'incapacité médicale de se déplacer, n'ayant pas de médecin traitant ou souhaitant en changer (il faut se déclarer médecin traitant, au cours de cette visite) et ne pouvant être facturées qu'une seule fois.

Les acteurs de terrain rencontrés par la mission ont souvent mis en avant les carences médicales, leur impact sur le maintien à domicile et sur le fonctionnement des Ehpad, dont 25 % n'ont pas de médecin coordonnateur et où une partie de résidents n'ont pas de médecin traitant. Au-delà du non remplissage de Via trajectoire, l'absence de médecin traitant ou son indisponibilité pour se déplacer pourrait aussi être une barrière à l'entrée à l'Ehpad³⁷⁶.

³⁷⁶En 2023, le tableau de bord de la performance a intégré cette donnée qui sera bientôt disponible.

La capacité de maintien à domicile des personnes âgées requérant des soins est d'autant plus fragilisée quand les tensions sur l'offre des différents types d'acteurs se combinent sur un même territoire. A cet égard, la Drees estime que 3 % de la population, soit 1,7 million de personnes, font partie des moins bien lotis en termes d'accessibilité à la fois aux médecins généralistes, aux infirmiers et aux masseurs kinésithérapeutes, les trois quarts de ces personnes vivant dans des territoires ruraux³⁷⁷.

Pour résumer la situation en citant un responsable de SSIAD rencontré par la mission dans une zone en tension démographique, « entre les tensions sur l'hôpital, le manque de médecins et de places en Ehpad », il y a déjà par endroit « beaucoup de points dans la boucle de prise en charge qui compromettent le virage domiciliaire ».

2.3 La pression populationnelle des personnes âgées au sein des hôpitaux va s'accroître avec le risque d'aggraver les tensions qui existent déjà

S'accroissant depuis une dizaine d'années avec l'arrivée des premiers baby-boomers, le vieillissement de la population³⁷⁸ va grandement peser sur le système de santé dans son ensemble³⁷⁹. Il va s'accompagner d'une augmentation importante des coûts de santé, sachant que la Drees estime qu'il a déjà contribué pour environ un tiers à la croissance de la consommation de soins et de biens médicaux entre 2011 et 2015³⁸⁰ et que la direction du trésor chiffrait pour sa part la hausse des dépenses de santé liées à l'âge à 2,5 points du PIB entre 2013 et 2060³⁸¹.

Mais ce vieillissement de la population risque surtout, si aucune correction d'ampleur n'est entreprise pour en atténuer l'impact au sein et en amont de l'hôpital, d'aggraver les tensions déjà très fortes qui s'y observent et de se traduire rapidement par un coût humain (dégradation des prises en charge et de l'état des personnes âgées qui s'y rendent) et économique très important.

Les personnes âgées se caractérisent par la survenue fréquente de polyopathologies, et, pour les plus âgées d'entre elles, d'une augmentation des fragilités physique, psychique ou socio-économique et d'un risque de perte d'autonomie et de dépendance. Elles représentent presque 30 % des séjours hospitaliers en soins aigus, 40 % de l'hospitalisation à domicile et 50 % des soins de suite et de réadaptation³⁸². En 2017, deux personnes sur cinq âgées de 80 ans et plus ont été hospitalisées en France, représentant 12,5 % du total des patients hospitalisés. Et la moyenne d'âge en MCO d'un des hôpitaux visités par la mission en juin 2023 était de 75 ans.

³⁷⁷ Les trois quarts des personnes les plus éloignées des professionnels de premier recours vivent dans des territoires ruraux, Blandine Legendre, Études et recherche, n°1206, Drees, septembre 2020.

³⁷⁸ Plus 2,4 M de personnes âgées de 75 ans et plus d'ici 2030 dont le nombre va passer de 6 à 8,4 millions, avec une augmentation très importante des plus de 85 ans dans les 20 années suivantes)

³⁷⁹ Le Haut-commissariat au Plan a souligné l'intensité du choc démographique à venir en février dernier en considérant également la baisse de la natalité (*Vieillesse de la société française : réalité et conséquences*).

³⁸⁰ *Vieillesse, dépenses de santé et reste à charge*, DREES, 2018.

³⁸¹ Projection des dépenses de santé à l'horizon 2060, le modèle PROMEDE, 2013. La DRESS estime qu'entre 2014 et 2060, les dépenses de santé consacrées à l'autonomie passerait de 0,57 à 0,98 % du PIB (0,67 % en 2030, 0,86 % en 2045).

³⁸² *Évaluation de la prise en charge des personnes âgées selon le référentiel de certification*, certification des établissements de santé - Fiche pédagogique - Personnes âgées - HAS Septembre 2020.

Cette situation va s'accroître du fait de l'accélération du vieillissement de la population et des carences d'amont du sanitaire ambulatoire et du médicosocial dans un contexte de difficultés structurelles et de manque d'adaptation des hôpitaux.

2.3.1 Les urgences sont le réceptacle des insuffisances d'aval et d'amont

Dans les urgences de plusieurs hôpitaux visités par la mission, les personnes âgées de plus de 75 ans représentent jusqu'à 25 % de la file active bien qu'elles ne représentent que 10 % de la population totale, dont près de la moitié sont hospitalisées³⁸³. Ce flux de passage aux urgences s'inscrit dans une tendance haussière d'évolution très rapide depuis plusieurs années, ce public ne représentant que 16 % de la file active des urgences dix ans plus tôt (la part des personnes de plus de 75 ans était alors de 9,1 % en population générale) dans l'un des hôpitaux visité par la mission.

Cette situation d'engorgement des urgences, dont les signes avant-coureurs sont documentés depuis plusieurs années³⁸⁴, traduit les « dysfonctionnements de l'écosystème ». D'après les responsables des urgences, elle tient au manque de personnels sur place et à la difficulté de trouver des lits, plus marquée pour les personnes âgées³⁸⁵ qui restent parfois de longues heures (voir plusieurs jours) sur des brancards le temps de trouver une place adaptée à leur situation. Mais elle est aussi le reflet des fragilités et tensions du dispositif d'amont, qui entraîne un déport de patients sur les urgences.

Le passage de ces personnes âgées aux urgences n'est jamais à proprement parler inutile, « la prépondérance de ces profils ne découlant pas seulement de la croissance de la part des personnes âgées dans la population, mais aussi de leur profil pathologique particulier, caractérisé par une plus forte prévalence des maladies chroniques et des polyopathologies », et qui ont recours aux soins plus fréquemment que les autres avant d'aller aux urgences³⁸⁶.

Le fait qui pose question est qu'il s'agit, dans un nombre significatif de cas, de situations d'urgence et d'hospitalisation qui devraient pouvoir être évitées³⁸⁷. Aux dires d'acteurs, entre 25 % et 30 % de ces adressages seraient ainsi imputables à des difficultés d'amont, comme l'absence de médecin traitant ou la méconnaissance des filières de soins gériatriques, ou dans une moindre

³⁸³ Les passages aux urgences des personnes âgées représentent 10 % des passages en 2021 (SAE).

³⁸⁴ Selon le rapport d'information n° 685 (2016-2017) *Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé*, hausse de 6 % du passage aux urgences par les personnes âgées sur la seule année 2016.

³⁸⁵ L'efficacité liée à la spécialisation a produit de la diminution de DMS, avec des lits de spécialité libres mais elle a pour corollaire une perte de la compétence pluridisciplinaire qui complique l'hospitalisation des personnes âgées.

³⁸⁶ *Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé*. Rapport d'information sénatorial n° 685 (2016-2017)

³⁸⁷ Dans un grand CHU visité par la mission, les tensions sur l'offre médicale et paramédicale d'amont sont le second motif de passage aux urgences après les chutes.

mesure³⁸⁸, l'insuffisance de personnel médical à Ehpad³⁸⁹. Une ARS pointe également un effet de bord de la transformation des unités de soins de longue durée (USLD) en unité de soins pour pathologie complexe (USPC), entraînant, dans un contexte de redéploiement d'une partie des places d'Ehpad, un déport de publics vers le domicile pouvant parfois poser question.

Ce passage aux urgences par défaut emporte des risques de dégradation pour les personnes âgées risques d'autant plus importants que le passage aux urgences est long et que le séjour à l'hôpital qui s'en suit se prolonge³⁹⁰.

D'après l'étude « No Bed Night » menée en France^{391, 392} une nuit passée sur un brancard aux urgences augmente de près de deux fois le risque de mortalité hospitalière des patients âgés ayant une autonomie limitée³⁹³, ce qui plaide pour leur admission prioritaire dans un service.

Et le risque de pertes fonctionnelles pour les activités de base de la vie quotidienne à la suite d'une hospitalisation chez la personne âgée est selon la HAS de l'ordre de 30 à 60 %³⁹⁴, risque plus fréquent chez les personnes ayant passé une nuit aux urgences³⁹⁵. Ce phénomène, appelé dépendance iatrogène, résulte d'un mixte entre le terrain du patient, son état morbide et de certains aspects de sa prise en charge liés à une méconnaissance des spécificités du grand âge et/ou d'un manque de temps à lui consacrer ou encore à des problèmes d'organisation et de pratiques professionnelles (alitement injustifié, défaut de stimulation, infections nosocomiales, effets indésirables des interactions médicamenteuses, apports alimentaires insuffisants...).

Outre un capacitaire insuffisant, l'allongement du temps de présence hospitalière provient aussi de la minoration des problématiques sociales, fréquentes chez les personnes âgées, pour lesquelles il n'y a souvent pas assez d'assistantes sociales et de formation spécifique des soignants. Un autre facteur qui joue sur l'allongement du temps de passage aux urgences des PA est celui du nombre d'examen complémentaires à réaliser, plus important pour les patients âgés en moyenne que pour les autres patients³⁹⁶.

³⁸⁸ Parmi les personnes âgées accueillies aux urgences, 81 % viennent de leur domicile et 11 % de l'Ehpad, Les personnes âgées aux urgences : une patientèle au profil particulier, Études et résultats n° 1007, mars 2017.

³⁸⁹ *Évaluation de la pertinence des passages aux urgences du centre hospitalier de Chambéry des personnes âgées de 75 ans et plus résidant en Ehpad*, thèse de médecine, Emmanuelle Barnay, Nathalie Cristèle-Marques, 2015.

³⁹⁰ Dans un CHU visités par la mission, le temps moyen de passage aux urgences des personnes âgées de 75 et plus est de 13h45 versus 8h 45 pour les patients plus jeunes (75 % du temps d'attente). Mais le temps médian estimé par la Drees pour les 75 ans et plus est de 4 heures et 30 minutes, contre 2 heures et 20 minutes pour les patients plus jeunes (*Les personnes âgées aux urgences : une santé plus fragile nécessitant une prise en charge plus longue*, Bénédicte Boisguérin et Léa Mauro, Études et résultats n° 1008, mars 2017).

³⁹¹ <https://www.aphp.fr/contenu/etude-no-bed-night-une-nuit-passee-sur-un-brancard-aux-urgences-augmente-de-pres-de-40-le>

³⁹² L'étude s'est déroulée du 12 au 14 décembre 2022, dans 97 services d'accueil des urgences en France, incluant un total de 1 598 patients de plus de 75 ans hospitalisés après passage aux urgences

³⁹³ Le risque était augmenté de 40 % pour l'ensemble des patients de 75 ans et plus ayant passé la nuit aux urgences (15,7 % vs 11,1 % pour les patients de 75 et plus n'ayant pas passé la nuit aux urgences)

³⁹⁴ *Prévenir la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation chez les personnes âgées*, HAS, 2017.

³⁹⁵ <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/2811179>

³⁹⁶ *Les personnes âgées aux urgences : une santé plus fragile nécessitant une prise en charge plus longue*, Bénédicte Boisguérin et Léa Mauro, Études et résultats n° 1008, mars 2017.

Enfin, signalé à plusieurs reprises, le sujet des transports pour organiser le retour à domicile impacte également sur la durée de passage aux urgences³⁹⁷.

Dans les territoires en grande tension RH visités par la mission, les acteurs du médico-social ont décrit des « situations catastrophiques à domicile » pour les personnes âgées (insuffisance de passages des acteurs du domicile entraînant une moindre alimentation et qualité de soin) qu'il n'est plus possible de faire prendre en charge par l'hôpital par le biais des urgences comme c'était encore envisageable il y a quelques années.

Avec près de 50 % des journées d'hospitalisation en MCO réalisées au profit de personnes âgées de 75 ans et plus et 25 % au profit des 85 ans et plus, l'hôpital, dont les urgences reçoivent toujours plus de personnes âgées au fil des années, est, selon les mêmes acteurs, devenu la « salle d'attente des Ehpad » et « refuse l'entrée en court séjour gériatrique » par crainte de ne pas être en mesure de les faire sortir faute de solutions d'aval adaptées³⁹⁸.

2.3.2 Les séjours hospitaliers et leur suites parfois problématiques

Les personnes âgées sont plus fréquemment et plus longtemps hospitalisées que le reste de la population. Ces hospitalisations, dont un tiers serait potentiellement évitable³⁹⁹, entraînent plusieurs types de risques : sortie prématurée avec risque de réhospitalisations non programmées à un mois (18 % du total des réadmissions), complications diverses dont risque de dépendance iatrogène ou de décès (60 % des décès hospitaliers)⁴⁰⁰.

Par ailleurs, si la plupart des personnes âgées hospitalisées retournent à domicile ou en institution (Ehpad, USLD) une fois passée la phase aiguë, une part est orientée en soins de suite et de réadaptation (SSR) pour lui permettre de s'adapter au mieux à ses limitations et de retrouver des conditions de vie aussi proches possible que celles qui précédaient son séjour hospitalier⁴⁰¹.

Les patients de 70 ans et plus sont majoritairement (92 %) concernés par l'hospitalisation complète en SSR (soins de rééducation et de réadaptation) dont ils représentent plus de la moitié des séjours. Deux tiers de ces séjours se terminent par un retour au domicile ou intègrent un substitut de domicile (Ehpad, etc.), 13 % par une orientation vers un service de médecine ou de chirurgie et 5 % par un décès⁴⁰².

Plusieurs acteurs rencontrés par la mission ont déclaré qu'une partie parfois très importante des personnes âgées médicalement sortantes de SSR voyaient leur sortie différée de plusieurs

³⁹⁷ Selon un responsable d'un service des urgences qui plaide pour l'ouverture au secteur associatif, cela tiendrait pour partie à la situation de dépendance de l'hôpital vis-à-vis des sociétés de transport privé.

³⁹⁸ Constat réitéré par un membre de la SFGG, « les personnes âgées dépendantes qui arrivent aux urgences pour « maintien à domicile difficile » sont indésirables » (notamment parce qu'identifiées comme possibles patients bed-blockers).

³⁹⁹ *Évaluation de la prise en charge des personnes âgées selon le référentiel de certification*, certification des établissements de santé - Fiche pédagogique - Personnes âgées - HAS Septembre 2020.

⁴⁰⁰ Ibidem

⁴⁰¹ Le SSR vise à prévenir ou à réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales des déficiences des patients et à promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion.

⁴⁰² *Soins de suite et de réadaptation : les personnes de 70 ans ou plus effectuent la moitié des séjours*, Fabienne Coquelet, Drees, n°0943 décembre 2015.

semaines⁴⁰³ faute de solution d'aval satisfaisante (saturation ou gel de places en Ehpad, situation d'isolement et d'insolvabilité⁴⁰⁴ compliquant l'entrée en Ehpad, fermeture ou inaccessibilité aux places d'hébergement temporaire, retour à domicile compromis faute de d'accompagnement soignant et/ou de capacité à intervenir de la HAD...).

Faute de solution d'aval, certains patients âgés restent également plus longtemps hospitalisés en MCO. Qu'il s'agisse de MCO ou de SSR, ce type de patient au profil complexe combinant vulnérabilité sociale, somatique et psychologique⁴⁰⁵, maintenu à l'hôpital pour des motifs ne relevant plus des soins hospitaliers, engendre des séjours « longs, complexes et inadaptés » (aussi désignés sous le nom bed-blocking) qui ne sont pas sans risque pour sa santé et pour le fonctionnement de l'établissement.

Outre d'exposer le patient au risque de complications iatrogènes (affections nosocomiales, dégradation de la santé mentale pouvant aller jusqu'au syndrome de glissement), le phénomène de bed-blocking réduit le capacitaire réel tout en augmentant la file d'attente à l'hospitalisation, et constitue pour les finances de l'établissement à la fois une dépense non compensée qui mobilise des charges fixes sans générer de recettes et un défaut de recette par diminution de la capacité d'accueil de nouveaux patients⁴⁰⁶.

A titre indicatif, une étude belge portant sur 93 patients « bed-blockers »⁴⁰⁷ montre qu'un tiers sont en attente d'une solution d'aval (lit en maison de repos et de soins, maison de repos pour personnes âgées), avec une durée de séjour supérieure de 13 jours à la DMS, et un coût moyen estimé par patient de 8 197 euros pour l'hôpital.

Avec le vieillissement de la population et les tensions évoquées supra autour de sa prise en charge (pénuries d'acteurs du soin ambulatoire, insuffisances RH/capacitaire Ehpad et USLD) le « bed-blocking », qui concernait déjà 10 % des personnes hospitalisées en MCO en 2011⁴⁰⁸, pourrait encore augmenter, étant notamment observé qu'il semble assez fréquent en court séjour

⁴⁰³ Augmentation de 10 jours de la DMS (40 jours) dans le SSR d'un hôpital où près des 50 % des sorties doivent être différées, augmentation significative de la DMS du SSR d'un autre hôpital où les délais de sortie peuvent atteindre 90 jours dans un contexte de fermeture importante et durable de places dans l'Ehpad.

⁴⁰⁴ Absence d'éligibilité à l'aide sociale hébergement ou à l'APA, refus des familles de payer l'Ehpad..

⁴⁰⁵ D'après les travaux de l'observatoire de la démographie des professions de santé, *Personnes âgées polypathologiques : quels enjeux pour la démographie médicale*, de décembre 2019, « les « bed blockers » (patients restant plusieurs semaines, voire davantage, en médecine ou en SSR), en nombre variable selon les sites, sont liés aux problèmes d'aval associés à des problèmes sociaux lourds, parfois compliqués par des problèmes juridiques : isolement, domicile insalubre, domicile inadapté, absence de domicile, absence de famille, tuteurs absents pour les personnes âgées placées sous contrôle judiciaire, attente très longue de la décision du juge des tutelles dans certains cas, absence de mutuelle, autres délais administratifs, impossibilité de payer les frais d'EHPAD et donc volonté de la famille de maintenir leur parent en SSR ou en USLD... Les difficultés sont majorées dans les cas de géro-psycho-geriatrie »

⁴⁰⁶ *L'hôpital public au défi des parcours complexes et des enjeux psychologiques : quelles réponses au problème des bed-blockers ?* l'exemple du Groupe Hospitalier Nord-Essonne, Mémoire de l'EHESP, Jonathan Haas, 202.

⁴⁰⁷ Impact des patients « bed blockers » sur les coûts hospitaliers et évaluation des obstacles à la sortie, étude prospective au sein de quatre hôpitaux belges, Julie De Foor, Pol Leclercq, Julie Van Den Bulcke, Magali Pirson *Journal de gestion et d'économie médicales* 2017/4-5 (Vol. 35).

⁴⁰⁸ *Le panorama des établissements de santé* - édition 2011. Exertier, A., Minodier, C. (dir.), et al. (2011, décembre). Paris, France : DREES, coll. Études et statistiques. A titre d'illustration, dans un CHU visité par la mission, 11 % des sorties médicales restent hospitalisés faute de solutions de sortie (essentiellement des personnes de plus de 75 ans, avec dépendance, problématiques sociales et parfois de protection juridique).

gériatrique⁴⁰⁹ et majoritairement associé à une admission non programmée et à une hospitalisation en SSR^{410,411}, situations où les personnes âgées sont surreprésentées.

Des interlocuteurs associatifs ont par ailleurs fait valoir que les SSR ne jouaient plus suffisamment leur rôle dans la réinsertion des personnes âgées et de leur retour à domicile, avec tendance à les renvoyer trop tôt à domicile ou en hébergement temporaire, augmentant ainsi leur risque de perte d'autonomie et d'institutionnalisation associée. Cette difficulté a notamment été objectivée par les travaux de l'ONDPS⁴¹² notamment lorsque des problématiques sociales sont présentes qui met en évidence le rôle fondamental des assistantes sociales en milieu hospitalier.

Si une partie des orientations hospitalières venant des Ehpad peut être prévenue (notamment en renforçant les moyens médicaux des Ehpad, la formation des personnels paramédicaux et la préparation des nuits et week-ends (cf. transmission d'informations et modes opératoires)), il est difficile de dire dans quelle proportion. Sans pouvoir s'avancer sur le montant des dépenses ainsi évitables, la mission a toutefois estimé à gros trait que le coût moyen d'une journée en MCO était quatre fois plus élevé que celui d'une journée en Ehpad⁴¹³.

2.3.3 Un déploiement de l'hospitalisation à domicile très en deçà des besoins

Du fait de ses liens avec l'hôpital, les équipes mobiles de gérontologie et de soins palliatifs, et les réseaux de ville, la HAD devrait jouer un rôle important dans la correction des dysfonctionnements observés en matière de soin aux personnes âgées, qu'il s'agisse de l'Ehpad, dont elle a montré qu'elle pouvait contribuer à pallier les carences en personnel médical pendant la crise Covid, ou du domicile (privé ou en environnement collectif tels que RA et RSS) où elle intervient déjà pour participer au maintien à domicile et au désengorgement hospitalier.

Mais de l'avis des acteurs de terrain comme de la fédération nationale (FNEHAD), ce rôle n'est pas pleinement assumé du fait d'une variété de freins.

Outre un problème assez général de ressources humaines (les postes en HAD étant rarement tous pourvus), accentué par le fait que les déplacements quotidiens à effectuer réduisent le temps de soins effectifs (de 1 à 2h sur certains territoires), la HAD souffre d'une méconnaissance persistante de la part des prescripteurs et un recours à l'hôpital encore trop systématique.

⁴⁰⁹ Dans un des CHU visité par la mission, la filière a été créée en 2005 pour des personnes âgées avec des DMS de 3 jours. Mais aujourd'hui, les DMS atteignent 8 à 10 jours et les profils cliniques sont de plus en plus lourds.

⁴¹⁰ Une étude identifie parmi les profils de patient de deux SSR 30 % de bed-blocker dont un tiers ont plus de 65 ans, in *Intérêt du score INTERMED dans la prédiction des séjours hospitaliers prolongés en SSR*, Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine, Jasmine ABANE, faculté de médecine de Lille 2, 2015.

⁴¹¹ Un séjour avec code « attente de placement » a 2,6 fois plus de risques d'être « bed-blocker » qu'un séjour sans ce code, *Facteurs explicatifs des séjours « Bed Blockers » en SMR*, Revue d'Épidémiologie et Santé Publique, Vol 71, 2023.

⁴¹² « Personnes âgées polypathologiques : quels enjeux pour la démographie médicale », observatoire national de la démographie des personnels de santé, décembre 2019.

⁴¹³ Pour la puissance publique, le coût moyen par patient et par jour en MCO est d'environ 400 euros (un séjour moyen en MCO avoisinant les 2000 euros et durant 5,5 jours d'après ATIH 2019) contre 100 euros par résident et par patient en Ehpad (19 milliards d'euros selon *Les comptes de la sécurité sociale* de septembre 2021, divisés par 555 000 résidents et par 365 jours)

Par ailleurs, elle se caractérise par une hétérogénéité de fonctionnement et d'organisation, qui impacte la lisibilité de ses procédures et l'efficacité de son action⁴¹⁴. Selon les endroits, son niveau de réactivité varie de quelques heures à plus d'une semaine, certains dispositifs HAD (surtout publics...) n'ayant pas encore d'infirmière d'astreinte ou de process systématisés de dossier médical informatisé, d'autres, implantés sur des zones de moindre accessibilité devant parfois déléguer leur intervention à domicile aux SSIAD locaux, dépendant de sa disponibilité et des limites de ses interventions⁴¹⁵.

En tout état de cause, la HAD a besoin de relais formés pour fonctionner. Sans professionnels de terrain présents sur place (IDEL, SSIAD, centres de soins infirmiers, aides à domicile), il lui est parfois impossible d'intervenir. Certaines HAD refusent également de se rendre en l'Ehpad en l'absence d'infirmière de nuit pour un patient en fin de vie ou de médecin traitant, cela alors qu'il est possible depuis le Covid de prendre des patients en HAD sans médecin traitant en passant par le médecin praticien en HAD.

Montrant que le dispositif d'HAD contribue à améliorer les soins dans les Ehpad (soins de qualité, réduction des hospitalisations, accompagnement de fin de vie) tout en s'accompagnant de dépenses plus faibles par résident, une récente étude de l'IRDES⁴¹⁶ souligne l'importance des hospitalisations évitables des résidents et invite à ce titre à reconsidérer le niveau de financement et les compétences internes nécessaires pour assurer les besoins de soins courants en Ehpad.

La présence d'un proche-aidant est également indispensable au domicile privé, pour des raisons de surveillance et de soutien actif de la personne aidée, la HAD n'étant pas en mesure de prendre le cas d'entourage âgé ou actif, de famille éloignée, de conjoint médicalement requérant.

A cet égard, il y a aussi un sujet d'acceptabilité de la HAD de la part du patient et de ses proches, qui peut expliquer une part de sa sous-utilisation. En phase terminale de maladie, certains patients et/ou familles et/ou ayant du mal à accepter la perspective du décès peuvent ainsi refuser de faire appel à la HAD pour prodiguer des soins palliatifs⁴¹⁷.

Plus simplement, la multiplicité des intervenants se succédant pour un maintien à domicile peut aussi être difficile à vivre pour le patient, et demande un minimum d'adaptation des acteurs du domicile, ce que les équipes de HAD, de culture très hospitalo-centrée, ont parfois du mal à intégrer. En plus d'intérioriser qu'ils sont sur le « territoire du patient et sa famille » et non à l'hôpital, ils doivent composer et se coordonner avec des intervenants non médicaux en adaptant leurs pratiques au contexte, « tout ne pouvant être pensé que du seul point de vue sanitaire ».

Mais l'un des obstacles majeurs, en plus du manque de doctrine d'action plus globale, demeure aux dires d'acteurs, le spectre jugé trop étroit de l'éligibilité à l'HAD.

⁴¹⁴ Selon certains acteurs de la HAD, les interventions des prestataires privés commerciaux mettant en place le matériel à domicile pourraient aussi compliquer l'efficacité des recours à la HAD faute de coordination adaptée

⁴¹⁵ Dans un hôpital visité par la mission, les personnes hospitalisées en SSR médecine qui sont éligibles au retour à domicile y sont parfois retenues faute de personnel à domicile pour les soins de nursing.

⁴¹⁶ L'intervention de l'HAD en Ehpad réduit les transferts des résidents à l'hôpital et aux urgences tout en augmentant le recours aux soins palliatifs en fin de vie, Questions d'économie de la santé n°283, IRDES, novembre 2023.

⁴¹⁷ Propos de la FEHAD. Voir aussi *L'exercice du psychologue intervenant en HAD à l'écoute des patients en phase palliative*, DU Accompagnement et fin de vie 2016-2017 RSCA Caroline Bour (A domicile, les soignants sont quotidiennement confrontés à des patients qui refusent les aides et/ou les soins ».)

L'entrée en HAD se fait selon des modes de prise en charge définis par la HAS⁴¹⁸, en prenant en compte la situation du patient (clinique, sociale, environnementale...) dont l'état requiert une prise en charge de type hospitalier (médicaments issus de la réserve hospitalière, soins pratiqués en milieu hospitalier, interventions fréquentes ou de longue durée) sans comporter de soins intensifs ni de recours fréquents à un plateau technique spécialisé.

Cette éligibilité des patients se heurte à des situations limites, zone grise entre l'intervention de la HAD et l'intervention SSIAD incluant des patients dont l'état est trop lourd pour ne recevoir que des soins infirmiers mais pas assez pour entrer dans les critères de la HAD et qui risquent d'être hospitalisés faute de soins appropriés.

Évoquant le cas de personnes âgées qui auraient besoin d'un court passage en HAD le temps de passer un cap (patients polypathologiques, chutes multiples) pour éviter le recours aux urgences et l'hospitalisation, mais qui sont récusées parce qu'à la limite des critères d'éligibilité, la FNEHAD appelle depuis des années à une réforme qui permette d'élargir les indications de la HAD, au-delà de la seule révision isométrique de la tarification en cours.

2.3.4 Des équipes mobiles de gériatrie en nombre insuffisant

Outre de mieux évaluer la situation et les besoins de soins des personnes âgées dépendantes, les équipes mobiles de gériatrie contribuent notamment à une meilleure prise en charge des patients présentant des troubles du comportement.

D'après une équipe mobile géronto-psychiatrique rencontrée par la mission, ces interventions, qui se déroulent le plus souvent en Ehpad, concernent de plus en plus le domicile. En plus d'évaluer la situation et de préconiser d'éventuelles mesures (prescription, orientation), elles revêtent une valeur pédagogique en donnant aux équipes de terrain (Ehpad ou domicile – SAAD, SSIAD) des éléments de discernement et de conduite à tenir en face de manifestations d'agitation et/ou d'agressivité pouvant se traduire par des actes de violence.

L'objectif est de les outiller pour faire face de manière appropriée à des troubles du comportement pour la gestion desquels ils ne sont pas formés. Il s'agit notamment de les aider à faire la part entre ce qui est de l'ordre de la réaction normale/prévisible face à une situation de frustration objective (typiquement le manque de soin en lien avec le manque de personnels qui peut engendrer de l'énervement et de la colère, la mobilisation des personnes lors de la toilette) et ce qui relève stricto sensu de la psychiatrie, le risque étant de surmédicaliser les symptômes et d'instaurer des situations chroniques de maltraitance.

Chez les patients atteints d'affections neurodégénératives qui vivent à domicile, les troubles du comportement sont un facteur de risque d'institutionnalisation que l'intervention de l'équipe mobile de gériatrie peut contribuer à éviter.

En Ehpad, le problème semble moins la gestion de personnes atteintes de « démence » avec déambulations que celles des patients vieillissants atteints de troubles psychiatriques (une part des PHV), moins âgés (70 ans plutôt que 85 ans avec une DMS moyenne de 10 ans), dont les

⁴¹⁸ Il y a 29 modes de prise de charge possibles parmi lesquels les soins de nursing lourds, les pansements complexes les soins palliatifs, l'assistance respiratoire, les traitements intraveineux, la prise en charge de la douleur, la nutrition entérale ou parentérale, la chimiothérapie, la transfusion, la postchirurgie, la rééducation, ...)

comportements plus souvent agressifs et inappropriés⁴¹⁹ d'une partie, peuvent déstabiliser parfois la vie de l'institution et le fonctionnement des équipes peu habitués à ce type de profil.

Faute notamment de solutions adaptées en psychiatrie (diminution très importante du nombre des lits de long séjour psychiatrique), ces patients qui ne présentent pas toujours de dépendance sont de plus en plus souvent orientés en Ehpad⁴²⁰, qui manquent souvent de moyens pour assurer leur prise en charge dans des conditions adaptées.

Le nombre et l'activité des EMGP et EMPPA sont moins détaillés⁴²¹ que celles concernant les EMG⁴²² mais il ressort de la littérature et des auditions de la mission que si leur rôle est appréciable, notamment au sein des Ehpad ou aux urgences, il n'est pas à la hauteur de l'augmentation des besoins observés dans le cadre du virage ambulatoire⁴²³ et de la gérontocroissance, sachant que les tensions RH en secteur psychiatrique, comme en Ehpad ou à domicile (manque de personnel, turn over importants, présence d'intérimaires) compliquent encore l'effort de formation⁴²⁴.

2.3.5 Une activité des équipes mobiles de soins palliatifs qui peine à se déployer

Si elle semble appréciée, l'activité des unités mobiles de soins palliatifs en Ehpad paraît très inférieure aux besoins perçus et à ce que la part des conventions signées avec les Ehpad (77 %) pourrait laisser imaginer, ce constat étant encore plus marqué à domicile, où l'activité de soins palliative semble surtout portée (bien qu'insuffisamment) par la HAD et les CPTS.

En 2019, on dénombre environ 153 000 décès en Ehpad dont 75 % sont décédés dans les murs, soit 115 000⁴²⁵ (une quinzaine par Ehpad en moyenne). La SAE 2021 évalue la part de l'activité extrahospitalière des EMSP rattachées à un établissement de santé à 17 %, en progression de 8 % par rapport à 2013. Cependant, d'après les données disponibles, l'activité des ESMP en Ehpad y serait faible⁴²⁶.

⁴¹⁹ Ces profils (démence alcoolique/vasculaire chez grands précaires) ont été particulièrement admis au moment où l'établissement ne remplissait plus suffisamment (notamment suite Covid).

⁴²⁰ Selon l'Irdes, les personnes de plus de 60 ans sont ainsi sous-représentées dans les hospitalisations longues en psychiatrie car elles sont principalement réorientées vers des Ehpad, *L'hospitalisation au long cours en psychiatrie : analyse et déterminants de la variabilité territoriale*, Magali Coldefy, Clément Nestrigue, Irdes, 2014.

⁴²¹ La DGOS ne dispose pas des données concernant la totalité des EMPPA/EMGP en France mais un bilan est en cours : la région Nouvelle Aquitaine a mis en place 16 EMPPA, la région Auvergne Rhône Alpes 18 EMPPA, la région Bourgogne-Franche-Comté 8 équipes et la région Occitanie 9 équipes. En région Centre Val de Loire 4 territoires sur 6 sont couverts. La SAE sera complétée en 2024 afin de mieux les répertorier.

⁴²² [enquete-nationale-sur-les-pratiques-des-equipes-mobiles-de-geriatrie-en-france-groupe-de-travail-des-equipes-mobiles-de-geriatrie-de-la-sfgg.pdf](#)

⁴²³ L'évaluation extrahospitalière représenterait 20 % de l'activité des équipes mobiles de gériatrie des services MCO (hors SSR, HAD, USLD, psychiatrie) dont deux tiers seraient dotés d'EMG, d'après les données SAE 2021 de la DREES.

⁴²⁴ En 2019, près de 50 % des EHPAD ont indiqué ne pas avoir de partenariat avec une EMPPA...

⁴²⁵ *Des résidents de plus en plus âgés et dépendants dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées*, Angélique Balavoine, Étude et résultats, N° 1237, Drees, juillet 2022.

⁴²⁶ D'après le rapport de la Cours des comptes *Les soins palliatifs*, juillet 2023, 6 400 personnes seraient concernées en 2019. A partir des données SAE « PALLIA 2019 », la DGOS, chiffre à 34 250 (3,9% de l'activité totale des EMSP) le nombre d'interventions en ESMS, les Ehpad ne représentant pas l'ensemble des ESMS et un patient pouvant faire l'objet de plusieurs interventions.

Outre qu'une part sans doute importante des EMSP s'exerce au sein des hôpitaux, leurs interventions sont restreintes par des difficultés RH (une vingtaine de départements étant même dépourvus d'USP et une partie des postes ouverts dans les structures en activité n'étant pas toujours pourvus). Une autre raison tient également à la qualité des articulations entre intervenants, le champ et le niveau d'activité des USP pouvant être réseau/personne dépendant.

Aux dires d'un responsable d'USP de CHU rencontré par la mission, il s'agit le plus souvent d'interventions tardives, du fait d'une méconnaissance des dispositifs et de leurs missions, dans un contexte de tension sur l'offre pouvant entraver la capacité des EMSP à se projeter dans de bonnes conditions en extrahospitalier pour conseiller, et a fortiori, pour former, les professionnels en charge des personnes âgées en Ehpad ou à domicile⁴²⁷.

Toutefois, parmi les efforts entrepris dans le cadre du plan 2021-2024⁴²⁸, des appuis territoriaux de soins palliatifs sont en cours de déploiement⁴²⁹ pour compléter l'offre experte des équipes spécialisées de soins palliatifs, dont les EMSP, en étant mobilisables en journée et, quand cela est possible et requis par les besoins du territoire, en soirée/nuit⁴³⁰.

3 Les actions à entreprendre

3.1 La problématique des soins aux publics âgés doit être appréhendée dans une perspective systémique

Pour être plus appropriés et plus efficaces, les soins en direction des publics âgés dépendants doivent être appréhendés dans une perspective systémique, les insuffisances de l'offre sanitaire et/ou médico-sociale à domicile et en Ehpad se traduisant par un surcroît de passages aux urgences et une fréquence accrue de séjour à l'hôpital dont une partie des personnes âgées peine à sortir ou reviennent⁴³¹ plus tard faute, notamment, de solutions de suites sanitaires et/ou médico-sociales adaptées.

Cette boucle d'effets négatifs qui vont s'accroître avec l'arrivée en grand nombre des baby-boomers âgés a des conséquences certaines, puisqu'au surcoût financier pour l'hôpital s'ajoute un sur-risque de morbi-mortalité iatrogénique pour les publics pris en charge.

⁴²⁷ L'élaboration d'un protocole national de coopération « expertises infirmières en soins palliatifs » est en cours, dans le cadre du plan. A travers un protocole et des dispositions dérogatoires, il doit faciliter la prise en charge des patients requérant des soins palliatifs par des personnels infirmier experts exerçant dans la filière soins palliatifs, en coopération avec les médecins exerçant dans cette filière.

⁴²⁸ Création ou renforcement d'USP, financement d'UMSP, soutien à la structuration d'une filière territoriale de soins palliatifs positionnant les EMSP aux différents niveaux de recours aux soins palliatifs et fournissant le référentiel posant leurs missions-socles, les principes d'organisation, de fonctionnement, d'articulation avec les autres acteurs de la filière et de suivi de leur activité...

⁴²⁹ Cadre national a été diffusé par l'instruction DGOS/R4/2022/31 du 7 février 2022.

⁴³⁰ Accessibles à l'ensemble des professionnels de santé, ils ne se substituent pas aux effecteurs de soins et ils n'ont pas vocation à prescrire.

⁴³¹ 18,2 % des séjours à partir de 75 ans sont suivis d'une ré-hospitalisations à 30 jours, dont près d'un quart serait évitables. Rapport de l'atelier 10 Hôpital et personne âgée, Concertation grand âge et autonomie, 2018.

S'agissant du seul public des personnes âgées atteintes de maladies neurodégénératives, caractérisé par son besoin de soins multiples, une récente étude de l'Irdes⁴³² confirme ainsi que « la politique médico-sociale des départements et le niveau d'accessibilité locale de l'offre médico-sociale sont des éléments déterminant la capacité des territoires à réduire les hospitalisations et favoriser une prise en charge en ville des seniors atteints de maladies neurodégénératives ».

Alors qu'une personne âgée de 75 ans et plus sur quatre vit dans une zone faiblement dotée en termes d'offre médico-sociale à domicile et en établissement, cette étude invite à penser les complémentarités entre les différents secteurs (médicosocial, soins ambulatoires, hôpital) en montrant que les territoires ayant une meilleure accessibilité aux soins médico-sociaux (Ehpad, SAAD, résidence autonomie, ...) ont des dépenses ambulatoires plus élevées mais des dépenses d'hospitalisation en MC et en SSR plus faibles⁴³³.

Ce lien entre le médico-social, l'ambulatoire et l'hôpital est perçu de manière souvent empirique mais très parlante par plusieurs responsables hospitaliers rencontrés par la mission. Une directrice d'hôpital a ainsi mis en place des consultations SSR assurées par des médecins de ville qui allient connaissance des patients, des acteurs et des moyens, et peuvent à ce titre éviter plus facilement de passer par les urgences si l'hospitalisation s'impose. Une responsable de CHU s'est par ailleurs interrogée devant la mission sur l'intérêt de projeter des ressources infirmières pour prévenir les hospitalisations en secteur ambulatoire.

3.2 L'action des acteurs de ville doit être renforcée et mieux coordonnée

Comme évoqué supra, l'accessibilité des soins de ville dépend du nombre de professionnels présents sur un territoire et de leur capacité à se coordonner. Aux problèmes bien connus de tensions démographiques et d'attractivité des territoires traités par ailleurs, vient s'ajouter celui de la capacité des différents acteurs à travailler ensemble pour optimiser leur action et assurer des soins et un suivi de qualité auprès des personnes âgées.

3.2.1 Favoriser l'articulation des CPTS avec les acteurs médico-sociaux et leur prise en compte du vieillissement de la population

A cet égard, pour peu qu'elles soient bien implantées et organisées dans leur fonctionnement, les CPTS constituent un levier pour faire face au vieillissement territorial. En plus d'être un lieu de partage et d'échange pour agir de manière concertée et pluridisciplinaire sur certaines problématiques, elles constituent un interlocuteur unique susceptible de faciliter les liens avec l'hôpital (services, SSR, HAD, EMG, EMSP), le domicile (SIAAD, SAAD), le secteur médicosocial (Ehpad, résidences autonomies) et les instances de régulation (ARS et conseils départementaux) et de coordination (DAC, CRT).

⁴³² Un nouvel indicateur pour mesurer l'accessibilité géographique aux structures médico-sociales destinées aux personnes âgées, Carrère, A., Couvert, N., Missègue, N., Les Dossiers de la Drees 88, 2021.

⁴³³ La prise en charge en Ehpad est un mode de prise en charge peu coûteux par rapport aux DREES, autres producteurs de soins pour les pouvoirs publics (50 €/jour en Ehpad vs 200 €/jour en SSR et 455 €/jour en soins palliatifs en MC)

L'objectif affiché est d'une couverture à 100 % du territoire⁴³⁴. Fin septembre 2023, 77% de la population est couverte par une CPTS ou un projet de CPTS ayant fait l'objet d'une première formalisation, 59% de la population étant couverte par une CPTS en fonctionnement financée par l'Assurance maladie. D'après la direction générale de l'organisation des soins (DGOS), de nombreuses CPTS s'impliqueraient dans l'anticipation et le repérage des fragilités et la prévention de la perte d'autonomie.

Les CPTS rencontrées par la mission se caractérisent par une hétérogénéité de développement et de mode de fonctionnement, certaines commençant à se déployer autour de quelques thèmes prioritaires retenus en lien avec l'ARS, d'autres, ayant plus de recul et d'expérience, leur permettant d'impulser des démarches innovantes⁴³⁵. Si les questions organisationnelles et logistiques sont un préalable pour fonctionner (constitution d'annuaires de correspondants, protocolisations, utilisation d'outils communs – messagerie sécurisée...), il faut aussi une masse critique d'intervenants pour faire du pluridisciplinaire ambulatoire, ce qui suppose une activité d'animation et des démarches proactives en direction des acteurs susceptibles de jouer un rôle dans l'activité de la CPTS.

Pour garantir une bonne effectivité contribuant à l'amélioration des parcours de soins des personnes âgées et à l'optimisation des ressources locales⁴³⁶, cet engagement requiert du temps et de la pédagogie pour acculturer l'environnement aux modalités de fonctionnement et aux objectifs de la CPTS. Cette dynamique peut être encore renforcée par la création d'inter-CPTS sur lesquelles certaines ARS se sont positionnées en vue de mutualiser les bonnes pratiques et de porter des projets innovants.

Parmi les préoccupations mises en avant par les CPTS rencontrées par la mission, l'accès au médecin traitant, les soins non programmés ou la prévention croisent pour partie la question des personnes âgées dépendantes. A cet égard, deux sujets méritent d'être travaillés : la déclinaison médicosociale des CPTS et les approches globales du patient, incluant notamment une démarche de prévention et de repérage de la perte d'autonomie.

Pour nombre d'acteurs de terrain rencontrés par la mission, les personnels non médicaux intervenants à domicile sont un pilier du soin à domicile par leur connaissance des personnes âgées, leur présence souvent quotidienne à leur côté et leur capacité à faire remonter toutes les informations utiles. Pour autant, il semble que l'apport de ces personnels soit très insuffisamment intégré aux processus d'évaluation et de suivi, voire d'orientation des personnes âgées fragiles.

Le manque de communication sur fond de relation souvent très asymétriques avec les soignants est régulièrement souligné par les intéressés, dont certains critiquent plus particulièrement le manque d'intérêt des CPTS pour les dimensions sociale et médicosociale de l'accompagnement des personnes âgées, alors même qu'il s'agit pour ce public d'éléments d'appréciation importants dans les choix à opérer.

⁴³⁴ Mission « Tour de France des CPTS », initiée en mars 2023 par la ministre Agnès Firmin le Bodo conduite par Albert Lautman (CPAM Essonne), Marie-Hélène Certain (médecin généraliste en MSP) et Hugo Gilardi (DGARS HDF)

⁴³⁵ CPTS intégrant une activité de téléconsultation assistée (consultation patient accompagné d'un pharmacien, un infirmier ou un médecin, et réalisée avec des dispositifs médicaux connectés) dans le cadre de l'amélioration des soins non programmés.

⁴³⁶ Aux dires d'acteurs de terrains, en plus d'améliorer leur effectivité, les CPTS dynamiques contribueraient aussi à l'attractivité territoriale en suscitant l'installation de jeunes médecins.

Évoquant plus généralement le travail de la CPTS locale qui se fait sans les acteurs du médico-social sur les sorties d'hôpital, une responsable de services sociaux d'un département visité par la mission estime que « rien n'est fait pour les aider à participer aux réunions de la CPTS » (centrée sur le médical et dont la participation des seuls intervenants sanitaires fait l'objet d'un soutien financier) et considère que "l'impulsion doit venir des institutions », ARS et conseils départementaux notamment.

3.2.2 Optimiser le temps de soins en direction des personnes âgées

Des acteurs institutionnels rencontrés en d'autres endroits par la mission confirment ce besoin et plaident pour une déclinaison médico-sociale des CPTS sur la base de conventions en lien avec des parcours. Certains évoquent par ailleurs l'intérêt que les CPTS auraient à s'adosser une infirmière en pratique avancée (IPA)-maladie chronique qui pourrait répondre au déficit de médecins à domicile et en Ehpad sur certains territoires défavorisés. Sous réserve d'une formation ad hoc, et dans la reconnaissance d'une approche populationnelle demandée par les IPA, cette IPA-maladie chronique dédiée au grand âge contribuerait par son expertise gérontologique à la coordination des soins en soutien des missions des DAC et des CPTS⁴³⁷.

Dans le même ordre d'idée, une CPTS a attiré l'attention de la mission sur une expérimentation en cours (Équilibres, pour Équipes d'infirmières libres, responsables et solidaires)⁴³⁸ qui teste la possibilité d'une prise en charge globale du patient, par une IDEL rémunérée au forfait⁴³⁹ et chargée, en plus de réaliser les actes prescrits par le médecin, de conduire périodiquement une évaluation multidimensionnelle (biopsychosociale) au domicile de la personne âgée en vue d'ajuster en lien avec le médecin sa prise en charge au plus près de ses besoins, tout en proposant des actions de prévention et d'éducation en santé. Outre d'améliorer la qualité de vie, l'objectif poursuivi est de maintenir la personne au domicile en limitant la consommation de médicaments, les passages aux urgences et les hospitalisations, et en limitant/retardant les orientations en Ehpad.

Un moyen complémentaire de dégager du temps médical à destination des personnes âgées dépendantes est de favoriser la réalisation de consultations médicales. A cet égard, l'extension récente (juillet 2023) de la rémunération forfaitaire « majoration personnes âgées » (MPA) destinée aux médecins traitants pour tenir compte du suivi spécifique de leurs patients âgés de plus de 80 ans, à des patients de plus de 80 ans dont ils ne sont pas le médecin traitant, constitue une avancée parmi d'autres.

⁴³⁷ L'Association française des IPA en gérontologie (Afipag), la Société Française de Gériatrie et de Gérontologie (SFGG) et le Collège National des Enseignants en Gériatrie (CNEG) plaident pour l'instauration d'une formation et de la reconnaissance du métier d'IPA en gérontologie (IPAG), sujet soumis à la réflexion de la part des pouvoirs publics qui disent cependant avoir le souci d'éviter les doublons avec les IPA maladies chroniques et la multiplication des approches spécialisées (intervention au Sénat le 6 octobre 2022 de Mme Firmin Le Bodo, ministre délégué à l'organisation des territoires et des professions de santé).

⁴³⁸ Expérimentation article 51, inspirée du modèle hollandais Buurtzorg et initiée par l'association Soignons Humain, qui sera évaluée au bout de trois ans notamment en termes d'impact sur la qualité de vie des patients, d'hospitalisations d'urgence, de départs en établissement ou de consommation de médicaments.

⁴³⁹ Les IDEL ne sont plus rémunérées à l'acte mais au forfait selon un tarif qui comprend les déplacements (sans majoration les dimanches et les jours fériés) qui permet de passer plus de temps avec les patients.

3.2.3 Favoriser l'acculturation des professionnels de santé aux spécificités du soin aux personnes âgées et à la prévention de la perte d'autonomie

Si une meilleure coordination et un renforcement du temps médical et paramédical dédié aux personnes âgées en ambulatoire sont souhaitables, il est aussi nécessaire de renforcer les compétences des acteurs du soin en les acculturant au vieillissement, à ses enjeux, et à la prévention de ses complications.

A côté des formations axées sur la spécificité de la personne âgée et les enjeux de sa prise en charge, il est tout aussi important de favoriser l'usage chez les professionnels de santé d'outils d'évaluation permettant de l'appréhender dans ses différentes dimensions (environnementale, fonctionnelle, somatique, psychique) pour mieux intégrer sa fragilité et proposer, le cas échéant, la prise en charge la plus adaptée à sa situation.

La prévention de la perte d'autonomie vise à anticiper et à accompagner les effets du vieillissement⁴⁴⁰. Partant du principe que « la perte d'autonomie n'est pas liée à l'âge mais à la maladie », son but est d'influencer positivement le quotidien des personnes en suscitant leur participation active aux pratiques préventives dès 40-45 ans (moment où apparaissent notamment les premières altérations sensorielles), avec un renforcement aux alentours de la retraite (62-67 ans) et lors de la période à risque d'incapacités (75-80 ans).

Parmi les actions à développer, le programme ICOPE⁴⁴¹ repose sur une approche proactive du vieillissement dont l'enjeu est de retarder ou de limiter la perte d'autonomie en repérant précocement les facteurs de fragilité chez les personnes de 60 ans et plus, autonomes et vivant à domicile avec une priorisation sur les seniors en situation de vulnérabilité.

Le déploiement de ce programme s'appuie sur des organisations pluri-professionnelles d'acteurs de soins primaires formées à cet enjeu et leur capacité à interagir dans une approche communautaire coordonnée. Il s'inscrit plus largement dans le souhait des autorités de santé de participer au changement des mentalités et de représentations de toute la société autour du vieillissement, « la transition démographique conduisant d'ici 2030 vers une société où les plus de 65 ans seront plus nombreux que les moins de 15 ans »⁴⁴².

A partir de tests simples, une évaluation des six fonctions essentielles (*locomotion, état nutritionnel, santé mentale, cognition, audition et vision*⁴⁴³) est réalisée de manière périodique en auto-évaluation ou par un professionnel (infirmier, kinésithérapeute, travailleur social...) avec l'appui d'outils numériques. Si une fragilité est repérée, une évaluation approfondie est réalisée et un suivi personnalisé mis en place. L'accompagnement proposé permet à la personne de s'impliquer activement dans le renforcement ou la préservation de ses capacités.

⁴⁴⁰ Déployée par les pouvoirs publics depuis le début des années 2000, la prévention de la perte d'autonomie a fait l'objet de focus récents, tel que le Plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie (2015), la feuille de route Grand âge et autonomie (2018) et la stratégie « Vieillir en bonne santé » 2020-2022. Elle s'appuie aussi sur le site www.pourbienvieillir.fr qui propose une cartographie de l'offre des actions collectives de prévention par territoire

⁴⁴¹ L'approche ICOPE (Integrated care for older people ou soins intégrés pour les personnes âgées) est un programme validé en 2018 par l'OMS qui vise le dépistage multidimensionnel du déclin fonctionnel lié à l'âge.

⁴⁴² Éditorial d'Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé, Vieillir en Bonne santé 2020-2022

⁴⁴³ Ces fonctions qu'on commence à perdre assez tôt (vue de 40 à 50 ans, mémoire et audition entre 50 et 60 ans, mobilité et nutrition entre 60 et 70 ans) la dégradation de l'une pouvant retentir sur les autres.

Prévues dans la cadre de la stratégie « Vieillir en bonne santé » 2020-2022 et soutenues par le ministère de la santé, des expérimentations article 51 du repérage précoce des déficiences en institution comme à domicile via ICOPE⁴⁴⁴ sont en cours pour s'assurer de la faisabilité du modèle en vie réelle et dans différents contextes territoriaux, et identifier les caractéristiques des différents modes d'approche ainsi que les freins et les leviers dans la réussite de la démarche.

Dans la perspective de « repousser les limites » du domicile, la prévention des chutes et la lutte contre l'isolement constituent également des objectifs prioritaires. Facteur déclenchant d'entrée en établissement et de perte d'autonomie⁴⁴⁵, les chutes font l'objet d'une stratégie dédiée depuis 2022 (plan triennal anti-antichute des personnes âgées) visant à améliorer le repérage et l'alerte, l'aménagement du logement, l'accès aux aides techniques à la mobilité, et à promouvoir l'activité physique et la téléassistance.

Mais son déploiement se heurte à plusieurs difficultés. D'une part, la capacité à apporter des aides techniques (notamment des solutions domotiques) aux personnes en limite de maintien à domicile n'est pas pleinement assurée en raison du bridage des plans d'aide APA, le recours aux aides techniques décroissant lorsque les besoins augmentent pour favoriser l'aide à la personne. Dans le même esprit, la faiblesse des prestations de vie sociale limite la promotion de l'activité et la stimulation des personnes, qui constituent un facteur protecteur de chute.

D'autre part, la lutte contre la iatrogénie médicamenteuse, certes traitée par ailleurs, est à peine évoquée dans le plan alors que la polymédication fréquente chez les personnes âgées est considérée comme un facteur avéré de chutes. Il paraît indispensable que cet élément apparaisse plus clairement dans l'action en ce domaine, à travers des actions d'information et de communication sur les effets des médicaments et les usages (somnifères, anxiolytiques, automédication etc.) en direction des personnels soignants, mais également de la population.

Enfin, un travail reste à conduire sur la façon de réagir aux chutes pour prévenir l'effet d'emballlement qui peut suivre l'événement (augmentation brutale de la perception de la fragilité de la personne sans rapport nécessaire avec son état, angoisse des familles, anxiété de la personne qui l'incite à moins se déplacer (syndrome post chute⁴⁴⁶), lassitude éventuelle des services et des professionnels après plusieurs relevages avec hospitalisation...

La prévention est donc un travail crucial qui doit permettre de façon globale de ralentir la progression des pathologies ou des limitations fonctionnelles et de mobiliser les capacités des personnes pour préserver leur autonomie. La durée moyenne de perception de l'APA étant de 3 ans pour les hommes et de 4 ans pour les femmes, tout recul de l'aggravation des troubles pouvant conduire à ce que ces troubles n'interviennent pas avant le décès.

⁴⁴⁴ Sur la région Occitanie engagée activement et de manière historique sur la prévention de la perte d'autonomie, l'objectif est de pouvoir éviter 150 000 situations de dépendance d'ici 5 ans via ICOPE en touchant 2 millions de séniors.

⁴⁴⁵ Chaque année, 2 millions de chutes de personnes âgées de plus de 65 ans sont responsables de 10 000 décès, la première cause de mortalité accidentelle dans cette tranche d'âge, et de plus de 130 000 hospitalisations.

⁴⁴⁶ Le syndrome post-chute ou régression psychomotrice est une complication fonctionnelle aiguë des chutes à l'origine d'une incapacité motrice et/ou cognitive totale ou partielle. Il s'agit d'une urgence gériatrique car tout retard dans son diagnostic et sa prise en charge peut entraîner une cascade pathologique souvent dramatique pour la personne âgée.

Le maintien des capacités fonctionnelles et l'adaptation à leur perte au Danemark (cf. annexe 15 relative à l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie au Danemark)

Au Danemark, les programmes de réhabilitation mettent l'accent sur l'autonomisation de la personne qui subit des limitations fonctionnelles et se distinguent d'une approche purement compensatoire de la perte d'autonomie. Il s'agit à la fois d'améliorer leur indépendance et leur bien-être dans leur vie quotidienne, en partant de leur propre vision de leur situation et de leurs objectifs de vie, et de limiter ainsi les dépenses de soins à domicile. Contrairement à l'aide à domicile « compensatoire », elle consiste en un programme d'entraînement de 12 semaines ciblé sur des objectifs de la vie quotidienne définis avec la personne aidée.

Rappelant à cet égard qu'un gain d'une année d'espérance de vie sans incapacité représenterait une économie de 1,5 Md€⁴⁴⁷ pour l'Assurance maladie, la fédération hospitalière de France a d'ailleurs proposé⁴⁴⁸ de faire de la prévention un « objectif de santé publique opposable », notamment en faisant de l'espérance de vie en bonne santé un objectif politique de 1er rang en le définissant comme un indicateur opposable de mesure de l'espérance de vie sans incapacité et en mettant en place un « forfait prévention » pérenne pour tous les ESMS (avec fixation d'objectifs à atteindre et d'indicateurs d'évaluation).

Dans les suites de l'installation du CNR « bien vieillir » en novembre 2022, le CESE a produit un avis sur la perte d'avis sur la prévention de la perte d'autonomie liée au vieillissement⁴⁴⁹ incluant. En plus de sensibiliser de la population et de la société aux enjeux du vieillissement, certaines de ces préconisations ont un caractère très opérationnel qu'il convient d'examiner (extension du dépistage multidimensionnel du déclin fonctionnel à de nouveaux territoires, mise en place d'un rendez de prévention dès l'âge de 55 ans pour sensibiliser et repérer les risques de dépendance⁴⁵⁰, prescriptions médicales d'activités physiques et diététiques...)

3.3 Limiter les hospitalisations évitables et les risques liées à l'hospitalisation

3.3.1 Prévenir les passages aux urgences et les hospitalisations évitables

Les passages aux urgences des personnes âgées représentent 10 % des passages en 2021, soit près de 2 millions de passages (SAE). En 2019, 46 % des hospitalisations des personnes âgées ont lieu après un passage aux urgences, contre 25 % pour l'ensemble de la population. Plus l'âge avance et plus cette probabilité augmente puisqu'à 85 ans, 63 % des personnes étaient hospitalisées via les urgences. (Source DGOS - Diamant PMSI 2019).

⁴⁴⁷ La prévention de l'autonomie des personnes âgées, rapport de la Cour des comptes, novembre 2021.

⁴⁴⁸ *Projet de loi portant mesures d'urgence et structurelles en faveur d'une société de la longévité*, FHF, 2023, (incluant la généralisation d'ICOPE d'ici 2027 ou la systématisation de la consultation de prévention à 75 ans).

⁴⁴⁹ *La perte d'avis sur la prévention de la perte d'autonomie liée au vieillissement*, avis du Conseil économique, social et environnemental sur proposition de la commission Affaires sociales et santé, avril 2023.

⁴⁵⁰ Alimentation, activité physique, sommeil, lien social, chutes, polymédication, dépistages organisés, logement...

D'après la HAS, plus de 30 % d'hospitalisations des personnes âgées seraient potentiellement évitables⁴⁵¹ et 18 % de réadmissions non programmées à J30.

Le pacte de refondation des urgences publié en 2019 prévoit par sa mesure 5 la généralisation d'organisations d'admissions directes non programmées (ADNP) des personnes âgées en service hospitalier afin de réduire les passages aux urgences évitables. Des crédits d'aide à la contractualisation ont accompagné la structuration des organisations sur les territoires sous la coordination des ARS⁴⁵².

Entre janvier et fin décembre 2022, 101 000 ADNP ont été enregistrées reposant diversement sur des plateformes gériatriques de régulation des urgences et d'admission directe (lignes téléphoniques pour médecins de ville et médecins coordonnateurs des EHPAD fonctionnant en semaine et en journée et faisant aussi du conseil, expertise, télé-expertise, hospitalisations complètes (HC) non programmées, etc.), formation des professionnels des Ehpads par les urgentistes et filières gériatriques, repérage au SU par une infirmière formée à la gériatrie.

Cependant, les filières gériatriques font aussi face à des difficultés, notamment de recrutement du fait des problématiques d'attractivité. Si la gériatrie est une discipline hospitalière reconnue⁴⁵³, les difficultés restent importantes tant à l'hôpital (fermetures de services, de lits en sortie du Covid) que dans le secteur médico-social. L'enquête de la SFGG de janvier 2023 met en lumière le volume important des fermetures de lits (25,7 % de lits fermés dans les 278 unités gériatriques, les services de soins médicaux et réadaptation étant les plus touchés par ce phénomène, phénomène lié de manière combinée à la charge en soins lourde, du manque d'effectifs infirmiers, médicaux et aides-soignants, de jour comme de nuit).

Face à ce constat alarmant, le ministère de la santé, qui a déjà renforcé les équipes Mobiles de Gériatrie (EMG) extrahospitalières et pérennisé des appuis gériatriques territoriaux et les hotlines en suite de la crise COVID, prévoit dès fin 2023 des travaux sur les filières gériatriques via la révision de la circulaire de 2007.

Généralisé à partir de 2016 via les coordinations territoriales d'appui (CTA) intégrées au sein des DAC à leur création, le programme PAERPA (parcours de santé de personnes âgées en perte d'autonomie) soutient la mise en place d'actions qui permettent d'éviter les passages inutiles à l'hôpital, telles que le repérage précoce des besoins de soins et d'accompagnement, les actions d'éducation thérapeutique, la circulation d'informations et la coordination entre professionnels, l'accès simplifié à des expertises gériatriques ou à un numéro unique de gériatrie.

A cet égard, le renforcement de l'offre des professionnels de soins d'amont et leur bonne coordination ainsi que leur acculturation au vieillissement et à ses enjeux est une des conditions évoquées infra (cf. § 3.2) pour affermir le maintien à domicile et réduire le recours par défaut aux urgences.

⁴⁵¹ *Évaluation de la prise en charge des personnes âgées selon le référentiel de certification, certification des établissements de santé - Fiche pédagogique - Personnes âgées - HAS Septembre 2020.*

⁴⁵² D'après la DGOS, 110M€ ont été délégués aux ARS entre 2020 et 2022. En 2023, en complément du soutien aux ARS, une part majoritaire de l'enveloppe totale soit 65M€ de financement sera déléguée aux établissements via les ARS fin 2023 au prorata de l'activité d'ADNP 2022-2023 et du recueil de ces admissions.

⁴⁵³ 500 établissements disposent d'une unité de médecine gériatrique, 13 000 lits en hospitalisation complète et 671 places en hospitalisation partielle, 347 600 séjours réalisés en hospitalisation complète et 77 000 en hospitalisation partielle en service de médecine gériatrique, 4 millions de journées d'hospitalisation (chiffres clefs, SAE 2021).

A l'occasion de ses déplacements, la mission a pris connaissance d'actions envisagées et parfois mises en place par les acteurs pour éviter les recours aux urgences en renforçant les capacités de veille et de réponse d'amont.

Parmi elles, certaines déclinaisons territoriales du plan antichute sont portées par les ARS et certains gérontopoles⁴⁵⁴, les chutes étant notamment responsables de 130 000 hospitalisations chez les personnes âgées de plus de 65 ans, dont une partie est évitable.

L'idée est généralement de recréer des sentinelles de première ligne impliquant les services départementaux de secours et d'incendie (SDIS) qui interviennent dans le relevage des chutes et, parfois aussi dans le repérage des fragilités⁴⁵⁵. Outre d'informer le médecin traitant en cas de chute, ce qui permet dans certains cas d'éviter l'hospitalisation, le SDIS local la signale au DAC qui va adapter le logement afin de prévenir de prochaines chutes ou d'atténuer leur gravité.

Dans le cadre de l'axe Ségur sur l'intéressement collectif, le service de médecine générale d'un hôpital de périphérie a proposé un projet d'admissions non programmées⁴⁵⁶ permettant d'éviter, si la situation l'autorise, de passer par les urgences du CHU en cas de chute⁴⁵⁷.

Sorte de centre ressource territorial en prévention de la dépendance permettant de coordonner le parcours, ce dispositif reposera sur une première ligne IDEL volontaires/SDIS/CH chargé de faire un premier diagnostic local avec des radios pour proposer le cas échéant, en lien avec le SAMU, des orientations vers le SSR, le domicile avec SSIAD ou l'EHPAD plutôt que sur le CHU.

Une autre action menée par la DT ARS d'un territoire rural de Haute-Vienne a consisté à mettre en place, en lien avec le conseil départemental de l'ordre des médecins (CDOM) et l'union régionale des praticiens de santé (URPS) local, une permanence des soins ambulatoires (PDSA) intervenant aussi en nuit profonde, qui aurait permis, grâce aux visites médicales effectuées, d'éviter 1 200 hospitalisations en 2022. Pour compléter cette sécurisation médicale des Ehpads, le CDOM a su mobiliser de jeunes retraités en tant que médecins référents dans des conditions acceptables⁴⁵⁸, le renforcement de la permanence médicale en EHPAD pour les demandes d'avis

⁴⁵⁴ Diffusé en 2022 par le ministère chargé de l'autonomie, le plan antichute des personnes âgées, énonce les grands axes de prévention et de prise en charge des chutes chez les personnes âgées de plus de 65 ans allant du repérage et de l'alerte à l'aménagement du logement et à la téléassistance en passant par les actions de prévention primaire (lutte contre la iatrogénie médicamenteuse, pratique de l'exercice physique).

⁴⁵⁵ D'après les travaux de l'atelier 10 Hôpital et personne âgée (concertation grand âge et autonomie, 2018) « l'implication des pompiers et des ambulanciers régulés par le SAMU dans l'identification des signaux d'alerte et dans l'orientation vers les dispositifs est également un des gages de l'efficacité de ce repérage et de cette bonne orientation ».

⁴⁵⁶ Dans le cadre d'un plan national pour l'admission directe non programmée des personnes âgées dont les termes sont rappelés par l'instruction du 19 avril 2023 de la DGOS, ces dispositifs expérimentés dans plusieurs territoires ont vocation à être généralisés dans les suites de la mission flash de l'IGAS sur les urgences. Le financement repose sur une enveloppe d'aide aux ARS de 110M€, à laquelle s'ajoute une part de l'enveloppe de crédits non reconductibles d'aide à la contractualisation de 65M€, dont l'intégralité devra être consacrée à ce sujet d'ici 2025.

⁴⁵⁷ Des IDEL volontaires SDIS ayant remarqué que certaines chutes relevées étaient orientées par défaut au CHU.

⁴⁵⁸ CDD d'un an renouvelable assurant une permanence deux jours par semaine sans avoir à s'occuper du pathos

urgents potentiellement réalisables en ambulatoire (visite par un médecin) pouvant réduire substantiellement les admissions aux urgences et de 45 % les décès hospitaliers⁴⁵⁹.

Considérant que 40 % des hospitalisations⁴⁶⁰ venant des EHPAD étaient évitables⁴⁶¹, le pôle gériatrique du CHU du même territoire a exploré d'autres axes d'intervention d'amont, visant à désengorger le SAMU-centre 15 et les services des urgences, tout en limitant les déplacements inutiles et à risque pour les personnes âgées : mise en place d'une hotline gériatrique pour conseiller les professionnels de santé et les orienter si besoin dans la filière⁴⁶², portage de l'expertise gériatrique aux EHPAD sans médecin coordonnateur, développement d'outils et de procédures de télé-médecine/télé-surveillance à domicile, travail d'amont avec l'association des CPTS et des hôpitaux de proximité pour que le CHU ne soit plus l'acteur de premier niveau.

Souhaitant optimiser le recours au SAMU et les passages aux urgences en renforçant les compétences des soignants en EHPAD dans la gestion des situations d'urgence et les collaborations des acteurs médico-sociaux et sanitaires, le ministère de la santé promeut les outils de télé-médecine ou les dispositifs vidéo permettant un lien facilité entre le SAMU et les EHPAD et le déploiement dans certaines régions via les filières gériatriques et les urgentistes d'une formation des professionnels des EHPAD sous la forme « train the trainer » (démarche ASSURE en régions Hauts-de-France, Occitanie et Ile-de-France et EHP'UR en région AURA).

Outre de renforcer les capacités de réponses sanitaires des Ehpads (cf. infra), une autre piste est de les former à recourir de manière opportune au SAMU et services des urgences, ce qui suppose en retour d'outiller ces services pour leur permettre d'orienter les personnes âgées vers les bons acteurs sociaux et médico-sociaux.

Le développement de la HAD et des EMG est un autre moyen de favoriser le maintien à domicile ou en Ehpads. Outre d'en renforcer les moyens, d'en structurer et d'en élargir le périmètre d'action (HAD), il faut :

- en faire connaître sur les modalités d'intervention aux professionnels intervenant auprès des personnes âgées à domicile et en ESMS ;
- en formaliser et en faciliter (hotline) les conditions d'intervention en articulation avec les DAC et en s'appuyant sur les CPTS, les réseaux de soins et les filières gériatriques ;

⁴⁵⁹ Factors influencing emergency hospital admissions from nursing and residential homes : positive results from a practice-based audit, Evans G. J, Eval Clin Pract. 2011 Dec;17(6):1045-9 ; Appropriateness of transferring nursing home residents to emergency departments: a systematic review, S. E Lemoyne , H. H. Herbots, D. De Blick , R. Remmen, K. G. Monsieurs , P. Van Bogaert, BMC Geriatrics 19, 17 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1028-z>

⁴⁶⁰ Le taux annuel d'hospitalisation des résidents en Ehpads est de 40 %, pour une durée moyenne 19 jours par an et 70 % des sorties de l'Ehpads sont liées à des hospitalisations, *Enquête PLEIAD*. Rolland Y, Andrieu S, Crochard A, Goni S, Hein C, Vellas B. *Psychotropic drug consumption at admission and discharge of nursing home residents*. J Am Med Dir Assoc 2012 ; 13(4) : 407 e7-12

⁴⁶¹ Selon le rapport *Charges et produits 2018 de la CNAM*, le fait d'être hébergé en EHPAD double le risque d'être un usager fréquent des urgences.

⁴⁶² Régulation de type SAMU proposant conseils, consultations, hospitalisations et bilan d'activité composée d'une équipe dédiée/mutualisée (PH, AS, IDE, AM) de 8h30 à 18h30 7 jours sur 7 (mesure 5 du plan de refondation des urgences), 471 appels sur plusieurs mois émanant à 90 % de médecins traitant, ayant donné lieu à 127 admissions directes (sur 144 hospitalisations directes en médecine, 90 % le sont par le biais de la plate-forme). Toutefois, ce chiffre est encore très insuffisant (correspond à deux hospitalisations directes par semaine alors que d'après les acteurs des urgences locales, il en faudrait plusieurs dizaines).

- en optimiser l'action en recourant aux outils connectés (HAD), voire à la télémédecine (EMG).

A cet égard, la déclinaison de la feuille de route HAD devrait permettre un up-gradage des règles de fonctionnement de la HAD tout en assouplissant la logique de déploiement et en élargissant le spectre de ses indications. Entendue par la mission, la DGOS déclare aussi veiller au renforcement de l'action extrahospitalière des EMG ainsi qu'à l'acculturation des services.

En cas d'hospitalisation inévitable, l'admission directe en service (gériatrie, médecine interne, médecine post urgence, SSR...) doit en principe être recherchée pour gagner en temps et en pertinence et limiter les risques iatrogéniques, en conformité avec l'instruction de la direction générale de l'offre de soins et le plan national conduit en la matière.

En tout état de cause, quel que soit leur niveau de déploiement, la question de territoire est cruciale et ces mesures ne peuvent pleinement être efficaces qu'à partir du moment où les acteurs du bassin de vie (ce qu'un médecin rencontré par la mission a appelé le « territoire gériatrique » et qui correspond à peu près au périmètre d'intervention de l'hôpital) se connaissent et apprennent à travailler ensemble⁴⁶³.

3.3.2 Adapter les hospitalisations aux particularités des personnes âgées

Constatant que l'hôpital est amené à se « gérialiser », le rapport Concertation Grand âge et autonomie » de 2019 appelle à un « changement de paradigme » de la prise en charge des personnes âgées reposant sur l'adaptation de son organisation à leurs spécificités.

Aux urgences, comme dans la suite du parcours hospitalier, la prise en compte de la situation sociale des personnes âgées peut être déterminante dans leur orientation. Or, par son insuffisance, le service social semble constituer un point de fragilité pour l'accueil⁴⁶⁴, l'accompagnement et la sortie des personnes âgées hospitalisées⁴⁶⁵.

Des personnes chargées de l'évaluation APA d'un département estiment ainsi, à l'instar d'aidants rencontrés sur le même territoire, que l'hôpital a tendance à « avoir la main lourde » en orientant les personnes en Ehpad, sans avoir la vision globale de la situation domiciliaire ni prendre suffisamment en compte la possibilité d'une majoration temporaire des troubles dans un contexte d'absence de vision globale et de carence de services sociaux hospitaliers.

A cet égard, le DAC peut jouer un rôle dans la gestion des urgences et les sorties d'hospitalisation, mais il faut aussi le connaître et savoir y recourir, ce qui n'est pas toujours le cas dans certains grands hôpitaux où le rôle des coordonnateurs est méconnu et appréhendé avec un sentiment de concurrence, constat qui plaide encore pour un rapprochement et une acculturation réciproque des acteurs du parcours de la personne âgée.

Une fois la personne âgée admise aux urgences, il faudrait qu'elle puisse être prise en charge de manière adéquate et sans temps d'attente, ce qui amène certains acteurs à demander une refonte

⁴⁶³ La gériatre doit connaître le médicosocial et le SSR en plus de l'Ehpad ou du court séjour.

⁴⁶⁴ Au sein des urgences d'un CHU visité par la mission, l'assistante sociale est présente 11 % du temps au total (salariée à mi-temps 5 jours sur 7 de 8h à 18h alors que les urgences fonctionnent en continu tous les jours de la semaine).

⁴⁶⁵ La fédération de services à la personne et d'aide et d'accompagnement à domicile (FEDESAP) estime qu'à l'hôpital les assistantes sociales n'accompagnent que 10 % du flux.

des filières en santé, estimant que tous les services doivent se réinventer pour mieux intégrer le vieillissement, en sortant de la logique des « spécialités d'exclusion » qui manquent de lits et de capacité de gradation des soins.

La Fédération hospitalière de France (FHF) considère pour sa part que des évolutions profondes sont nécessaires pour mettre en adéquation la formation des professionnels de santé et les besoins de santé de la population.

En tout état de cause, il faut a minima sensibiliser et former les professionnels hospitaliers aux spécificités des personnes âgées (poly-pathologies, souffrance psychique, troubles psycho-comportementaux, problématiques sociales) et favoriser, dans tous les services, l'accès à des compétences gériatriques ou à des intervenants dans la récupération de l'autonomie en adoptant une stratégie globale de prévention de la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation.

Outre d'optimiser l'accueil des personnes âgées de 75 ans en plus, admises dans le cadre d'hospitalisations non programmées, un des enjeux est de repérer les patients en risque de perte d'autonomie dans l'ensemble des services hospitaliers et de faciliter l'accès des patients âgés fragiles ou poly-pathologiques aux plateaux techniques⁴⁶⁶.

Pour relever le défi lié à la prise en charge hospitalière des personnes âgées, et compte tenu des tensions et désaffections dans le secteur hospitalier^{467,468}, il est nécessaire d'attirer et de fidéliser les personnels de santé⁴⁶⁹ en mettant en place des stratégies susceptibles de valoriser les fonctions, de favoriser les carrières, et d'améliorer les conditions de travail.

L'accent doit également être mis sur la formation des futurs soignants dont on a vu qu'elle souffrait de taux d'attrition en hausse ces dernières années tant que chez les infirmières que les aides-soignantes (cf. §2.1)

L'effort fait à l'occasion de crises Covid, avec des plans d'investissement et le Ségur de la Santé, doit se poursuivre en prenant en compte des liens dynamiques entre l'offre de soins en ville et à l'hôpital ainsi que leurs interactions plus que jamais nécessaires avec le secteur médico-social.

⁴⁶⁶ ONDPS – *Personnes âgées poly-pathologiques : quels enjeux de démographie médicale ?* Selon les auteurs, cela suppose plus généralement la diffusion de la culture gériatrique au sein de l'ensemble des unités dédiées aux patients de plus de 75 ans poly-pathologiques et à risque de perte d'autonomie avec une adaptation de la gouvernance permettant de mobiliser la communauté hospitalière.

⁴⁶⁷ D'après la FHF, 30 % des postes de praticiens hospitaliers publics sont vacants, 25 000 postes de professionnels paramédicaux sont vacants, dont 4 % à 5 % des postes d'infirmiers et 2,5 % des postes d'aides-soignants.

⁴⁶⁸ Avec un taux d'absentéisme supérieur à 10 %, et plus de 15 000 postes d'infirmiers et 5 000 postes d'aides-soignants vacants dans les établissements publics, le recrutement est devenu un défi majeur des politiques de ressources humaines, *Relever le défi de l'attractivité pour l'hôpital public*, Zaynab Riet, Les Tribunes de la santé 2023/2 (N° 76).

⁴⁶⁹ Dans le secteur du Grand Âge, la FHF considère que 100 000 postes supplémentaires devraient être créés d'ici à 2027 pour bien prendre en charge les personnes âgées, site FHF, avril 2022 (<https://www.fhf.fr/la-fhf-en-action-renforcer-lattractivite-des-metiers-de-la-sante-et-du-medico-social>).

3.3.3 Sécuriser la sortie d'hôpital

La sortie de l'hôpital suppose d'être préparée en prenant en compte la situation globale de la personnes âgée (évaluation médicale et psychosociale, capacité à faire certaines démarches⁴⁷⁰) et l'éventuelle perte d'autonomie, en prévoyant, le cas échéant, une transition via un hébergement temporaire, ou la mobilisation d'un SAAD/SSIAD ou SPASAD, et en veillant à la transmission des informations au médecin traitant.

En tant que de besoin, il faut pouvoir s'appuyer sur les DAC ou les outils comme le programme d'accompagnement du retour à domicile (PRADO)⁴⁷¹ ou l'aide au retour à domicile après hospitalisation (ARDH)⁴⁷² qui permettent de renforcer le maintien à domicile, de limiter l'entrée dans la dépendance quand elle est liée à un déficit de prise en charge des personnes dans les premiers pics de besoin, et de réduire ainsi les risques de réhospitalisation.

Les dispositifs hospitaliers tels que la HAD ou les EMG pouvant également jouer un rôle déterminant dans la sortie d'hôpital et la prévention des réhospitalisations, il convient d'en renforcer le développement.

Une attention particulière doit enfin être portée à la polymédication, fréquente, et à ses risques (effets indésirables, interactions médicamenteuses), pouvant conduire, quand elle est inappropriée, à une révision d'ordonnance avec le médecin traitant et le pharmacien d'officine.

3.4 Mieux organiser l'aval constitue un point d'amélioration crucial

Pour la personne âgée, l'hôpital du futur est l'hôpital où, dans l'idéal, elle peut éviter de se retrouver par défaut de soins d'amont ou, faute de pouvoir l'éviter, elle ne passe que le temps nécessaire, avec une prise en charge et une sortie adaptées à ses besoins et à ses capacités⁴⁷³.

L'enjeu est notamment d'éviter les hospitalisations au-delà des besoins de médicalisation mais en tenant compte de la situation globale de la personne. La diminution de la iatrogénie sera par ailleurs un bon indicateur de la progression de la qualité des soins. L'hôpital doit s'inscrire dans un parcours de soins sur site ou en allant au domicile des personnes âgées pour leur permettre de bénéficier des avancées et progrès de la médecine et de la chirurgie.

⁴⁷⁰ A défaut de pouvoir obtenir certaines aide-techniques (monte-escalier après AVC) dans un contexte de fracture numérique (demande se faisant par voie dématérialisée) ou faute de moyen pour avancer les frais, il arrive que la personne finisse par être orienté à l'Ehpad.

⁴⁷¹ Outil mis en place par l'assurance maladie et étendu aux personnes de 75 ans et plus afin d'accompagner l'assuré sur tous les aspects administratifs pour la prise en charge des soins à domicile, notamment après une intervention chirurgicale ou la prise en charge d'une maladie chronique (recherche du professionnel de santé qui effectue les soins et le suivi médical à domicile).

⁴⁷² Proposée par les caisses de retraite du régime général depuis 2003 aux pensionnés en GIR 5 ou 6 (voire GIR 4 provisoire si pronostic de récupération). Les deux offres (PRADO et ARDH) sont partiellement complémentaires, puisque Prado-PA peut comprendre une aide à domicile qui correspond à l'offre ARDH. Mais jusqu'en 2022 (un questionnaire unique a été mis en place fin 2021), elles n'étaient pas intégrées, facteur d'incompréhension pour l'utilisateur et complexité de gestion pour les équipes hospitalières en charge d'organiser le retour à domicile (La prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées, Cour des comptes - novembre 2021).

⁴⁷³ A cet égard, la DGOS évoque également une réforme en cours des transports sanitaires.

3.4.1 Pourvoir aux solutions temporaires

Il arrive que la personne âgée sortant d'hôpital (MC, SSR) ne soit pas en capacité de rejoindre immédiatement son domicile (domicile privé, RA, RSS, HI), ou qu'il faille un peu de temps pour l'adapter à sa situation (aménagement, organisation d'aides). Cela peut aussi être une manière de préparer son entrée en Ehpad ou en USLD.

L'objectif est alors de lui proposer un hébergement temporaire en Ehpad ou en USLD de quelques semaines lors duquel un projet de suite peut s'élaborer. D'après les interlocuteurs de la mission, c'est une démarche parfois lourde à organiser (nécessite d'être connu et mobilise du temps de coordination) en plus d'être plus onéreux⁴⁷⁴ (la contrainte étant pour les Ehpad de solvabiliser la totalité de la place, aucun établissement n'est prêt à ouvrir une place payée au réel).

A cet égard, un travail sur les hébergements temporaires en sortie d'hospitalisation est mené dans plusieurs territoires visités par la mission, avec un accent mis sur la bonne lisibilité du dispositif pour les hôpitaux qui ordonnent⁴⁷⁵.

Certains établissements de santé se sont dotés⁴⁷⁶ ou projettent de se doter d'une unité d'hospitalisation temporaire d'urgence dédiée aux personnes âgées médicalement sortantes avec un profil de vulnérabilité (fragilité, dépendance, isolement/précarité sociale...) afin d'éviter l'occupation inadaptée des lits en MCO et la prolongation contrainte en SSR ou pour préparer une sortie (retour domicile, orientation EHPAD) en lien avec le service social. Ces lits permettent aussi de prendre en charge des personnes âgées sortantes des urgences, sans possibilité d'accueil à court terme à domicile ou en EHPAD.

3.4.2 Adapter les moyens et le fonctionnement de l'Ehpad

De récents travaux portant sur la médicalisation des Ehpad⁴⁷⁷ pointent les manques persistants de personnels qualifiés et les effets de cette situation sur la prise en charge des résidents (leur état de santé dégradé les expose à un surcroît de passage à l'hôpital).

Ce constat est largement recoupé par les observations de la mission qui a pu apprécier l'importance des carences en personnels médicaux (insuffisance marquée de médecins coordonnateurs, carence, désengagement ou indisponibilité importants des médecins traitants) et paramédicaux (manque d'IDEC et d'aide-soignante, manque d'astreintes d'infirmier de nuit) dans les Ehpad, ainsi que la fréquence des orientations aux urgences de leurs résidents.

Le turn over important des personnels soignants et le recours à des intérim de nuit (et parfois de jour) qui ne connaissent pas les résidents et qui adressent aux urgences au moindre problème, le manque d'organisation et d'acculturation palliative, la prévention insuffisante de la perte

⁴⁷⁴ Places facturées au montant du forfait hospitalier (20 euros par jour) dans la limite de 30 jours.

⁴⁷⁵ Négocié lors du CPOM, le tarif de l'hébergement temporaire est plus élevé que le tarif habituel. De nombreux EHPAD accueillent dans un premier temps en hébergement temporaire avant de transformer en accueil permanent.

⁴⁷⁶ Il s'agissait d'un dispositif d'attente en CHU de 16 places (DMS 1 à 21 j) supposant une convention avec l'Ehpad et reposant sur la participation financière des familles, fermé après quelques années faute de personnel.

⁴⁷⁷ *La prise en charge médicale des personnes âgées en Ehpad*, cour des Comptes février 2022

d'autonomie et de la polymédication (et du suicide) ainsi que l'insuffisant maillage avec les acteurs du soin de ville et de l'hôpital (HAD, ESMP) accentue encore la situation.

Ces carences en personnels peuvent en particulier expliquer le manque de places et les temps d'attente pour une admission en Ehpad, mais ils jouent aussi un rôle dans la capacité de certains EHPAD à prendre en charge des personnes âgées venant du secteur des soins aigus.

Des évolutions sont nécessaires pour faire face à cette situation qui risque encore de se détériorer avec la hausse des besoins liés à la gérontocroissance, étant toutefois observé que si une partie de l'activité implique un renforcement « sanitaire » de l'Ehpad, une autre appelle des solutions plus médicosociales (AS spécialisé, MAS/FAM...).

En plus d'appeler à la mise en place d'unités spécialisées très médicalisées (unités de soins prolongés complexes ou USPC) pour les patients les plus lourds dont certains peuvent engendrer des hospitalisations sans solution, le rapport des Prs Jeandel et Guérin⁴⁷⁸ préconise des mesures visant l'amélioration de la qualité de la prise en charge et pouvant, pour certaines, contribuer à limiter passages aux urgences et hospitalisations :

- renforcement/diversification des personnels (valorisation de la coordination médicale et paramédicale, facilitation de l'intervention du médecin traitant, adoption de seuils minimaux en terme de ratios en personnel et de permanence IDE 24 h/24 h incluant une astreinte de nuit, déploiement extrahospitalier des équipes mobiles de gériatrie et de l'HAD en Ehpad,...)
- adaptations organisationnelles (généralisation du tarif soin global, poursuite du déploiement des dispositifs d'hébergement temporaire, meilleure insertion dans les filières territoriales, ajustements architecturaux, activité de centre de ressources,...),
- bonnes pratiques : financement sur les besoins et non sur les ressources, sécurisation/réduction du risque médicamenteux, renforcement de la dimension de rééducation, réadaptation, réhabilitation, ré-autonomisation, prévention de l'aggravation de la perte d'autonomie...)

Ces recommandations recourent pour partie celles de la Cour des comptes qui propose « le développement de bonnes pratiques dans toutes les activités des établissements afin de les aider à définir une organisation optimale aussi bien en matière de taux d'encadrement, que de formation des personnels ou de développement d'actions de prévention », la structuration de filière territoriale ainsi que le passage au tarif global.

D'après le Pr Jeandel, la réforme d'une partie des USLD en USPC pourrait permettre le renforcement des Ehpads et leur capacité à intervenir auprès des résidents les plus vulnérables requérant en soins continus⁴⁷⁹ et, pour certains à risque de décompensations, notamment les résidents atteints de maladies chroniques et ceux en fin de vie.

Rien en revanche ne porte sur la transformation domiciliaire et peu, sur la dimension « lieu de vie » de l'Ehpad, éléments d'autant plus déterminants en termes d'attractivité, que les séjours des résidents peuvent s'étaler sur plusieurs années (cf. annexe 7 relative aux Ehpads) et que l'incidence

⁴⁷⁸ <https://solidarites.gouv.fr/remise-du-rapport-sur-les-usld-et-ehpad-par-les-professeurs-claude-jeandel-et-olivier-guerin>

⁴⁷⁹ Les profils d'USLD définis dans la circulaire de 2007 correspondent en fait aux publics accueillis en Ehpads qui relèvent pour beaucoup des soins de longue durée.

de la qualité environnementale est démontrée tout particulièrement pour les personnes atteintes de maladies neurodégénératives (importance de petits espaces conviviaux, "comme à la maison", développement des interventions non médicamenteuses).

La question de la place et de l'organisation de l'Ehpad dans la prise en charge de la dépendance doit aussi se poser dans le contexte des offres alternatives, une partie des profils aujourd'hui hébergés en Ehpad le seront demain dans des environnements différents (RA, HI) dont il faut s'assurer qu'ils puissent les accueillir dans de bonnes conditions et avec l'environnement de soins adaptés, quitte à les orienter vers l'Ehpad ou l'hôpital si la situation l'impose.

3.4.3 Soutenir les aidants

Quelles que soit les évolutions envisagées pour les Ehpad en termes qualitatifs et capacitaires, et malgré l'existence d'une offre alternative, le maintien à domicile demeure un choix prévalent. Avec la transition démographique et les évolutions épidémiologiques associées, la place et le rôle des aidants n'en seront que plus marqués, nécessitant qu'on prenne aussi soin d'eux (prévention et de prise en charge de leur épuisement et ses conséquences sur la santé)⁴⁸⁰, notamment en les soulageant des actes "professionnels" (toilette, habillage...) particulièrement délétères pour leur santé en majorant l'aide apporté aux personnes en situation de dépendance.

A cet égard, la loi d'adaptation de la société au vieillissement (loi ASV) de 2015 prévoit un développement du droit au répit des aidants, en favorisant notamment l'accueil de jour ou de nuit, l'hébergement temporaire en établissement ou l'accueil familial, ou encore un relais à domicile. Des aides en cas d'hospitalisation du proche aidant ont également été mises en place pour subventionner un hébergement temporaire.

Dans la pratique, l'accueil temporaire se passe d'autant mieux qu'il est régulier. En plus d'apporter un soulagement à l'aidant, cette régularité de l'accueil est aussi un mode d'entrée dans la filière des aidés atteints de troubles neurodégénératifs, l'accès à la consultation mémoire, et à l'accueil de jour permettant de maintenir leurs capacités résiduelles, et, si le besoin s'en fait un jour sentir, d'amorcer leur accueil d'aval dans une structure adaptée.

D'après la Drees⁴⁸¹, les séjours en accueil de jour ou en hébergement temporaire deviennent plus fréquents. Fin 2019, 10 300 résidents sont accueillis en hébergement temporaire, contre 8 400 quatre ans plus tôt. De manière analogue, 11 700 personnes sont accueillies en centre d'accueil de jour, soit 3 000 de plus qu'en 2015.

Mais qu'il s'agisse d'aider les aidants (ou de pallier les situations de blocages hospitaliers évoquées plus haut), ce dispositif, qui fonctionne moins bien en période estivale malgré les attentes de beaucoup de familles, est très loin de couvrir les besoins.

Une mission IGAS a fait un état des lieux récent des solutions de répit existantes⁴⁸² (plateforme d'accompagnement, relayage à domicile, accueil temporaire, séjour vacances...), pour les aidants et des freins à leur développement :

⁴⁸⁰ Le plan Alzheimer 2008-2012 souligne qu'il existe pour les aidants au domicile un risque de mortalité de 60 % dans les 3 ans qui suivent le début de la maladie de leur proche.

⁴⁸¹ Des résidents de plus en plus âgés et dépendants dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées, Angélique Balavoine, Études et Résultats, n° 1237, Drees, juillet 2022.

⁴⁸² Soutenir les aidants en levant les freins au développement de solutions de répit, Émilie Faucher-Magnan, Pr. Bertrand Fenoll, Olivier Toche, rapport n°2022-032R, IGAS Décembre 2022

Constatant que les financements pour soutenir l'offre de répit, prévus par la Stratégie Agir pour les aidants lancée fin 2019, « sont restés en retrait par rapport aux ambitions initiales », elle préconise de conforter les plateformes d'accompagnement et de répit et les rendre plus visibles et mieux insérées.

Elle recommande également de faciliter le développement du répit à domicile et d'adapter l'offre d'accueil temporaire en établissement médico-social notamment aux personnes âgées présentant des troubles du comportement, des profils « atypiques » comme les patients jeunes...) ou pour certaines modalités d'accueil (accueil en urgence, séjours très courts, ...).

Elle invite enfin à renforcer les solutions de répit, à travers des compléments répit au sein des allocations existantes, tout en menant une réflexion sur des financements dédiés aux aidants.

ANNEXE 11 : Personnes âgées et accompagnement de la fin de vie

ANNEXE 11 : PERSONNES AGEES ET ACCOMPAGNEMENT DE LA FIN DE VIE	355
INTRODUCTION.....	356
1 CONTEXTE GENERAL.....	357
1.1 QU'ENTEND-T-ON PAR FIN DE VIE ?.....	357
1.2 LES PERSONNES AGEES DEPENDANTES PERCEVANT L'APA SONT-ELLES TOUTES DES PERSONNES EN FIN DE VIE ?.....	358
1.3 UNE OFFRE QUI PEINE ENCORE A SE DEPLOYER DE MANIERE SATISFAISANTE.....	361
1.3.1 <i>Une organisation de l'offre qui tend progressivement à s'adapter aux besoins de prise en charge ainsi qu'à l'environnement de vie.....</i>	<i>361</i>
1.3.2 <i>Une forte montée en charge et un déploiement continu mais avec d'importantes marges de progression</i>	<i>362</i>
2 LA SITUATION PLUS PARTICULIERE DES PERSONNES AGEES, NOTAMMENT EN PERTE D'AUTONOMIE	364
2.1 DES BESOINS D'ACCOMPAGNEMENT DE FIN DE VIE EN FORTE PROGRESSION	364
2.2 UNE COUVERTURE INSUFFISANTE DES BESOINS EN SOINS PALLIATIFS	365
2.2.1 <i>Une très nette marge de progrès en Ehpad.....</i>	<i>365</i>
2.2.2 <i>Le domicile est également sous investi</i>	<i>367</i>
2.2.3 <i>Les habitats intermédiaires se sont peu investis du sujet.....</i>	<i>368</i>
2.3 UN MANQUE DE MOYENS DOUBLE D'UN MANQUE DE COORDINATION ET DE FORMATION DES ACTEURS.....	369
2.3.1 <i>Situation en Ehpad</i>	<i>370</i>
2.3.2 <i>Situation à domicile.....</i>	<i>372</i>
2.3.3 <i>Situation en habitats intermédiaires</i>	<i>374</i>
2.4 BONNES PRATIQUES ET RECOMMANDATIONS POUR LE DEPLOIEMENT DES SOINS PALLIATIFS EN DIRECTION DES PERSONNES AGEES EN FIN DE VIE.....	375
3 POUR CONCLURE.....	379

Introduction

Si elle peut susciter des actions de soins, l'approche de la personne atteinte de maladie ou en fin de vie et de sa famille ne s'y réduit pas. L'accompagnement en fin de vie déborde l'approche spécifique de la phase terminale dès lors qu'il concerne la continuité du cheminement de la personne dans sa maladie⁴⁸³.

Pour le soignant, l'accompagnement de fin de vie peut être déroutant dans la manière de le confronter à ses propres limites (et en particulier les limites de son savoir s'il n'a pas été formé à la culture palliative et à l'accompagnement de la fin de vie) et à l'incertitude. C'est particulièrement vrai pour les médecins dont la formation est basée sur la décision et l'action, et pour lesquels il peut être difficile d'accepter de ne pas pouvoir s'inscrire dans une stratégie curative et d'agir dans une dynamique palliative, et de se départir d'un rôle centré sur l'action de guérir pour occuper une place d'être humain auprès de l'autre quel que soit le projet de soin et d'accompagnement à l'œuvre sachant que les deux stratégies partagent la même exigence en termes d'humanité⁴⁸⁴.

L'accompagnement ne concerne pas que des soignants mais peut aussi reposer sur des bénévoles d'accompagnement⁴⁸⁵ qui renforcent le confort psychologique et social des personnes malades et de leurs proches et participent à la qualité de leur parcours en soins palliatifs ou en situation de fin de vie.

S'inscrivant dans cette démarche d'accompagnement, les soins palliatifs ont pour objectif de préserver la qualité de vie, de soulager les douleurs physiques et morales et tous les autres symptômes gênants. Toutes les personnes atteintes d'une maladie grave, évolutive, mettant en jeu le pronostic vital, en phase avancée ou terminale, peuvent bénéficier des soins palliatifs et de l'accompagnement.

Les soins palliatifs prennent également en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle de la personne malade et de sa famille. Les soins palliatifs ne concernent pas seulement les derniers jours de la vie. On peut y recourir tôt dans la maladie, pour aider à mieux la vivre et anticiper les difficultés qui pourraient survenir. Lorsque les traitements spécifiques comme la chimiothérapie n'apportent plus de guérison ou de rémission durable, les soins palliatifs visent alors prioritairement à améliorer la qualité de vie du patient dont l'issue irrémédiable désigne alors la fin de vie.

⁴⁸³ Accompagnement des personnes en fin de vie et de leurs proches, conférence de consensus, HAS, 2004.

⁴⁸⁴ Accompagner la fin de vie & principaux repères des soins palliatifs, G. Hirsch, Études sur la mort 2, n°138, 2010/2

⁴⁸⁵ Le bénévole d'accompagnement n'est ni un professionnel de santé, ni un psychologue. Il n'a pas d'action thérapeutique, n'a pas accès au dossier médical et ne prend jamais part aux décisions d'ordre médical. Il est formé à l'écoute de l'autre par une association de bénévoles d'accompagnement agréée.

La précocité de la prise en charge palliative permet d'améliorer la qualité des soins⁴⁸⁶ et de modérer son coût mais les patients semblent encore trop tardivement accueillis à l'hôpital et pas assez accompagnés à domicile ou en Ehpad⁴⁸⁷.

1 Contexte général

La mission a centré sa réflexion sur les alternatives à l'Ehpad dans la double perspective d'un maintien à domicile plus fréquent et d'une hausse à venir du nombre des personnes présentant des situations de dépendance et/ou d'altérations de santé souvent marquées et évolutives.

Quel que soit l'endroit où ces personnes décèderont, la question de l'accompagnement de fin de vie va se poser avec une acuité particulière, qui appelle un état des lieux du dispositif de prise en charge mobilisable à cet effet.

Les données sur la fin de vie existent⁴⁸⁸ sans faire l'objet d'un recueil systématique (peu de chose sur le domicile, où tous les actes ne sont pas tracés) ni toujours très précis (notamment s'agissant des trajectoires de fin de vie). Si tous les dispositifs de collecte, d'étude ou d'enquête abordent le sujet des personnes âgées, rares sont ceux qui ciblent spécifiquement ce public.

1.1 Qu'entend-t-on par fin de vie ?

Selon le Code de la santé publique, la « fin de vie » désigne les derniers moments de vie d'une personne arrivant en phase avancée ou terminale d'une affection/maladie grave et incurable. Mais la durée précise de la fin de vie est particulièrement difficile à apprécier. Les professionnels de santé et les pouvoirs publics raisonnent le plus souvent autour d'une temporalité comprise entre trois mois et un an alors que les personnes âgées et leurs proches associent la notion de fin de vie aux jours qui précèdent le décès, voire à l'agonie⁴⁸⁹.

Les chercheurs et les autorités publiques retiennent habituellement deux définitions de cette notion. La première associe la fin de vie à une estimation de la durée de vie restante : le pronostic vital est engagé à court ou moyen terme. La seconde associe la fin de vie à l'évolution d'une pathologie grave qui rentre en phase avancée, potentiellement mortelle (cancer, défaillance d'organes, maladie neurodégénérative, etc.)⁴⁹⁰.

⁴⁸⁶ Le plan soins palliatifs 2021-2024 rappelle en préambule que « les soins palliatifs parce qu'ils visent « à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage », figurent parmi les droits de la fin de la vie. Mais ils sont surtout des temps de soins et d'accompagnement de vie qui contribuent à de meilleures conditions de vie et, dans certains cas, à une augmentation de la survie »

⁴⁸⁷ Les soins palliatifs, communication de la Cour des comptes à l'Assemblée nationale, juillet 2023.

⁴⁸⁸ L'Atlas national des soins palliatifs et de la fin de vie du centre national des soins palliatifs et de la fin de vie (qui portait initialement le nom d'observatoire de la fin de vie) décrit l'offre de soins palliatif (dernières données 2023)

⁴⁸⁹ ONFV. Fin de vie des personnes âgées. Sept parcours ordinaires pour mieux comprendre les enjeux de la fin de vie. Paris : Observatoire National de la Fin de Vie, 2013.

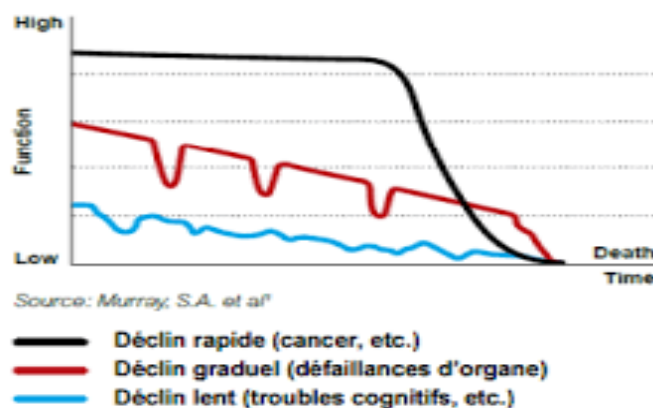
⁴⁹⁰ Fin de vie, mots et formulations de l'anticipation définis juridiquement ou d'usage coutumier par les professionnels des soins palliatifs, Ministère chargé de l'Organisation territoriale et des Professions de santé, février 2023.

A cet égard, le Centre National des Soins Palliatifs et de la Fin de Vie retient trois trajectoires de patients selon des catégories de pathologies ayant entraîné le décès.

- Trajectoire 1 - Déclin rapide : décès suite à une maladie à évolution progressive, comportant une phase terminale relativement identifiable et rapide (cancers notamment, pour lesquels les personnes âgées de plus de 75 ans représentent 50 % des décès d'après SPF). Le déclin dure souvent quelques années mais la phase terminale est généralement limitée à quelques mois. En 2014, ce tableau concernait près de la moitié des décès en population générale (48 %), incluant des patients de tout âge, dont des personnes âgées (36 % des décès enregistrés chez les plus de 75 ans) ;
- Trajectoire 2 - Déclin graduel : décès suite à une maladie marquée par un déclin graduel mais ponctuée par des épisodes de détérioration aigus et certains moments de récupération, avec une mort parfois soudaine et inattendue (défaillances cardiopulmonaires, maladies métaboliques, affections de l'appareil digestif, etc.). Le déclin dure entre 2 et 5 ans mais la mort est généralement soudaine. Ce tableau correspondait à 38 % des décès en 2014 (43 % des décès enregistrés chez les plus de 75 ans)
- Trajectoire 3 - Déclin lent : décès à la suite d'une maladie définie par un déclin graduel et prolongé, typique des personnes âgées et fragiles ou des personnes atteintes de démence /troubles cognitifs. La période de déclin est variable mais généralement longue, elle peut durer jusque 6-8 ans. Ce tableau concernait 18 % des décès en 2014 (21 % des décès enregistrés chez les plus de 75 ans).

Les décès se produisent majoritairement autour de l'âge de 85 ans pour les hommes et de 90 ans pour les femmes.

Graphique 1 :Principales trajectoires de fin de vie



Source : CNFVS, 2023

1.2 Les personnes âgées dépendantes percevant l'APA sont-elles toutes des personnes en fin de vie ?

La fin de vie des personnes de plus de 75 ans se mesure donc dans la majorité des cas en années (presque deux cas sur trois). Or la durée médiane de présence en Ehpad avant décès est d'environ

de deux ans en France en 2019 (voir l'annexe relative aux Ehpad). On peut donc considérer que la quasi-totalité des personnes vivant en Ehpad sont pratiquement en fin de vie.

Concernant la durée totale de perception de l'APA parmi les gens qui décèdent dans l'année, la médiane était en 2011 de 2,5 ans à domicile et de 3,8 ans en établissement⁴⁹¹ (voir tableau 1 ci-dessous⁴⁹²). En d'autres termes, la grande majorité des personnes qui bénéficient de l'APA à domicile peuvent être considérés comme en fin de vie.

Tableau 1 : Durée totale de perception de l'APA en années, 2011

		Répartition	Moyenne	Médiane	Quartile inférieur	Quartile supérieur	Écart type
Sexe	Homme	33%	2,9	2,2	0,8	4,4	3,2
	Femme	67%	3,9	3,6	1,6	6,1	3,6
Dernier lieu de résidence	Domicile	53%	3,1	2,5	1	4,8	3,0
	Établissement	47%	4,1	3,8	1,7	6,3	4,4
Ensemble		100%	3,6	3,1	1,2	5,6	3,5

Lecture > La moitié des hommes ont perçu l'APA durant moins de 2,2 ans.

Champ > France métropolitaine, bénéficiaires de l'APA sorties du dispositif en 2011.

Source > DREES - Remontées individuelles APA-ASH 2011.

Source : Drees, *La durée de perception de l'allocation personnalisée d'autonomie, Les dossiers de la Drees, oct. 2018, n°29*. Note de lecture : 80 % des motifs de sortie sont le décès du bénéficiaire.

Les personnes qui décèdent en étant bénéficiaires de l'APA (tab. 2) avaient, en médiane, une ancienneté dans la prestation de 3,2 ans (domicile et établissement réunis) (2,3 pour les hommes, 3,8 pour les femmes). La majorité des décès intervient pour des personnes en GIR 2 (41 %) mais un décès sur quatre d'un bénéficiaire de l'APA concerne des personnes en GIR 4 (24 %).

Tableau 2 : Profil des personnes sorties de l'APA selon le sexe

Motif de fermeture des droits	Dernier type d'APA		GIR de sortie					Âge médian à la sortie	Durée médiane d'APA (en année)
	D	E	1	2	3	4	Total		
Décès	70%	90%	18%	41%	18%	24%	100%	87,7	3,2
Hommes	78%	91%	14%	40%	20%	26%	100%	85,7	2,3
Femmes	66%	89%	20%	41%	17%	22%	100%	88,7	3,8

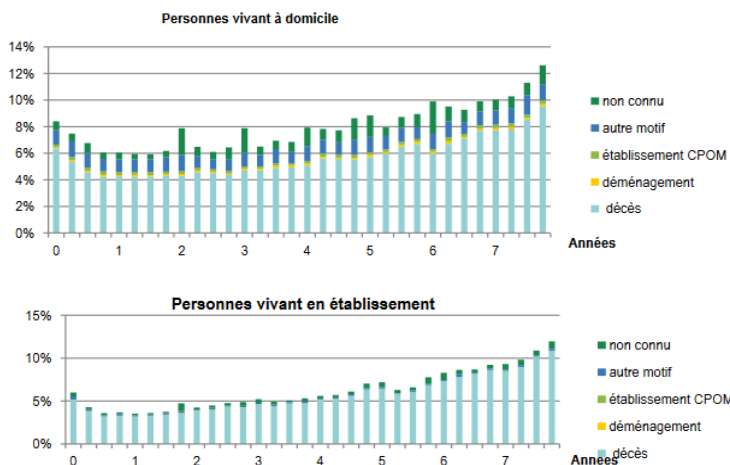
Source : Drees, *op. cit.*

⁴⁹¹ Il est question du dernier lieu de résidence, ceux qui sont en établissement peuvent cumuler du temps de perception de l'APA à domicile et en établissement, ce qui explique qu'on ait une médiane à 3.8 ans alors que la médiane de durée de séjour est autour de 2 ans en établissement.

⁴⁹² <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/dd29.pdf> : La durée de perception de l'allocation personnalisée d'autonomie, Les dossiers de la Drees, octobre 2018, n°29.

A domicile, la probabilité de décès dans le trimestre qui suit parmi les bénéficiaires de l'APA augmente au bout d'un an et demi d'ancienneté dans la prestation (voir graphique ci-dessous). En établissement, c'est au bout de six mois.

Graphique 2 : Probabilité instantanée de sortie chaque trimestre selon le motif de sortie



Note > Pour estimer la probabilité instantanée de sortie le trimestre t, on rapporte le nombre de séjours se terminant (en distinguant les différents motifs de sortie) le trimestre t au nombre de séjours dont la durée est au moins égale à t-1. À partir de la 8^e année, la probabilité instantanée de sortie n'est pas représentée car elle est très importante pour des raisons liées aux données.

Lecture > Parmi les personnes ayant déjà bénéficié de l'APA pendant un an (quatre trimestres complets), la probabilité de sortir au cours du trimestre suivant (soit le 5^e trimestre de perception) est de 6 % pour les personnes vivant à domicile et de 3,5 % pour les personnes vivant en établissement.

Champ > France métropolitaine, bénéficiaires de l'APA sortis du dispositif en 2011.

Source > DREES - Remontées individuelles APA-ASH 2011.

Source : Drees, op. cit..

La majorité des personnes qui décèdent à domicile en étant bénéficiaire de l'APA (plus des deux tiers – 68 %) n'ont pas connu d'évolution de leur GIR entre leur entrée dans l'APA et leur décès (données 2011, tableau 3). Les cas de personnes dont l'état de dépendance était meilleur à leur décès qu'à leur entrée dans l'APA (évolution vers une moindre dépendance avec une cotation GIR donc plus élevée) sont extrêmement rares : 2 %. Ces résultats sont le reflet de plusieurs phénomènes :

- La dépendance avant le décès ne conduit pas nécessairement à connaître tous les niveaux de dépendance calculés (cf. GIR 4, puis 3 puis 2 puis 1). Certaines personnes décèdent sans que leur état de dépendance ne se soit aggravé
- Les actions entreprises favorisant un rétablissement des capacités fonctionnelles des personnes sont peu répandues (voir l'intérêt de l'expérimentation Icope sur ce point)
- La durée au cours de laquelle les personnes bénéficient des prestations APA avant leur décès est courte, or l'évolution de l'état de dépendance est parfois lente

- La régularité des révisions de situation concernant l'évaluation médico-sociale de l'état de dépendance des personnes est faible (peu de demandes des personnes, forte charge de travail des équipes départementales d'évaluation)⁴⁹³.

Tableau 3 : Durée médiane des APA à domicile et profil des bénéficiaires de l'APA dom décédés en 2011

Motif de fermeture de droits à l'APA domicile	GIR d'entrée					GIR de sortie					Âge médian à l'entrée	Âge médian à la sortie	Durée médiane (en année)	Évolution du GIR		
	1	2	3	4	Total	1	2	3	4	Total				-	=	+
Décès (70 %)	3%	20%	21%	56%	100%	9%	33%	24%	35%	100%	82,8	86,1	2,5	30%	68%	2%

Source : Drees, *op. cit.*

1.3 Une offre qui peine encore à se déployer de manière satisfaisante

1.3.1 Une organisation de l'offre qui tend progressivement à s'adapter aux besoins de prise en charge ainsi qu'à l'environnement de vie

Garanti par la loi de 1999 qui en définit la nature et en précise les contours⁴⁹⁴, l'accès aux soins palliatifs a fait l'objet de cinq plans successifs visant son organisation et son déploiement sur le territoire. Plusieurs lois sont venues compléter le dispositif initial en y ajoutant de nouveaux droits pour les patients en fin de vie : loi Kouchner en 2002, créant notamment le centre national de ressources soins palliatif (CNRSP) qui deviendra, après fusion avec l'observatoire national de la fin de vie (ONFV) créé en 2010, le centre national soins palliatif et fin de vie (CNSPFV) en 2016, loi Léonetti en 2005 consacrant le droit du patient à refuser des traitements et le devoir du médecin de non obstination déraisonnable, Loi Claeys-Léonetti de 2016 instaurant le droit à la sédation profonde et continue jusqu'au décès sous certaines conditions et l'opposabilité des directives anticipées.

Ciblant initialement l'hôpital, l'offre en soins palliatifs a graduellement diversifié ses modalités d'intervention pour rejoindre les patients sur le lieu de leur fin de vie.

Au sein des services hospitaliers, les unités de soins palliatifs (USP) dotées de lits totalement dédiés aux soins palliatifs et à l'accompagnement de fin de vie (LUSP) recevant les patients les plus complexes ont été les premières structures créées, suivi par la mise en place des lits identifiés soins palliatifs (LISP) au sein de services confrontés à des décès fréquents.

⁴⁹³ Biais important qui gêne l'analyse de l'évolution du GIR (pas toujours réévalué et pas toujours corrélé à l'état de santé en termes de risque de mortalité).

⁴⁹⁴ Cette loi s'inscrit dans un paysage où les soins palliatifs font déjà l'objet de circulaire et de débats portés par diverses associations (notamment, association pour le droit de mourir dans la dignité - ADMD, fédération JALMAV, accompagner en soin palliatif - ASP fondatrice-, société française d'accompagnement et de soins palliatifs -SFAP...)

Rattachées aux établissements hospitaliers, les équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP)⁴⁹⁵ créées peu après les USP mais devenant rapidement plus nombreuses, se déplacent auprès des patients à la demande des soignants qu'elles conseillent et soutiennent au cours de la prise de l'évaluation et de la décision médicale, au sein et hors du cadre hospitalier au moyen de conventions avec des partenaires (dont Ehpad, mais aussi FAM, MAS...). A la croisée des missions de soins et de formation, elles sont censées essaimer une « démarche palliative » mais, aux dires d'acteurs de terrain rencontrés par la mission, manquent parfois de temps et/ou de moyens pour acculturer les intervenants qu'elles viennent aider.

Au domicile, l'activité de soins palliatifs est assurée par les professionnels libéraux (réseau de soins palliatifs⁴⁹⁶), sur décision du médecin traitant, avec l'accord de son patient, sous réserve que les conditions d'une bonne prise en charge interprofessionnelle soient réunies : présence et capacité des proches, disponibilité et coordination d'une équipe de proximité (médecin traitant, infirmier, kinésithérapeute, auxiliaire de vie,..), possibilité de recourir à une équipe référente en soins palliatifs et/ou prise en charge de la douleur, accès à un accompagnement psychologique et social le cas échéant.

Dans les cas où des actes complexes et fréquents sont nécessaires, l'hospitalisation à domicile (HAD) est mise en place sur prescription du médecin traitant ou du médecin hospitalier qui restent référent médical des professionnels intervenant auprès du patient. Rattachée à un établissement de santé, l'équipe travaille en lien avec le médecin traitant et ses interventions sont formalisées dans un projet personnalisé de soins qui définit et organise les soins. Le SSIAD (ou les SPASAD) et/ou l'IDEL coordonnent leurs interventions avec la HAD pour assurer la continuité, la qualité et la sécurité de la prise en charge du patient en dispensant des soins techniques et/ou des soins de base et relationnels.

Portés par la médecine de ville, les réseaux de soins palliatifs peuvent assurer la coordination de l'ensemble des autres intervenants afin de maintenir le lien entre les professionnels accompagnant le patient (incluant auxiliaire de vie et autres acteurs libéraux).

Prescrite par le médecin traitant, l'organisation matérielle de la prise en charge des soins palliatifs à domicile est réalisée par des prestataires de services en santé spécialisée qui louent ou vendent du matériel pour le confort du patient (ceintures de maintien, lits médicalisés, rehausse WC, baignoire à porte...) et installent des produits et services pour les traitements, tels que des perfusions, l'oxygénothérapie ou la nutrition artificielle.

1.3.2 Une forte montée en charge et un déploiement continu mais avec d'importantes marges de progression

De 1999 à 2019, l'offre de soins palliatifs a fortement progressé, plaçant la France en moyenne dans la première moitié du classement à l'échelle européenne⁴⁹⁷ :

⁴⁹⁵ On note dans certains endroits l'existence d'unité mobile de gériatrie et de soins palliatifs auquel l'Ehpad peut faire appel dans certains cas (troubles du comportement) pour éviter le transfert des patients dans un autre établissement.

⁴⁹⁶ Dispositif composé d'une équipe d'appui (médecin coordinateur, infirmière psychologue, secrétaire), à la disposition des professionnels de premier recours, qui facilite la coordination et la prise en charge du patient à domicile (le cas échéant, en lien avec hôpital).

⁴⁹⁷ *Les soins palliatifs*, communication de la Cour des comptes à l'Assemblée nationale, juillet 2023.

- Fin 2019, la France comptait 7 546 lits hospitaliers en soins palliatifs soit 10 fois plus qu'en 1999. Un quart d'entre eux sont répartis dans 161 USP dont le nombre a triplé sur la période, les autres sont des LISP répartis dans 901 établissements de santé (11,1 lits pour 100 000 hab.).
- Les EMSP ont également vu leur nombre quintupler, passant de 85 à 408 de 1999 à 2019 ;
- Un accent particulier a enfin été mis sur les prises en charge extrahospitalières, identifiées comme axe prioritaire dès le deuxième plan 2002-2005 et pour lesquelles 75 millions d'euros ont été fléchés dans le plan le quatrième plan 2015-2018.

Le développement de la HAD permet une prise en charge croissante de prise en charge en Ehpad⁴⁹⁸ et à domicile (depuis 2013, on observe une hausse de + 60 % des patients ayant bénéficié de soins palliatifs HAD à domicile)⁴⁹⁹.

Mais cet essor n'est pas à la hauteur de besoins qui ne font par ailleurs qu'augmenter (cf. § 2.1)⁵⁰⁰: un quart des départements métropolitains ou territoires ultra-marins (Guyane et Mayotte) sont encore dépourvus d'USP et trois (Isère, Haute-Savoie, Réunion) insuffisamment dotés au regard de l'objectif national (1 LUSP/100 000 habitants).

Citant l'IGAS⁵⁰¹, le rapport d'information sénatorial de 2021 sur les soins palliatifs⁵⁰² note un « essoufflement de la dynamique des quatre premiers plans et la permanence de nombreuses questions de fond complexes, liées notamment à l'environnement du système de santé et aux évolutions de l'épidémiologie » et considère pour sa part que des progrès doivent être faits « pour garantir l'équité d'accès aux soins palliatifs et des parcours de prise en charge adaptés, dans l'hôpital mais aussi surtout en dehors de celui-ci », mettant en avant « la persistance de disparités territoriales dans la répartition des structures de soins palliatifs et le manque de personnels formés pour assurer leur bon fonctionnement ».

L'insuffisance de moyens se marque notamment dans l'écart (-30 %) entre les effectifs réels des USP ou EMSP et l'encadrement en ETP théorique recommandé⁵⁰³, avec pour effet une limitation du nombre de prises en charge et des accompagnements de moindre qualité faute de formation adaptée, les rapporteurs soulignant les « besoins massifs » en la matière.

⁴⁹⁸ L'intervention de l'HAD en Ehpad réduit les transferts des résidents à l'hôpital et aux urgences tout en augmentant le recours aux soins palliatifs en fin de vie, Questions d'économie de la santé n°283, IRDES, novembre 2023.

⁴⁹⁹ En 2019, près d'un tiers de l'activité totale réalisée en HAD concernait une prise en charge palliative. 89 % des 27 513 patients décédés en HAD (80 ans d'âge moyen dont plus de 2/3 âgés de 75 ans et plus, représentant 5 % du total des décès), ont reçu des soins palliatifs lors de leur séjour de décès.

⁵⁰⁰ Voir aussi communication Cour des comptes à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale *Les soins palliatifs, une offre de soins à renforcer*, Juillet 2023 qui évoque « une situation générale en amélioration mais avec des besoins encore largement non pourvus » devant connaître « une augmentation probable dans les prochaines années ».

⁵⁰¹ *Évaluation du plan national 2015-2018 pour le développement des soins palliatifs et de la fin de vie*, IGAS, juillet 2019

⁵⁰² *Pour des soins palliatifs accessibles à tous : former, anticiper, accompagner*, rapport d'information n° 866 (2020-2021) de Mmes C. Bonfanti-Dossat, C. Imbert et M. Meunier, fait au nom de la commission des affaires sociales, 2021

⁵⁰³ Selon le 5eme plan soins palliatifs 2021-2024, 150 postes sont vacants et ¼ des médecins de soins palliatifs vont quitter leurs fonctions d'ici 5 ans.

Il est difficile de mesurer le niveau d'adéquation entre l'offre et les besoins faute de données robustes et complètes. Le Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie (CNSPFV) évalue à plus de 60 % la part des personnes en fin de vie présentant un profil susceptible de bénéficier de soins palliatifs une année donnée. La part de ces patients requérants qui a effectivement accès aux soins palliatifs fait l'objet de débat entre les acteurs mais tous s'entendent à dire qu'elle demeure très insuffisante (notamment en Ehpad et à domicile).

Aux questions de moyens qui en limitent l'accessibilité, s'ajoute un problème de recours lié à une méconnaissance de l'activité palliative et aux a priori qui y sont attachés, la population n'étant pas toujours au fait de la nature de soins palliatifs⁵⁰⁴ en termes de soins actifs et continus délivrés par une équipe interdisciplinaire dans une approche globale de la personne ni de ses droits en la matière⁵⁰⁵ et le fait de proposer des soins palliatifs à un patient semblant par ailleurs encore vécu comme un échec pour certains médecins.

2 La situation plus particulière des personnes âgées, notamment en perte d'autonomie

2.1 Des besoins d'accompagnement de fin de vie en forte progression

D'après le CNFVSP⁵⁰⁶, les besoins d'accompagnement de fin de vie connaissent une hausse continue depuis une trentaine d'années, période durant laquelle le nombre de décès a augmenté de près de 20 %. En lien avec la forte augmentation de l'espérance de vie des Français permise par l'amélioration des conditions de vie, de la qualité des soins et de l'innovation en matière de santé, cette hausse va encore s'accroître avec l'arrivée des générations de baby-boomers (nés entre 1946 et 1974) à des âges de mortalité potentielle et avec des profils morbides qui ont évolué.

Un nombre croissant de Français vivent et décèdent plus vieux, avec une ou plusieurs maladies chroniques de longue durée (cancers, pathologies liées au vieillissement, maladies de l'appareil circulatoire, maladie de Parkinson, maladie d'Alzheimer, etc.), et certains connaissent des situations de perte d'autonomie.

A l'heure actuelle, près de 70 % des décès concernent les personnes âgées de 75 ans et plus⁵⁰⁷. Même si ces fins de vie ne nécessitent pas toujours la mise en place de soins techniques et d'accompagnements spécifiques, le besoin en soins palliatifs tend mécaniquement à croître en Ehpad et au domicile. Il y a dix ans, l'Observatoire national de la fin de vie (ONFV) considérait déjà

⁵⁰⁴ D'après la Cour des comptes, (*Les soins palliatifs*, communication à l'Assemblée nationale, juillet 2023), « la politique de communication et d'information en direction du grand public, nécessaire pour sensibiliser l'opinion à la notion d'accompagnement palliatif de la fin de vie, n'a pas produit les effets escomptés, notamment en raison de difficultés organisationnelles et des faiblesses de la gouvernance du CNSPFV qui en est chargé depuis 2015 ».

⁵⁰⁵ Le 5ème plan soins palliatifs 2021-2024 en fait un de ses axes principaux en y consacrant 4 actions pour favoriser l'appropriation des droits en faveur des personnes malades et en fin de vie.

⁵⁰⁶ CNFVSP, atlas des soins palliatifs et de la fin de vie, 3ème édition, 2023.

⁵⁰⁷ CNFVSP, atlas des soins palliatifs et de la fin de vie, 3ème édition, 2023.

que la grande majorité des résidents en fin de vie en Ehpad nécessitent – du fait de leurs pathologies et de leur perte d'autonomie – un accompagnement spécifique⁵⁰⁸.

2.2 Une couverture insuffisante des besoins en soins palliatifs

Mais la couverture de ces besoins spécifiques demeure insuffisante pour plusieurs raisons. Historiquement, la prise en charge palliative a tout d'abord été définie chez le patient cancéreux sans critère précis d'âge. Les soins palliatifs n'ont été introduit que plus tardivement pour les patients ayant une maladie neurodégénérative (dont maladie d'Alzheimer), peinant plus généralement à s'imposer chez les personnes âgées (en 2012, la commission sur la fin de vie présidée par le Pr Sicard soulignait qu'il n'existait pas de culture palliative de l'âge).

De fait, l'arsenal de prise en charge palliative cible principalement les trajectoires de fin de vie marquées par un déclin rapide (trajectoire 1 §1.1) : 78 % des séjours en USP et 73 % des séjours en LISP en 2015 ont concerné des patients décédés d'un cancer, alors que les cancers sont à l'origine d'environ un tiers des décès.

Toute cause confondue de décès, l'hôpital assure cependant une partie importante des accompagnements palliatifs pour personnes âgées, puisqu'en 2021, plus de 69 000 patients hospitalisés pour soins palliatifs en MCO étaient âgés de 80 ans ou plus (44 %) et plus de 67 100 étaient âgés de 60 à 79 ans (43 %)⁵⁰⁹.

Certains hôpitaux disposent d'USLD (environ 600) destinées à accueillir les personnes âgées nécessitant des soins lourds (30 000 personnes au 31 décembre 2019) dont une grande partie décèdent plus ou moins rapidement (14 000 décès en 2019). A cet égard, 80 % des USLD ont une convention avec une équipe mobile de soins palliatifs, et 39 % avec un réseau de soins palliatifs. Un quart des établissements de santé dotés d'USLD disposent de chambres pour les personnes en fin de vie, 80 % ont un volet soins palliatifs dans le projet d'établissement, 73 % mettent en place des prescriptions anticipées personnalisées, et 85 % informent les résidents sur la possibilité d'être accompagnés pour rédiger leurs directives anticipées⁵¹⁰.

2.2.1 Une très nette marge de progrès en Ehpad

Une partie importante des personnes âgées résidant en Ehpad et présentant des troubles neurocognitifs relèvent plutôt d'un déclin graduel et prolongé (trajectoire §1.1) qui peut durer plusieurs années et dont il n'est pas toujours simple d'anticiper la phase ultime, entre phases d'aggravation et de stabilisation, et atteintes cliniques associées aux stades évolués qui compliquent souvent la prise en charge (défaillance cognitive et difficultés de communication, comportements parfois agressifs, questions éthiques liées à l'autonomie de la personne..)⁵¹¹.

Pouvant démarrer en complément des traitements dans le cadre de maladies de longue durée (fin de vie marquée par un déclin graduel et prolongé), les soins palliatifs sont dispensés à ces patients de manière active et continue dans les derniers mois, semaines ou jours de vie pour « soulager la

⁵⁰⁸ *La fin de vie en EHPAD, premiers résultats d'une étude nationale, Fin de vie des personnes âgées, observatoire de la fin de vie, rapport 2013.*

⁵⁰⁹ *Les soins palliatifs, communication de la Cour des comptes, à l'Assemblée nationale, juillet 2023.*

⁵¹⁰ CNFVSP, atlas des soins palliatifs et de la fin de vie, 3eme édition, 2023.

⁵¹¹ D'où l'importance de réévaluer le projet de vie et d'accompagnement de la personne pour veiller à son bien-être.

douleur, apaiser la souffrance psychique, sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage »⁵¹². La société française d'accompagnement palliatif (SFAP) ajoute qu'ils doivent aussi prendre en compte la souffrance sociale et spirituelle.

Parmi les raisons pouvant expliquer le défaut de recours aux soins palliatifs d'une partie de ces personnes, alors même que la majorité des Ehpad fait état de conventions signées avec les intervenants en soins palliatifs, la HAS (ex-ANESM) évoque

- La difficulté à repérer les besoins en soins palliatifs des personnes atteintes de démence en raison de la complexité qui l'entoure (processus long, présence d'une défaillance cognitive et communicationnelle créant des difficultés dans la prise en charge, difficultés de communication, comportements parfois agressifs) et qui rend notamment la formation à des techniques corporelles (toucher, massage, etc.) important ;
- la méconnaissance du rôle de chacun des intervenants et du fonctionnement institutionnel pouvant entraîner « une méfiance ou une incompréhension des équipes » ;
- les réticences d'ordre « culturel » quant au recours aux approches palliatives, qui se traduisent par un manque de sensibilisation et de concertation avec le résident et la famille ou les proches, un défaut de recherche des directives anticipées, et une carence dans la formation des professionnels aux soins palliatifs ;
- le sentiment d'un manque de légitimité des équipes de l'établissement, la décision d'engager une démarche palliative demeurant une prérogative exclusive du corps médical, après sollicitation des équipes soignantes et des familles, ce qui peut induire in fine une moindre implication des principaux acteurs (directeur d'Ehpad, médecin coordonnateur) alors que c'est la condition principale de réussite.

Au niveau national, il n'existe pas d'indicateurs de mise en œuvre effective des préconisations sur la fin de vie. Toutefois, des données existent de manière éparse sur un plan plus local.

Réalisé dans le cadre de l'évaluation des pratiques professionnelles, un audit menée sur un Ehpad du Doubs en 2012⁵¹³ a ainsi analysé les décès survenus dans l'année : sur 72 décès dans l'année, 96 % avaient eu lieu dans l'Ehpad et 95 % des décès étaient prévisibles. Les auteurs voyaient dans ce taux très élevé de décès au sein de l'Ehpad la conséquence bénéfique probable du système d'astreintes médicales 24 heures sur 24 tous les jours de l'année et de la présence d'une infirmière la nuit, rattachée administrativement à l'USLD.

L'analyse des dossiers de patients décédés montrait toutefois des proportions insuffisantes de proposition de désignation d'une personne de confiance (27,6 %), de trace d'une réflexion sur l'obstination déraisonnable (36,2 %) ou de recherche des directives anticipées (23,2 %) insuffisantes. L'intervention de l'EMSP était considérée comme rare (il n'y avait de trace d'un entretien relatif à la fin de vie avec le médecin que dans 16 % des dossiers même si une information avait été donnée dans 85,5 % des cas).

⁵¹² Article 1110-10 du CSP.

⁵¹³ *Les pratiques des soins palliatifs en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendante*, M. Degois, A. Grillot, E. Boyraci, V ; Saillard, AC. Jandard, L. Prévalet-Courlet, E. Ngamba, F. Faivre, O. Barrandon, R. Aubry, Santé Publique 2015/2 (Vol. 27).

Enfin, l'évaluation de la douleur était insuffisamment pratiquée durant la dernière semaine de vie. La forte proportion de patients déments dans l'échantillon, l'insuffisance de traçabilité, et l'insuffisance de prescription du suivi, comme l'insuffisance de formation ont pu contribuer à ce résultat, ainsi qu'un retard à l'identification de la phase de fin de vie.

Ces dernières années, la culture palliative s'est toutefois développée en Ehpad⁵¹⁴ avec l'élaboration d'un volet soins palliatifs dans le projet d'établissement dans 80 % d'entre eux en 2019 (contre 62 % en 2011) et des conventions signées avec une équipe mobile de soins palliatifs pour 66 % d'entre eux contre 50 % en 2011. De même, 91 % des établissements informent les résidents sur la possibilité d'être accompagnés pour rédiger leurs directives anticipées et 72 % mettent en place des prescriptions anticipées personnalisées.

En revanche, seul 12 % ont au moins un infirmier présent 24h/24 et 7j/7 mais des mesures ont été inscrites dans le PLFSS 2022 et 2023) pour financer des infirmiers de nuit et ainsi assurer la continuité des soins en EHPAD. 72 % des EHPAD mettent en place des prescriptions anticipées personnalisées.

Au-delà des interventions ponctuelles des équipes de HAD et des équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP), les prises en charge palliatives reposent principalement sur les équipes soignantes des Ehpad⁵¹⁵, une partie des personnes en toute fin de vie étant transférée vers les hôpitaux pour y décéder du fait de leur complexité ou faute d'organisation et/ou de moyens adaptés.

Parce que l'Ehpad est le dernier lieu vie pour une partie importante des personnes en France (25% des décès annuels s'y produisent⁵¹⁶ dont les trois quart sur les lieux même⁵¹⁷), que cette tendance va s'accroître, et que trois quart des personnes résidant en EHPAD y décèdent⁵¹⁸, les soins palliatifs doivent y être impérativement et pleinement développés, un des enjeux étant de mieux structurer la filière en s'appuyant notamment sur le médecin d'Ehpad pour mieux sensibiliser les équipes et mieux anticiper la fin de vie afin d'en améliorer la qualité.

2.2.2 Le domicile est également sous investi

L'Ined a estimé qu'en 2009, un quart des décès avaient eu lieu au domicile en France⁵¹⁹. Trois quart des personnes décédées avaient plus de 70 ans et 54 % plus de 80 ans. Un peu moins d'un tiers

⁵¹⁴ CNFVSP, atlas des soins palliatifs et de la fin de vie, 3eme édition, 2023.

⁵¹⁵ *Les soins palliatifs*, communication de la Cour des comptes, à l'Assemblée nationale, juillet 2023.

⁵¹⁶ *Domicile, établissement : qui y vit, et quel environnement semble le plus protecteur du risque de décès ?* D. Roy, Webinaire CNSA-IPP, IPP Drees, 9 mai 2022. A partir de ces estimations, on peut inférer que 18% de l'ensemble des décès annuels se produiraient au sein même de l'Ehpad (cité dans la 3eme édition de l'Atlas des soins palliatifs, l'Ined estimait en 2019 cette part à 12%, 53% et 25 % des autres décès se produisant respectivement à l'hôpital et à domicile, les lieux de décès des 10% restant étant classés en « autre », « voie publique » ou « non déclaré »).

⁵¹⁷ *Enquête Drees EHPA 2019*. Une part des résidents décèdent après transfert de l'Ehpad à l'hôpital dont certains pour y recevoir des soins de fin de vie que l'Ehpad n'est pas en capacité de délivrer. la part des décès à l'Ehpad est compris entre 14% et 18%

⁵¹⁸ *Enquête Drees EHPA 2019*. Une part des résidents décèdent après transfert de l'Ehpad à l'hôpital dont certains pour y recevoir des soins de fin de vie que l'Ehpad n'est pas en capacité de délivrer.

⁵¹⁹ *Le dernier mois de l'existence : les lieux de fin de vie et de décès en France*, Population-F, 68 (4), 2013, 585-616. En 2019, l'Insee retrouve sensiblement les mêmes proportions pour le domicile (24 %) , la maison de retraite: (12,4 %), mais moins pour hôpital/clinique (53 %),

des personnes vivant à domicile le dernier mois de leur existence étaient décédées chez elles, de nombreux départs s'étant produits pendant cette période en direction de l'hôpital.

Dans un rapport consacré à la fin de vie à domicile⁵²⁰ dont les constats concernent, de fait, en grande partie les personnes âgées, l'Igas relève que le développement des prises en charge y est « limité par un pilotage insuffisant et une offre fragmentée », dans un contexte d'insuffisance des moyens et d'enjeux financiers jugés « considérables » du fait des dépenses en lien avec la situation de forte dépendance de nombreuses personnes en fin de vie.

Ce même rapport pointe le risque d'une absence de soins palliatifs pour une partie importante⁵²¹ des personnes en nécessitant dans un contexte où le domicile ne fait l'objet d'aucune démarche contractuelle susceptible d'en garantir la réalité et la qualité.

Précisant qu'ils dépendent pour partie des ressources financières et de la capacité des personnes de mobiliser un réseau d'aidants, ce même rapport pointe le risque d'une absence de soins palliatifs pour une partie importante des personnes en nécessitant. Tout en rappelant que le domicile n'est pas un lieu adapté à toutes les circonstances de fin de vie⁵²², il identifie des facteurs susceptibles de produire des prises en charge de qualité dégradée (multiplication des acteurs et des cadres d'intervention créant de l'instabilité et de l'illisibilité pour les patients et leur entourage, absence ou insuffisance de réseau formalisé pour construire un parcours de soins, carences d'intervention la nuit, le week-end ou en période de congés, pouvant conduire à une hospitalisation pas toujours appropriée ou souhaitée).

Selon la Cour des comptes, près de 160 000 hospitalisations pour soins palliatifs en 2021, (79 %) concernent ainsi des patients venus de leur domicile (41 % des séjours de soins palliatifs se faisant sans passage par les urgences et 37 % avec passage par un service d'urgences). Cela illustre le fait que la structuration des soins palliatifs à domicile n'est pas encore suffisante et reflète sans doute la difficulté qu'il y a, notamment pour les proches, d'accepter la mort de leur proche parent à son domicile⁵²³.

De fait, si la majorité des personnes souhaitent mourir chez elles, seul un quart décède à domicile. La complexité des soins rend souvent le maintien à domicile impossible, ce qui motive le transfert à l'hôpital. Quitter son domicile pour entrer à l'hôpital et y décéder est le parcours le plus fréquent (30 %), passer l'ensemble du dernier mois de l'existence chez soi l'est deux fois moins (14 %)⁵²⁴.

2.2.3 Les habitats intermédiaires se sont peu investis du sujet

Bien qu'on dispose de peu de données sur la prise en charge des soins palliatifs hors de l'hôpital, de l'Ehpad ou du domicile ordinaire, on peut raisonnablement penser qu'ils ne concernent qu'une

⁵²⁰ *Les soins palliatifs et la fin de vie à domicile*, rapport IGAS 2016-064, 2017.

⁵²¹ Si l'Igas estime que ce risque peut potentiellement concerner 3 personnes sur 4, elle ne se prononce pas formellement sur le pourcentage de personnes bénéficiant réellement de soins palliatifs, soulignant que « le système de soins est aveugle » à ce sujet, faute notamment d'actes de soins spécifiques relatifs aux soins palliatifs.

⁵²² Outre les situations trop complexes, « le domicile ne doit pas être idéalisé (...). Lorsqu'elle est longue ou difficile, la fin de vie peut être vécue comme un véritable traumatisme et modifier profondément la relation au domicile. Le décès y reste culturellement difficile à accepter ».

⁵²³ A cet égard, un acteur rencontré par la mission évoque la nécessité de se « réapproprier la mort ».

⁵²⁴ *Mourir chez soi : un souhait majoritaire mais une situation peu fréquente*, S. Pennec, J. Gaymu, F. Riou, E. Morand, S. Pontone, R. Aubry, C. Cases, *Population et Sociétés*, n° 524, juillet-août 2015

minorité d'intervention. De fait, si, en 2019, 87 % des séjours de soins palliatifs en HAD⁵²⁵ ont eu lieu à domicile et 8 % en Ehpad, seules si 6 % se sont déroulés dans un autre lieu.

Les résidences autonomie (RA), qui accueillent environ 100 000 personnes dont 75 % sans perte d'autonomie au sens de la grille AGGIR et où se sont produit 5 600 décès en 2019, n'avait que marginalement passée de convention avec une équipe mobile de soins palliatifs (10 %) ou un réseau de soins palliatifs (8 %). Le sujet n'a pas été particulièrement évoqué par les résidences autonomies visitées par la mission, soit que s'y produisent des décès ne requérant pas d'accompagnement palliatif soit que les personnes en ayant besoin soient transférées vers l'hôpital).

Au sein des résidences services senior (RSS), les professionnels de la santé peuvent intervenir directement dans le logement des personnes âgées. Certaines RSS ou groupe de RSS précisent que la HAD peut se déplacer pour prodiguer des soins palliatifs, à condition qu'il soit adapté pour pouvoir accueillir le matériel médical nécessaire à l'hospitalisation et que certaines conditions soient réunies (présence d'un aidant, disponibilité d'une équipe médicale qualifiée). Dans certaines résidences ayant une vision assez engagée sur le soin à domicile, il se réfléchit la possibilité de faciliter le rapprochement familiale (location d'appartement proche ou adossé à la RSS).

Par ailleurs, un dispositif de HAD rencontré par la mission a évoqué le fait que ce n'était pas aussi neutre d'intervenir en résidence services qu'en domicile privé ordinaire, du fait de l'existence d'une vie collective et d'un passage obligé par l'accueil.

La question de l'accompagnement palliatif via la HAD dans les habitats partagés est plus complexe pour plusieurs raisons. La première, et sans doute la plus importante, est l'absence d'aidant dans un certain nombre de cas (pas de conjoint ni enfant, éloignement géographique des proches), avec une probabilité accrue d'orientation des personnes en fin de vie sur l'hôpital. Des interlocuteurs de la mission considèrent que dans l'avenir cette fonction puisse échoir à un colocataire/co-résident, ou soit assumée par le coordonnateur de la maison.

Certains habitats partagés accueillant des personnes avec des problèmes de santé somatiques ou des troubles neurocomportementaux sont probablement plus en capacité d'aider à organiser les soins et de trouver des solutions, sachant qu'ils défendent la possibilité d'accompagner les personnes âgées accueillies jusqu'au bout de leur vie quand cela est possible.

2.3 Un manque de moyens doublé d'un manque de coordination et de formation des acteurs

En Ehpad comme à domicile, les professionnels intervenant dans le cadre des soins de fin de vie sont les médecins et les paramédicaux, en lien plus ou moins étroit (appui, collaboration) selon les cas avec les équipes mobiles de soins palliatifs (incluant les réseaux) et la HAD, l'efficacité de ce type de prise en charge extrahospitalière étant conditionnée par une coordination de qualité et une collégialité effective entre les différents acteurs.

⁵²⁵ Les équipes mobiles de soins palliatifs n'interviennent pas au domicile, c'est plutôt la HAD ou le réseau de soins palliatifs quand il existe.

2.3.1 Situation en Ehpad

En Ehpad où on enregistre en moyenne (hors crise sanitaire) une quinzaine de décès par an et par structure, les soins palliatifs ne font l'objet d'aucun financement particulier (cela passe par l'hôpital via les EMSP et l'HAD) et parfois même d'aucun protocole formalisé tel que prévu par la loi, alors que ce besoin est à appeler à fortement croître dans les années à venir.

Selon les données de l'enquête EHPA 2019 un établissement sur cinq n'a pas de volet soins palliatifs dans son projet d'établissement.

Les médecins généralistes, qui font le plus souvent office de médecin traitant des résidents quand leur nombre et leur disponibilité leur permettent d'y intervenir, sont souvent peu sensibilisés (et peu formés) aux soins de fin de vie⁵²⁶. Par ailleurs, un tiers des Ehpad sont dépourvus de médecins coordonnateurs, qui ne sont, eux aussi, que partiellement formés aux soins palliatifs⁵²⁷ alors qu'ils sont censés jouer un rôle déterminant dans la construction de la démarche palliative.

Enfin, s'ajoutant au faible ratio soignant/résident, à l'absence de permanence médicale et de matériel spécifique et à la faible formation des aides-soignantes et personnels non médicaux⁵²⁸, l'absence d'astreinte d'infirmières la nuit⁵²⁹ est un des freins importants à une prise en charge palliative de qualité dans les Ehpad dont moins de 10 % disposeraient d'une infirmière « présente dans l'établissement 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 », le tout ayant pour effet de conduire à des hospitalisations en urgence des résidents en fin de vie⁵³⁰.

Un médecin coordinateur rencontré par la mission nuance cependant ce constat, considérant qu'il est possible de pallier l'absence d'infirmière de nuit si les protocoles sont bien posés, les aides-soignantes préparées et le médecin suffisamment au fait pour passer les directives chaque soir avant son départ.

Autre acteur majeur, les EMSP peuvent intervenir en dehors des établissements de santé (domicile privé ou établissement médico-social) mais leur activité demeure très concentrée sur l'intra-hospitalier (67 % d'entre elles), seules 8 % ayant une activité majoritairement tournée vers le domicile, ce qui correspond en 2021 à la moitié de l'objectif fixé en 2008 par le 3e plan national⁵³¹.

⁵²⁶ Entre 2020 et 2022, seuls 2 % des 80 000 médecins généralistes en activité avaient suivi une formation sur ce thème, soit environ 1 600 médecins (*Les soins palliatifs*, Cour des comptes, 2023)

⁵²⁷ D'après l'enquête conduite par l'ONFV sur la fin de vie en EHPAD en 2014, un médecin coordonnateur sur cinq n'a aucune formation à l'accompagnement de la fin de vie (le DU/DIU de médecin coordonnateur comporte toutefois un module qui sensibilise à la fin de vie) et seuls 15 % ont déclaré être titulaire d'un DU de soins palliatifs.

⁵²⁸ Ce qui peut en partie s'expliquer par un manque de médecin coordonnateur et de temps d'intervention des USMP

⁵²⁹ Selon le rapport *Fin de vie des personnes âgées* de l'Observatoire National de la Fin de Vie, 85 % des établissements ne disposaient d'aucune infirmière de nuit en 2013

⁵³⁰ *Freins et leviers à la mise en place de la démarche palliative en Ehpad*, E. Elie, R. Alluin, Médecine Palliative, Volume 19, Issue 3, June 2020, (cité avec d'autres travaux par le rapport d'information sénatorial n° 866 (2020-2021) Pour des soins palliatifs accessibles à tous : former, anticiper, accompagner, de Mmes C. Bonfanti-Dossat, C. Imbert et M. Meunier, fait au nom de la commission des affaires sociales, 2021).

⁵³¹ La Cour des comptes (*Les soins palliatifs*, juillet 2023) estime en 2021 que 23 000 patients à domicile ont bénéficié d'une intervention d'une EMSP alors que le plan soins palliatif 2008-2012 en visait 50 000. L'atlas des soins palliatifs et de la fin de vie (CNFVSP, 3eme édition, 2023) estime que 17 % des interventions des EMSP sont réalisées en extrahospitalier (domicile, Ehpad, etc.), ce qui correspond à une hausse de 8 % depuis 2013.

En 2019, 77 % des Ehpad avaient signé une convention avec les EMSP, dont les interventions en Ehpad concerneraient un volume très faible en 2022⁵³². On est donc aujourd'hui dans une situation où beaucoup de conventions ont été passées mais plusieurs dizaines de milliers de résidents d'Ehpad sont malgré tout transférés vers l'hôpital à la toute fin de leur vie : cela questionne quant à l'opérationnalité des conventions signées.

De l'avis de médecins d'USP rencontrés par la mission, il s'agit souvent d'interventions tardives (ce que confirment les rapports IGAS et Cour des comptes), se faisant parfois au tout dernier moment (« urgences palliatives ») du fait d'une méconnaissance des dispositifs et de leurs missions, dans un contexte de tension sur l'offre pouvant entraver la capacité des EMSP à se projeter dans de bonnes conditions en extrahospitalier pour conseiller, et à fortiori pour former, les professionnels en charge des personnes âgées en Ehpad ou à domicile.

L'autre raison est le manque d'anticipation des soignants qui ne font pas nécessairement le lien entre précocité de la prise en charge et pertinence/qualité des soins délivrés. Rappelant que la précocité des prises en charge est, avec leur qualité, la condition de leur pertinence, la Cour des comptes précise que « dans leur dernier mois de vie, les patients admis dans des services sans lits spécialisés en soins palliatifs reçoivent significativement plus de traitements lourds, ont plus souvent recours aux urgences et décèdent davantage en unité de soins intensifs que ceux bénéficiant de soins palliatifs »⁵³³.

L'HAD dont les soins palliatifs représenteraient une part importante de l'activité⁵³⁴ peut également contribuer à maintenir les personnes âgées en fin de vie sur leur lieu de vie, en veillant/supervisant à la demande et avec l'aval du médecin traitant et en lien avec d'autres acteurs du soin (médecin coordinateur, EMSP, IDE, AS) la surveillance de la douleur et l'administration d'antalgiques et de médicaments de la réserve hospitalière, l'assistance respiratoire, les soins de nursing⁵³⁵, la nutrition parentérale/entérale, l'accompagnement psychologique du patient et de sa famille).

Autorisée à titre expérimental depuis 2007 et généralisée depuis le 1er mars 2017, et alors qu'elle permet un renforcement important en soins infirmiers et un accès facilité au matériel médical et paramédical, l'HAD au sein des Ehpad demeure sous-utilisée⁵³⁶, certains paramètres opérationnels de son déploiement n'étant pas toujours réunis, qu'il s'agisse de tension RH au sein de l'équipe

⁵³² La Cour des comptes l'estimerait à 6 400 patients (*Les soins palliatifs*, juillet 2023). La DGOS, à partir des données SAE « PALLIA 2019 » chiffre à 34 250 (3,9 % de l'activité totale des EMSP) le nombre d'interventions en ESMS, les Ehpad ne représentant pas l'ensemble des ESMS et un patient pouvant faire l'objet de plusieurs interventions.

⁵³³ *Les soins palliatifs*, communication de la Cour des comptes à l'Assemblée nationale, juillet 2023.

⁵³⁴ D'après la DREES, le mode de prise en charge « Soins Palliatifs » à l'admission représente 26 % des journées de présence en HAD en 2019 (Les établissements de santé, édition 2026, DREES). Tablant sous une sous-évaluation de ce type d'actes, la FNEHAD considère pour sa part que les soins palliatifs représentent entre 30 à 50 % de l'activité HAD.

⁵³⁵ Ensemble des soins paramédicaux délivrés à des personnes dépendantes, handicapées ou en fin de vie. Le nursing comporte, entre autres, des soins d'hygiène et de toilette, des massages (prévention des escarres), des conseils. Ces soins font partie des prérogatives de la profession infirmière.

⁵³⁶ En 2013, les deux tiers des Ehpad déclaraient avoir une convention avec la HAD mais seuls 8 % y faisait appel dans les situations de fin de vie (*Étude fin de vie en Ehpad* de l'observatoire national de la Fin de Vie, 2013). En 2022, la Cour des comptes estime que seules 7600 résidents en auraient bénéficié (Les soins palliatifs, Cour des comptes, juillet 2023)

HAD ou d'une absence de médecin traitant⁵³⁷ ou de médecin coordonnateur⁵³⁸, qui n'est pourtant plus rédhibitoire depuis l'entrée en vigueur d'un décret instaurant depuis juin 2023 la possibilité d'admettre des patients en HAD sans médecin traitant via le médecin praticien en HAD⁵³⁹.

Ce sous-recours à la HAD tient aussi à un déficit plus général de visibilité du dispositif, tant de la part des patients que des soignants, ainsi qu'à une méconnaissance de ces derniers des compétences qu'elle permet de mobiliser, et, conséquemment, à une insuffisante intégration dans les filières de soins⁵⁴⁰. Sur le champ plus spécifique des personnes âgées, s'ajoutent à ces facteurs de moindre recours, une faible connaissance réciproque des secteurs sanitaire, médico-social et social et une insuffisante prise en compte des besoins des proches-aidants.

2.3.2 Situation à domicile

A domicile, les freins au déploiement des soins palliatifs tiennent également à l'insuffisance des moyens et des ressources déployés dans un contexte d'enjeux financiers jugés « considérables » par l'Igas du fait des dépenses en lien avec la situation de dépendance de nombreuses personnes en fin de vie, la quasi-totalité de celles accompagnées par un SSIAD ayant un GIR 1 à 4 dont les trois quart un GIR 1 à 2.

A ces dépenses sociales et médico-sociales de maintien à domicile personnes âgées en fin de vie⁵⁴¹, l'Igas ajoute par ailleurs les coûts non supportés par la collectivité de l'implication des aidants familiaux valorisée en 2011 par le Haut Conseil de la Famille à hauteur de plusieurs milliards d'euros⁵⁴².

S'agissant du sujet des proches-aidants, l'Igas chiffre à environ huit heures quotidiennes sur une durée de quatre mois le temps passé par les aidants à accompagner leur proche en fin de vie, précisant que si l'aide à domicile porte surtout sur la veille, la préparation des repas, et la toilette, elle peut devenir très exigeante sur le plan technique (injection, administration médicamenteuse) et fatigantes sur le plan physique (mobilisation du malade, troubles du sommeil de l'aidant du fait

⁵³⁷ Aux dires d'acteurs, la HAD refuse parfois de venir au sein de l'Ehpad si la résident n'a pas de médecin traitant. Dans certains Ehpad, la moitié des résidents n'ont pas de médecins traitants. Dans son rapport *La fin de vie des patients hospitalisés à domicile* de 2015, l'Observatoire nationale de la fin de vie montre que l'absence de médecin généraliste est responsable de 54 % des refus d'admission en HAD et confirme que le RAC autour de la HAD est fortement ressenti par les patients les plus précaires (les coûts du transport du corps à la chambre funéraire et de la conservation du corps sont des charges pour les proches du patient décédé à domicile dans le cadre de l'HAD).

⁵³⁸ Dans ce même rapport, la Cour des comptes estime qu'un tiers des Ehpad serait dépourvu de médecin coordonnateur

⁵³⁹ Décret n° 2022-102 du 31 janvier 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité d'HAD. En cas d'indisponibilité du médecin traitant (ou en cas d'urgence), le médecin praticien d'HAD peut être désigné référent de la prise en charge et intervenir au domicile du patient ou via une activité de télésoin, y compris en matière de prescription.

⁵⁴⁰ *Feuille de route stratégique HAD, 2021-2026*, ministère des solidarités et de la santé.

⁵⁴¹ De l'ordre de quelques milliards si on se fonde sur l'estimation faite en 2016 par la Cour des comptes (15Md€ pour le coût du maintien à domicile des personnes âgées dépendantes qui ne représentent qu'une partie de la population des personnes en fin de vie à domicile).

⁵⁴² Entre 7 et 11 Md€, sachant que des recherches canadiennes ont estimé que les aidants passaient un temps en fin de vie équivalant à 12 000 € mensuels d'un travailleur professionnel, il ne s'agit toutefois que d'ordres de grandeur qui doivent être interprétés avec prudence, car reposant sur des bases méthodologiques fragiles.

de symptômes nocturnes de l'aidé) et psychique (stress lié à la situation de l'aidé et à la crainte de mal faire).

S'il ne s'agit que d'estimations à gros traits qui appellent des travaux plus solides, l'Igas met toutefois en question l'idée selon laquelle la prise en charge de la fin de vie à domicile coûterait moins cher qu'à l'hôpital, faisant notamment observer que le coût d'une journée de prise en charge « soins palliatifs » en 2015 s'établit à 372 € à l'hôpital contre 308 € en HAD⁵⁴³.

Au-delà de la question des coûts, l'accompagnement des personnes âgées en fin de vie à domicile impose plusieurs prérequis. Outre de répondre aux indications cliniques, il faut que ces personnes puissent bénéficier de la présence d'un proche-aidant en capacité de les accompagner dans leur fin de vie⁵⁴⁴, d'un lieu d'habitation qui le permette et de matériel médical adapté à leur situation et de leurs traitements⁵⁴⁵, ainsi que d'un environnement médical et paramédical en capacité d'intervenir en tant que de besoin et de manière coordonnée.

Or, sans compter l'inadaptation possible du logement (étage élevé sans ascenseur, logement trop petit pour y installer certains matériels, chambre et sanitaires éloignés...), l'indisponibilité des proches ou l'insuffisance de ressources pour se procurer le matériel, il n'est pas exceptionnel d'observer par endroit des difficultés d'accès aux médecins traitants (en nombre insuffisant et/ou moins enclins à se déplacer au domicile), une saturation ou impossibilité des SSIAD⁵⁴⁶ et/ou des SAAD d'aller au-delà d'un certain niveau d'actes ou d'heures, et le cas échéant, des difficultés pour l'HAD de se déplacer ou de mettre en œuvre ses prescriptions en s'appuyant sur ses services dans le cadre de sa zone géographique ou sur une équipe d'appui paramédical⁵⁴⁷.

Sur ce dernier point, des médecins rencontrés lors des déplacements de la mission ont exprimé le sentiment que la HAD n'était pas aussi développée qu'attendu⁵⁴⁸, évoquant notamment son manque de notoriété, le nombre jugé trop restreint des indications, le fait qu'il fallait passer par un médecin traitant parfois introuvable, la concurrence ou le manque de coordination avec d'autres dispositifs d'intervention à domicile, et pour certain, d'une moindre rentabilité pour l'hôpital.

⁵⁴³ L'Igas faisant notamment observer que le coût d'une journée de prise en charge « soins palliatifs » en 2015 s'établit à 372 € à l'hôpital contre 308 € en HAD, sans compter les dépenses comme le coût de l'intervention du médecin traitant et les dépenses sociales, médico-sociales et d'hébergement liées à la prise en charge à domicile.

⁵⁴⁴ Le 5^{ème} plan relève à cet égard que si 85 % des Français déclarent vouloir décéder à domicile, toutefois quand l'entourage est interrogé, ce souhait n'est formulé que par 35 % d'entre eux.

⁵⁴⁵ Fournis à la vente ou à la location par des entreprises spécialisées dans les technologies médicales de soins à domicile (lit médicalisé, déambulateur, pied de perfusion, broncho-aspirateur, sangle lève-personne, chaise-toilette, sur-élévateur de toilettes, fauteuil roulant, table de lit, appareils de mesure,...).

⁵⁴⁶ A l'hôpital de Bellac, les personnes âgées hospitalisées en SSR médecine éligibles au retour à domicile y restent ainsi faute de personnel à domicile pour les soins de nursing (la HAD s'appuyant sur le SSIAD pour fonctionner).

⁵⁴⁷ Mais aussi selon les cas un ou plusieurs autres intervenants (psychologue, diététicien, assistant social, kinésithérapeute, ergothérapeute, ...).

⁵⁴⁸ Les objectifs chiffrés de recours à l'HAD inscrits dans la circulaire n°DGOS/R4/2013/398 du 4 décembre 2013 relative au positionnement et au développement de l'hospitalisation à domicile ne sont pas atteints en 2021 malgré une croissance de 52 % du nombre de journées d'HAD depuis 2013 (il s'agissait notamment de doubler la part d'activité HAD en passant de 0,6 % à 1,2 % du nombre de séjours réalisés en établissement avec hébergement)

Parmi les autres acteurs jouant un rôle important dans l'accompagnement de fin de vie à domicile, les EMSP soutiennent les patients et leurs proches et conseillent les soignants en facilitant la concertation et la mise en place des protocoles de soins tout en diffusant les bonnes pratiques. Environ 40 % de leurs interventions concerneraient le domicile des patients, soit une file active d'environ 15 000 patients pour 57 000 interventions en 2021⁵⁴⁹.

Par ailleurs, la gestion des parcours et la coordination des interventions au domicile jouent un rôle essentiel dans la qualité de la fin de vie, la Cour des Comptes ayant indiqué en 2015 que la coordination demeurerait le point faible des prises en charge à domicile⁵⁵⁰. A cet égard, les dispositifs d'appui à la coordination (DAC) ont un rôle d'autant plus critique qu'en plus de faire converger différents dispositifs préexistants (réseaux pluri-thématiques, PTA, MAIA, CLIC, ...) dans des conditions souvent jugées insatisfaisantes par les acteurs du champ médico-social, ils ont également vocation à intégrer les réseaux de soins palliatifs avec la crainte exprimée par les acteurs d'un risque de dilution de la compétence en soins palliatifs au sein de ces dispositifs.

L'absence d'un ou de plusieurs de ces prérequis peut conduire à un non-recours ou un recours dans des délais parfois incompatibles avec les besoins de la personne⁵⁵¹.

2.3.3 Situation en habitats intermédiaires

Du fait du profil de leur public historique, les résidences autonomie n'ont qu'assez peu développé la culture palliative, bien que leur ouverture sur le monde du médico-social et du soin soit un avantage évident en comparaison des résidences service senior pour lesquelles cette réalité est culturellement et professionnellement plus difficile à appréhender.

Pour autant, avec l'accélération du vieillissement et la hausse du nombre des personnes âgées dépendantes, ces structures risquent d'être plus souvent amenées à faire face à des situations de fin de vie et à s'organiser pour anticiper plus formellement ces besoins, en termes de prises en charges ou au moins d'orientation.

Exception faites de certains lieux, les habitats partagés ne semblent pas constituer de terrain propice à l'accompagnement de fin de vie. Cela tient en partie à leur apparition récente dans un secteur en voie de développement et au tâtonnement des acteurs. La FNEHAD, qui a rencontré des porteurs de projet dans ce secteur évoque également un manque de projection tant des personnes que des structures sur l'évolution, le cas échéant, de l'autonomie des personnes, les cas plus complexes et/ou la suite n'étant que rarement pensé.

Rappelant que si la HAD a besoin de la présence d'aidants, ceux-ci n'ont pas besoin d'être familiaux, elle appelle au développement d'une culture de la solidarité médiée par le secteur associatif pour ne pas priver un nombre croissant de personnes âgées fragiles isolées de la possibilité de rester à domicile, chez soi ou dans des hébergements intermédiaires. Des dispositifs d'aide et de conseil, voire de coordination des intervenants devraient pouvoir les accompagner dans cette démarche

⁵⁴⁹ La Cour des comptes (*Les soins palliatifs*, juillet 2023).

⁵⁵⁰ *L'hospitalisation à domicile, évolution récentes*, communication à la commission des affaires sociales et à la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale de l'Assemblée nationale, Cour des comptes, décembre 2015

⁵⁵¹ L'HAD peut ainsi devoir mettre plusieurs jours pour prendre en charge quelqu'un et les SSIAD également pour intervenir.

2.4 Bonnes pratiques et recommandations pour le déploiement des soins palliatifs en direction des personnes âgées en fin de vie

Malgré son développement continu, la pratique des soins palliatifs souffre d'un manque de moyens, notamment humains, dont les effets sont amplifiés par un défaut d'appropriation de la part des professionnels en charge du suivi à domicile ou dans les EHPAD.

Cette amélioration des soins palliatifs aux personnes âgées en fin de vie, comme de leur accompagnement plus global, est d'autant plus conséquente et urgente à organiser que les tensions sur les dispositifs d'accompagnement et de prise en charge (tensions hospitalières, pénuries de professionnels de santé libéraux, tension RH médicosociale en EMSM et à domicile), déjà marquées par endroits, vont s'accroître de manière importante avec la poussée démographique des générations issues du baby-boom d'ici 2030.

Cette amélioration est aussi particulièrement nécessaire dans la perspective d'une réforme du corpus législatif sur la fin de vie⁵⁵². Le Comité consultatif national d'éthique (CCNE)⁵⁵³ observe que « les difficultés économiques présentes et à venir, couplées à la charge démographique croissante des personnes âgées voire très âgées, peuvent induire dans la société une tentation de ne pas prolonger la vie de personnes perçues comme « inutiles » en raison de leur grand âge et de leur grande dépendance, ajoutant que « cette dévalorisation de la vie humaine peut être intégrée par les personnes âgées elles-mêmes et les pousser à s'auto-exclure de la société ».

Le CCNE considère de surcroît « qu'une modification de la loi ou des pratiques qui favoriserait l'amointrissement du soin relationnel et l'affaiblissement du devoir d'accompagnement, ne serait pas éthiquement admissible. Toute évolution de la loi qui laisserait penser que certaines vies ne mériteraient pas d'être vécues ou sauvées (en contexte de crise ou de tension sanitaire par exemple) serait inacceptable ». L'enjeu est donc de répondre de manière adéquate aux besoins d'aide et de prise en charge palliative des personnes âgées tant sur le plan quantitatif que qualitatif afin que toute personne qui en relève puisse se la voir proposer.

En 2017, la HAS a produit des recommandations de bonnes pratiques pour favoriser l'acculturation des professionnels des EHPAD confrontés à la fin de vie⁵⁵⁴.

- Outre de formaliser la stratégie d'accompagnement de fin de vie dans le projet d'établissement, il est ainsi préconisé de former l'ensemble des professionnels à la démarche palliative, aux droits des personnes, au repérage des symptômes d'inconfort, à la communication sur la fin de vie, à la gestion du stress émotionnel, au travail d'équipe et à la collaboration avec des partenaires extérieurs et à l'accompagnement des différentes confessions et cultures ;
- Le partage des savoirs et des expériences, via des réunions pluridisciplinaires visant l'analyse de situations et le questionnement des professionnels sur le respect des droits et les

⁵⁵² Le plan soins palliatif actuel (2021-2024) devrait se prolonger par une *stratégie décennale pour le développement des soins palliatifs, la lutte contre la douleur et l'accompagnement de fin de vie* dont il était initialement prévu qu'elle s'insère dans un projet de loi sur la fin de vie contenant également un volet sur l'aide active à mourir.

⁵⁵³ *Questions éthiques relatives aux situations de fins de vie : autonomie et solidarité*, Avis 139, CCNE, septembre 2022.

⁵⁵⁴ *Accompagner la fin de vie des personnes âgées en Ehpads*, ANESM/HAS, novembre 2017.

souhaits des résidents, les modalités d'accompagnement, leur impact psychologique et ainsi que l'organisation et la mise en œuvre de procédures à ajuster aux besoins périodiquement est également prôné ;

- S'agissant des résidents, l'objectif est de se former à repérer leurs besoins et à évaluer régulièrement les situations de fin de vie. A cet effet, il faut pouvoir échanger en pluridisciplinarité pour repérer les situations de fin de vie et le moment où une démarche de soins palliatifs doit être envisagée en lien avec le médecin traitant en vue de mettre en œuvre les actions permettant d'assurer le confort et le bien-être du résident en s'efforçant d'obtenir en toutes circonstances, à défaut de son consentement, son assentiment ou son refus.

⇒ Parmi ces actions, figurent notamment :

- l'accompagnement par des soins et des gestes appropriés (humidifier les lèvres, rassurer les proches, etc.) ;
- le soulagement de la douleur physique et/ou la souffrance psychique ainsi que la détresse, la sécurisation et l'apaisement du résident agité ;
- le soulagement des difficultés respiratoires ;
- l'aménagement de la chambre (avec environnement sonore, olfactif et visuel adapté) ;
- la dispensation des soins respectant autant que possible le rythme de vie du résident, l'organisation des interventions en binôme IDE/AS ;
- le respect du temps d'action des antalgiques avant les soins ;
- le maintien des liens affectifs et la vie relationnelle du résidents en fin de vie et l'accès au représentant du culte de son choix.

A cette fin, des ressources dédiées à la fin de vie doivent être mobilisées en veillant notamment à la mise en place de réunions régulières entre la direction de l'Ehpad, les professionnels référents et les intervenants extérieurs mobilisés (HAD, EMSP, réseau de soins palliatifs, EMG, SSR, service des urgences, etc.).

Dans le sillage de ces recommandations portant sur les Ehpad, et parallèlement aux plans soins palliatifs dédiés, d'autres travaux⁵⁵⁵ abordant divers aspects de la thématique (les besoins en moyens et en formation, l'hôpital, les parcours, le domicile, ont émis des recommandations qui se recoupent pour certaines et dont la mission a fait une synthèse en regroupant à titre indicatif celles qui sont les plus significatives au regard de son propos (cf. tableau infra).

Les soins palliatifs en ambulatoire doivent encore être renforcés⁵⁵⁶, tant en termes de pertinence des indications que d'effectivité et de qualité des prises en charge. A cet égard, l'Igas comme la Cour des comptes soulignent le rôle du médecin généraliste (à la fois proche géographiquement

⁵⁵⁵ *Les soins palliatifs et la fin de vie à domicile*, rapport IGAS 2016-064, 2017 ; *Pour des soins palliatifs accessibles à tous : former, anticiper, accompagner*, rapport d'information n° 866 (2020-2021) de Mmes C. Bonfanti-Dossat, C. Imbert et M. Meunier, fait au nom de la commission des affaires sociales du Sénat, 2021 ; *Les soins palliatifs*, communication de la Cour des comptes à l'Assemblée nationale, juillet 2023.

⁵⁵⁶ *Le 5eme plan soins palliatifs 2021-2024* consacre un axe entier (axe 3) au renforcement de l'offre hospitalière et à domicile avec un focus sur la coordination (notamment en insérant un volet palliatif au DAC) et la réponse territoriale (en particulier, via la mise en place des dispositifs d'astreintes et en désignant un référent soins palliatifs en structures).

de ses patients, impliqué dans leur suivi au long cours et connaissant leur environnement, qui accompagne en moyenne entre 4 et 5 situations de fin de vie chaque année et dont il faut conforter la fonction d'évaluation et d'interface avec les autres acteurs du soins).

C'est aussi le médecin qui peut évoquer leur droits avec ses patients et les sensibiliser aux questions de fin de vie, notamment à la possibilité de directives anticipées, déclaration écrite leur permettant de faire connaître leur souhaits de soins médicaux en fin de vie dans la perspective d'un jour où ils ne pourraient plus s'exprimer (notamment, limiter ou arrêter les traitements en cours, être transféré en réanimation si l'état de santé le requiert, être mis sous respiration artificielle ; subir une intervention chirurgicale ; être soulagé de ses souffrances même si cela a pour effet de mener au décès).

La Cour des comptes propose également que les infirmiers intervenant à domicile soient mieux intégrés aux communautés professionnelles de territoires de santé (CPTS) dont elle propose que les missions puissent évoluer pour intégrer les soins palliatifs.

Les autres acteurs de la prise en charge (HAD, ELSP, SSIAD), doivent également être soutenus, leur activité devant à la fois se développer et mieux se coordonner.

Les soins à domicile, et particulièrement les soins de fin de vie, requièrent une présence soutenue du proche-aidant qu'il faut mieux « accompagner dans son accompagnement. » Des aides financières ou de répit existent pour le soulager mais elles permettent plus de couvrir les besoins urgents et ponctuels que d'assurer un soutien régulier et étalé dans le temps. En plus de les renforcer, notamment via des dispositifs de congés de répits, de soutien psychologique et d'intervention sociale, il est proposé de développer l'accompagnement à domicile, par des bénévoles dûment formés, des personnes en fin de vie⁵⁵⁷.

Lorsque le maintien à domicile n'est pas ou plus possible, la prise en charge palliative des patients en fin de vie doit se faire dans la continuité en Ehpad ou à l'hôpital sans dégradation de leur qualité. Cela implique notamment de pouvoir anticiper et de préparer le transfert et l'accueil de la personne âgée en fin de vie, idéalement de manière programmée mais avec le souci d'anticiper les urgences éventuelles, dans le cadre d'une démarche basée sur les besoins et préférences des patients en soins palliatifs afin de les intégrer plus précocement dans les prises en charges complexes avec le service concerné.

L'amélioration de l'effectivité et de la qualité des soins palliatifs en Ehpad repose notamment sur l'affermissement des dispositifs médicaux et paramédicaux permettant d'assurer la qualité et la continuité de la prise en charge palliative dans tout Ehpad (réfèrent soins palliatifs -prévu par le prochain plan soins palliatifs-, infirmiers de nuit spécialisés en soins palliatifs, astreintes gériatriques et palliatives) mais aussi par l'humanisation en cours des conditions d'hébergement au sein des Ehpad et la possibilité de soins de confort non médicaux (toucher-massage, stimulations sensorielles...) que certains ont développés..

⁵⁵⁷ Évoqués par la Cour des comptes, des bénévoles formés par des associations dédiées au Royaume-Unis « peuvent, avec l'accord de la personne malade ou de ses proches et sans interférer avec la pratique des soins médicaux et paramédicaux, apporter leur concours à l'équipe de soins en participant à son ultime accompagnement en confortant l'environnement psychologique et social de lui et de son entourage dans le respect de ses opinions philosophiques et religieuses, de sa dignité et de son intimité, la discrétion, la confidentialité, l'absence d'interférence dans les soins ».

A cet égard, une étude récente de l'IRDES montre que l'intervention de l'HAD en Ehpad réduit les transferts des résidents à l'hôpital et aux urgences tout en augmentant le recours aux soins palliatifs en fin de vie et souligne la nécessité de reconsidérer le niveau de financement approprié et les compétences internes des Ehpad nécessaires pour assurer les besoins de soins courants en Ehpad⁵⁵⁸.

Cela passe aussi par la revalorisation du rôle du médecin coordonnateur dans l'organisation de la prise en charge, en élargissant son pouvoir de prescription, aujourd'hui limité aux situations d'urgences, ce qui permettrait de remplacer le médecin traitant et faciliterait les prescriptions d'HAD et de médicaments pour mettre en place des soins palliatifs (solution qui serait envisagée dans le cadre des travaux issus de la feuille de route Ehpad- USLD) et la généralisation de liens formalisés et fonctionnels avec les EMSP pour conseil et formation⁵⁵⁹.

Comme le médecin généraliste en ambulatoire, l'Ehpad doit par ailleurs favoriser les temps d'échange entre le résident, sa personne de confiance et le médecin coordonnateur de l'Ehpad pour anticiper les conditions de sa prise en charge palliative et encourager les résidents à consigner plus systématiquement leurs directives anticipées.

La formation des professionnels intervenant en EHPAD et au domicile doit être une priorité : les médecins coordonnateurs et les soignants doivent impérativement être formés⁵⁶⁰. Compte tenu du rôle déterminant des médecins traitants et des médecins coordinateurs, il est essentiel de pouvoir conduire des actions de formation en lien avec les EMSP ou les réseaux de soins palliatifs existants.

Outre de les acculturer techniquement à l'écosystème palliatif, à ses dispositions législatives et réglementaires, à ses dispositifs et à leurs moyens ainsi qu'à ses divers intervenants et à leurs missions, l'enjeu est de faire évoluer leurs perceptions et leurs représentations des soins palliatifs en les sensibilisant notamment aux droits des patients, aux spécificités de la fin de vie chez les personnes âgées, à la lutte contre l'acharnement thérapeutique, aux moyens pour soulager la douleur physique et psychique, à l'accompagnement des familles...

Une des difficultés est de trouver la bonne articulation entre anticipation-démarrage de la démarche palliative et interrogation sur la poursuite de la pertinence de l'approche à visée curative, la gageure étant d'« éviter l'acharnement thérapeutique sans tomber dans le piège de l'abandon » (une insistance raisonnable peut permettre de passer un cap grave de la maladie, alors que l'obstination déraisonnable est une atteinte aux droits de la personne vulnérable).

⁵⁵⁸ *L'intervention de l'HAD en Ehpad réduit les transferts des résidents à l'hôpital et aux urgences tout en augmentant le recours aux soins palliatifs en fin de vie*, Questions d'économie de la santé n°283, IRDES, novembre 2023.

⁵⁵⁹ Dans son rapport de mai 2021 portant sur Les droits fondamentaux des personnes âgées accueillies en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), la défenseure des droits a recommandé au ministre de la santé et de la solidarité de demander aux ARS d'inscrire dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) des Ehpad un objectif portant sur les partenariats avec des réseaux en soins palliatifs.

⁵⁶⁰ Aux dires d'acteurs rencontrés par la mission, faute d'être correctement formés à savoir reconnaître les signes et stades de la fin de vie, des personnels peuvent se trouver, à leur corps défendant, effectuer ce qui pourrait être considéré comme de l'acharnement thérapeutique, ou a minima ne pas correctement accompagner les personnes dans leurs derniers moments.

Le 5^{ème} plan soins palliatifs 2021-2024 faisant de la formation un de ses axes principaux (axe 2, 5 actions dont structuration de la filière universitaire, développement formations initiale et continue en soins palliatifs dans toutes les filières de santé, développement formation spécialisées 3ème cycle, accompagnement des reconversions professionnelles), cet effort doit être poursuivi.

L'amélioration de l'accès aux soins palliatifs à l'hôpital suppose d'étendre la couverture des USP et des USMP et de s'assurer qu'elles disposent des moyens humains adaptés pour fonctionner mais également de mieux tenir compte de la complexité des prises en charge et d'introduire des indicateurs de qualité.

En complément, la Cour des comptes propose aussi de développer des réponses alternatives à l'hôpital (lieu de vie non exclusivement médicaux type maison de Gardanne⁵⁶¹, hôpital de jour soins palliatifs proposant en journée des soins de confort et des évaluations médicales de traitements, voire des soins thérapeutiques) ou au domicile (maisons de répit accueillant des patients en phase palliative avancée dans un environnement domiciliaire).

L'ensemble de ces mesures visant à renforcer la quantité et la qualité des interventions ne peut tendre vers sa pleine efficacité sans un renforcement de leur pilotage stratégique et une meilleur évaluation des besoins et de l'offre en soins palliatif. D'où l'importance de se doter d'objectifs et d'indicateurs chiffrés, d'échelonnement calendaire, tout en veillant à son intégration dans la prochaine stratégie nationale de santé et à son articulation avec les autres plans en lien avec le soutien aux personnes âgées, la dépendance et les maladies chroniques. Comme il est nécessaire que les PRS contiennent un volet dédié aux soins palliatifs, avec des objectifs quantitatifs et un échéancier stratégique.

L'enjeu est enfin de poursuivre l'effort pour mieux tracer les charges palliatives afin de documenter les parcours de fin de vie et de mieux évaluer les besoins de prise en charge concernés, ce qui suppose notamment une collecte et une analyse des données en continue.

3 Pour conclure

Si les soins palliatifs se sont incontestablement développés ces dernières années, ils ne sont pas en capacité de couvrir des besoins qui vont encore s'accroître du fait de la hausse des fins de vies à accompagner en rapport avec l'accélération du vieillissement de la population et de l'augmentation de la morbidité associée (polypathologies, dépendance, maladies neurodégénératives), les personnes âgées constituant désormais un objectif au-delà des seules fins de vie en lien avec des maladies pour lesquels les soins palliatifs se sont développés (cancer, notamment), et même au-delà des seules pathologies neurodégénératives.

S'il faut renforcer les moyens spécialisés, il faut également s'assurer que les équipes non spécialisées confrontées à la fin de vie soient sensibilisées, formées et organisées pour l'accompagner de manière pertinente et précoce, et que les personnes âgées et leurs proches

⁵⁶¹ Maison hors de l'hôpital avec chambres individuelles en rupture avec une chambre d'hôpital classique dans des unités faisant une large place aux familles et aux soignants, avec des espaces de vie commune, un environnement aussi proche que possible de celui d'une « maison », fonctionnant de manière multidisciplinaire, faisant également office de centre de formation et porteur d'une EMSP intervenant à domicile.

soient plus et mieux associés à la problématique afin que toute personne qui en relève puisse se voir proposer une démarche palliative, quitte à la refuser.

Dans les Ehpad, où le nombre de personnes âgées très dépendantes et/ou malades va croître rapidement, et au domicile privé, angle mort mais sensible de la problématique, où les personnes âgées seront mécaniquement plus nombreuses en situation de besoins en soins palliatifs (désir de décéder à domicile, refus ou impossibilité d'aller en Ehpad ou à l'hôpital), cela passe notamment par un nombre suffisant de professionnels formés et coordonnés et des liens effectifs avec les acteurs du soin palliatif (hôpital, EMSP, HAD, réseaux..).

Hors de l'hôpital et de l'Ehpad, notamment les résidences autonomes et les résidences services seniors, le défi est d'acculturer et préparer les acteurs qui vont y être plus fréquemment confrontés à faire face à des situations de fin de vie et à s'organiser pour anticiper ces besoins, en termes de prises en charges ou au moins d'orientation. Quant aux habitats inclusifs appelés à se développer, qui combinent nouveauté, atypie et inexpérience, tout reste à construire en ce domaine.

Outre pour certains de faire l'objet d'action dans le 5ème plan soins palliatifs, les problématiques identifiées par l'annexe sont abordées à travers les différents rapports cités par la mission dont les principales propositions figurent dans le tableau ci-après.

En tout état de cause, la stratégie décennale 2024-2034 sur les soins palliatifs dont plusieurs axes recoupent le sujet de la mission (anticipation et intégration d'une culture palliative, prise en charge à domicile et dans les établissements sociaux et médicaux sociaux) doit appréhender de manière plus spécifique la question de la fin de vie chez les personnes âgées.

Tableau : Liste indicative de recommandations issues de rapports visant l'amélioration des soins palliatifs notamment chez les personnes âgées

AXE STRATEGIQUE	DETAIL DE LA RECOMMANDATION	SOURCE
<p>Renforcer la pertinence, l'effectivité et la qualité des soins palliatifs ambulatoires</p>	Élaborer un référentiel permettant d'objectiver les situations de maintien à domicile sur la base de critères essentiels	IGAS 2017
	Prioriser les tâches de coordination des médecins généralistes sur la détection des situations de fin de vie et l'accompagnement pré-agonique et prévoir des outils pratiques à destination des médecins portant sur l'aide à la détection et à l'accompagnement de fin de vie avec des points spécifiques sur les prescriptions anticipées et les directives anticipées	IGAS 2017
	Expérimenter, dans le cadre du dispositif ouvert par l'article 51 un mode de financement innovant des prises en charge à domicile valorisant le travail en équipe et la coordination	Sénat 2021
	Faciliter l'accès à l'offre d'appui en créant un numéro d'appel unique - voire une astreinte téléphonique - qui permette aux professionnels de santé d'activer les dispositifs d'appui présents dans leur région/ Développer des permanences téléphoniques territorialisées 24h/24 ainsi que la téléconsultation et la téléexpertise dans le champ des soins palliatifs, en soutien aux patients, à leurs proches et à leurs soignants	IGAS 2017 Sénat 2023
	Donner aux médecins coordonnateurs HAD ou EHPAD plus de liberté en termes de prescription thérapeutique en fin de vie	IGAS 2017
	Faciliter l'articulation entre l'HAD et les SSIAD en permettant des zones de complémentarité/ Conforter le rôle d'expertise de l'hospitalisation à domicile (HAD) dans les prises en charge palliatives de proximité	IGAS 2017 Sénat 2021
	Affirmer le rôle territorial des EMSP, renforcer leurs moyens et pérenniser leur financement /Permettre la couverture de l'ensemble du territoire par des EMSP intervenant en dehors de l'hôpital/Renforcer la présence de psychologues et d'assistants sociaux en appui aux EMSP (pour le soutien et l'aide aux démarches)/Doter le personnel médical des EMSP de la capacité de prescrire.	IGAS 2017 CdC 2023 Sénat 2021 CdC 2023
	Créer une consultation ad hoc dédiée à la réflexion avec le patient sur ses droits en matière de soins palliatifs et de fin de vie, pouvant être assurée notamment par un médecin ou un infirmier libéral	Sénat 2021

RAPPORT IGAS N°2023-014R (ANNEXES)

	Prévenir les situations d'épuisement en favorisant le repérage et la gestion des situations à risque par les professionnels de santé	IGAS 2017
	Soutenir plus activement le développement des structures de répit	Sénat 2021
	Améliorer les dispositifs de congé de répit pour les aidants accompagnant un proche en soins palliatifs	Sénat 2021
	Faciliter l'intervention des bénévoles dans la prise en charge palliative à domicile	Sénat 2021
	Revoir les conditions de rémunération des médecins de ville en matière de prise en charge de fin de vie/Revaloriser les prises en charge à domicile par les médecins et infirmiers libéraux et déplaçonner les visites longues pour les médecins assurant une prise en charge palliative/Prévoir dans la nomenclature des actes infirmiers un acte spécifique « soins palliatifs »	IGAS 2017 Sénat 2021 CdC 2023
	Revoir le mode de financement des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) pour mieux prendre en compte l'intensité des prises en charge/Intégrer les prises en charges palliatives dans le nouveau modèle de financement des SSIAD	Sénat 2021 CdC 2023
	Expérimenter un forfait « soins de confort palliatifs » pour les patients pris en charge à domicile, sur le modèle du forfait d'intervention précoce mis en place pour les enfants souffrant de troubles du spectre de l'autisme ;	CdC 2023
Renforcer l'effectivité et la qualité des soins palliatifs en Ehpad	Pérenniser le dispositif des infirmiers de nuit spécialisés - ayant le statut d'infirmier en pratique avancée - en soins palliatifs	Sénat 2021
	Systematiser le conventionnement des établissements avec des EMSP et la formation par celles-ci des professionnels des ESMS	Sénat 2021
	Pérenniser les astreintes gériatriques et palliatives déployées pendant la crise sanitaire pour assurer la qualité et la continuité de la prise en charge palliative dans les Ehpad	Sénat 2021
	Nommer un référent soins palliatifs par établissement	Sénat 2021
	Revaloriser le rôle du médecin coordonnateur dans l'organisation de la prise en charge, en élargissant son pouvoir de prescription	Sénat 2021

RAPPORT IGAS N°2023-014R (ANNEXES)

	Institutionnaliser les temps d'échange entre le résident, sa personne de confiance et le médecin coordonnateur de l'Ehpad pour anticiper les conditions de sa prise en charge palliative, et encourager les établissements à consigner plus systématiquement les souhaits des résidents	Sénat 2021
Améliorer la continuité des prises en charges	Anticiper et programmer le recours à l'hôpital avec le service concerné/Confier à la HAS le soin de définir, dans le cadre de recommandations de bonne pratique, le cadre d'une démarche d'anticipation par les équipes soignantes des besoins et préférences des patients en soins palliatifs afin de les intégrer plus précocement dans les prises en charges complexes	IGAS 2017 Sénat 2021
	Évaluer la mise en œuvre des documents de liaison entre les SAMU et la ville pour les conduites à tenir	IGAS 2017
	Garantir l'accès H24 à domicile au dossier de liaison d'urgence incluant fiche de souhaits de fin de vie et prescriptions anticipées	IGAS 2017
	Faire systématiquement intervenir les EMSP dans l'identification des LISP et faire garantir par le médecin DIM l'effectivité des séjours tarifés en LISP	IGAS 2017
	Assurer un hébergement social et un accompagnement pour les personnes en situation de très grande précarité dans la phase de fin de vie	IGAS 2017
Améliorer l'accès aux soins palliatifs à l'hôpital	Poursuivre le déploiement des USP dans les régions et départements sous-dotés/Déterminer, pour les services avec LISP, la valeur indicative d'effectifs supplémentaires nécessaires par rapport à un service sans LISP et s'assurer, notamment via les CPOM, que les LUSP et les USP sont bien dotés des ressources humaines correspondant à leur cotation	Sénat 2021 CdC 2023
	Revoir le mode de financement des soins palliatifs à l'hôpital dans le sens d'un financement mixte (dotation et tarification à l'activité) tenant compte de la complexité des prises en charge et intégrant des indicateurs de qualité des prises en charge	Sénat 2021
	Accompagner la diversification de l'offre hospitalière (accueils de jour, unités de soins palliatifs de longue durée...) et soutenir les initiatives de « maisons de soins palliatifs » proposant un accueil en dehors du milieu hospitalier	Sénat 2021
Améliorer la formation des intervenants	Introduire un stage obligatoire dans une USP ou EMSP au cours de l'internat dans certaines spécialités et médecine générale	Sénat 2021
	Créer un parcours de formation spécialisée transversale (FST) ouvert à des médecins après l'internat (autres professionnels) permettant d'acquérir une qualification en soins palliatifs	Sénat 2021

RAPPORT IGAS N°2023-014R (ANNEXES)

	Structurer une filière universitaire de soins palliatifs, en renforçant le nombre de postes (PU-PH, chefs de service et assistants)	Sénat 2021
	Créer une spécialité d'infirmier en pratique avancée en soins palliatifs	Sénat 2021
	Mieux prendre en compte les enjeux de la fin de vie dans les formations destinées aux professionnels du domicile	Sénat 2021
	Construire et mettre en œuvre, au sein des Ehpad, une stratégie de formation aux soins palliatifs à destination des auxiliaires médicaux	CdC 2023
Renforcer le pilotage et améliorer les outils d'évaluation et de suivi des besoins et de l'offre en soins palliatifs	Au niveau national, doter le prochain plan pluriannuel 2024-2027 de quelques grands objectifs pour le déploiement des soins palliatifs, assortis d'indicateurs chiffrés et d'un calendrier, en veillant à leur intégration dans la future stratégie nationale de santé et à leur articulation avec les autres plans concernés/ veiller à la cohérence et à l'articulation des objectifs du futur plan national pour le développement des soins palliatifs avec les autres plans et stratégies en lien avec le soutien aux personnes âgées, la dépendance et les maladies chroniques	CdC 2023 Sénat 2023
	Renforcer la traçabilité des prises en charge palliatives, à l'hôpital et hors de l'hôpital, afin de documenter les parcours de fin de vie et de mieux évaluer les besoins de prise en charge	Sénat 2021
	Au niveau régional, doter les prochains schémas régionaux de santé d'un volet dédié aux soins palliatifs, avec des objectifs de mise en œuvre chiffrés et des indications calendaires sur toute la durée du schéma	CdC 2023 IGAS 2017
	Relancer les travaux de collecte et d'analyse de données par le Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie	IGAS 2017
	Prévoir dans la nomenclature des actes infirmiers un acte spécifique « soins palliatifs »	CdC 2023
	Actualiser les études de coûts relatives à la prise en charge des soins palliatifs de manière à vérifier que le niveau et les modalités de financement sont bien adaptés à la spécificité de ces actes de soins et à les faire évoluer si cela n'est pas le cas	CdC 2023

Source : *Igas 2017 : Les soins palliatifs et la fin de vie à domicile, rapport IGAS 2016-064, 2017.*

Sénat 2021 : Pour des soins palliatifs accessibles à tous : former, anticiper, accompagner, rapport d'information n° 866 (2020-2021) de Mmes C. Bonfanti-Dossat, C. Imbert et M. Meunier, fait au nom de la commission des affaires sociales du Sénat, 2021

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

ANNEXE 12 : Les projections démographiques d'augmentation de la population âgée en perte d'autonomie par département en France à horizon 2050

ANNEXE 12 : LES PROJECTIONS DEMOGRAPHIQUES D'AUGMENTATION DE LA POPULATION AGEE EN PERTE D'AUTONOMIE PAR DEPARTEMENT EN FRANCE A HORIZON 2050		385
INTRODUCTION		387
1	L'ARRIVEE PROGRESSIVE DES BABY-BOOMERS DANS LA DEPENDANCE VA CROITRE D'ICI 2030 PUIS S'ACCELERER	387
1.1	LE MODELE LIVIA DE LA DREES : METHODOLOGIE ET PRESUPPOSES	387
1.1.1	<i>La méthodologie Livia</i>	387
1.1.2	<i>Les hypothèses démographiques et de dépendance</i>	388
1.1.3	<i>Les présupposés du modèle</i>	389
1.2	UNE AUGMENTATION IMPORTANTE QUI VA SE POURSUIVRE JUSQU'EN 2050	390
1.3	UNE AUGMENTATION PARTICULIEREMENT INTENSE DANS LES ANNEES 2030	394
2	LES AUGMENTATIONS DE LA POPULATION AGEE EN PERTE D'AUTONOMIE VONT ETRE FORTEMENT DIFFERENCIEES D'UN TERRITOIRE A L'AUTRE	397
2.1	UNE HETEROGENEITE TERRITORIALE QUI SE POURSUIT TOUTE LA PERIODE.....	397
2.2	DES FACTEURS EXPLICATIFS TENANT A LA FOIS AUX PROFILS DEMOGRAPHIQUES DE CHAQUE DEPARTEMENT MAIS AUSSI AUX MOBILITES INTERDEPARTEMENTALES	400
2.3	LA SITUATION PARTICULIERE DES OUTRE-MER	404

Introduction

Avec l'arrivée au grand âge des générations du baby-boom d'après 1945 (85 ans en 2030 pour les premiers), la France va connaître, au-delà du vieillissement de sa population, un accroissement important de la population âgée dépendante en un temps court (quelques années). Les projections nationales sont pour l'essentiel connues grâce aux travaux publiés par la DREES ces dernières années. Cette annexe a pour objet d'en présenter la déclinaison à une échelle départementale : en effet, les dynamiques vont être extrêmement hétérogènes⁵⁶², ce qui justifie pour les années à venir de prendre en compte ces disparités locales. A titre d'exemple, la Haute-Savoie va connaître une hausse quatre fois plus rapide que l'Indre, mais ce dernier département aura, par exemple en 2040, une proportion de personnes âgées dépendantes (rapportées à la population générale) presque deux fois plus grande que la Haute-Savoie. Avec de tels écarts, il est vraisemblable que les difficultés opérationnelles à traiter et la mise en tension de l'offre d'accompagnement ne vont pas se faire de façon simple et similaire, que ce soit en termes de temporalité ou de nature des problèmes rencontrés pour adapter le système de santé à sa nécessaire montée en puissance.

1 L'arrivée progressive des baby-boomers dans la dépendance va croître d'ici 2030 puis s'accélérer

1.1 Le modèle Livia de la DREES : méthodologie et présupposés

1.1.1 La méthodologie Livia

Tout au long de la mission, et notamment pour les simulations de scénarios (cf. annexe 14 relative aux scénarios prospectifs de répartition de la population âgée en perte d'autonomie par type d'habitat) et également dans l'objectif de catégoriser les départements (cf. annexe 13 relative à la catégorisation des territoires), le pôle data de l'IGAS s'est largement appuyé sur les résultats issus du modèle LIVIA de la DREES⁵⁶³. Comme l'indique la DREES sur son site Internet, le modèle LIVIA « a été développé à partir du modèle EP24 - Projections de personnes âgées dépendantes, issu d'un travail commun entre la DREES et l'Insee, qui avait été mobilisé pour les projections rendues publiques en 2019 (Larbi et Roy, 2019). LIVIA (...) » Il permet « d'avoir des projections de personnes âgées dépendantes bénéficiaires de l'APA (sous une hypothèse de recours similaire à celui observé aujourd'hui) en plus de projections à partir d'une définition « épidémiologique » de la dépendance. Tout comme le modèle EP24 les résultats sont disponibles à la maille départementale. ».

Ainsi, la mission a pu travailler sur des projections du nombre de personnes de 60 ans et plus jusqu'en 2050 notamment par département et selon leur niveau de perte d'autonomie.

⁵⁶² Les dynamiques passées de vieillissement de la population française n'ont pas non plus impacté de la même façon les départements.

⁵⁶³ Le modèle Lieux de vie et autonomie (LIVIA)

1.1.2 Les hypothèses démographiques et de dépendance

Le modèle LIVIA permet de faire des simulations selon différentes hypothèses qui concernent à la fois la démographie (espérance de vie centrale, haute ou basse) et sur l'évolution de la dépendance (scénario optimiste, pessimiste ou intermédiaire).

Sur l'espérance de vie, le modèle LIVIA s'appuie sur le modèle de l'INSEE Omphale. La mission a choisi de retenir le scénario d'espérance de vie basse, car après échanges de la mission avec la Drees, il a été fait le constat qu'à horizon 2040/2050, le scénario d'espérance de vie basse du modèle Livia se rapproche du nouveau scénario central de l'INSEE.

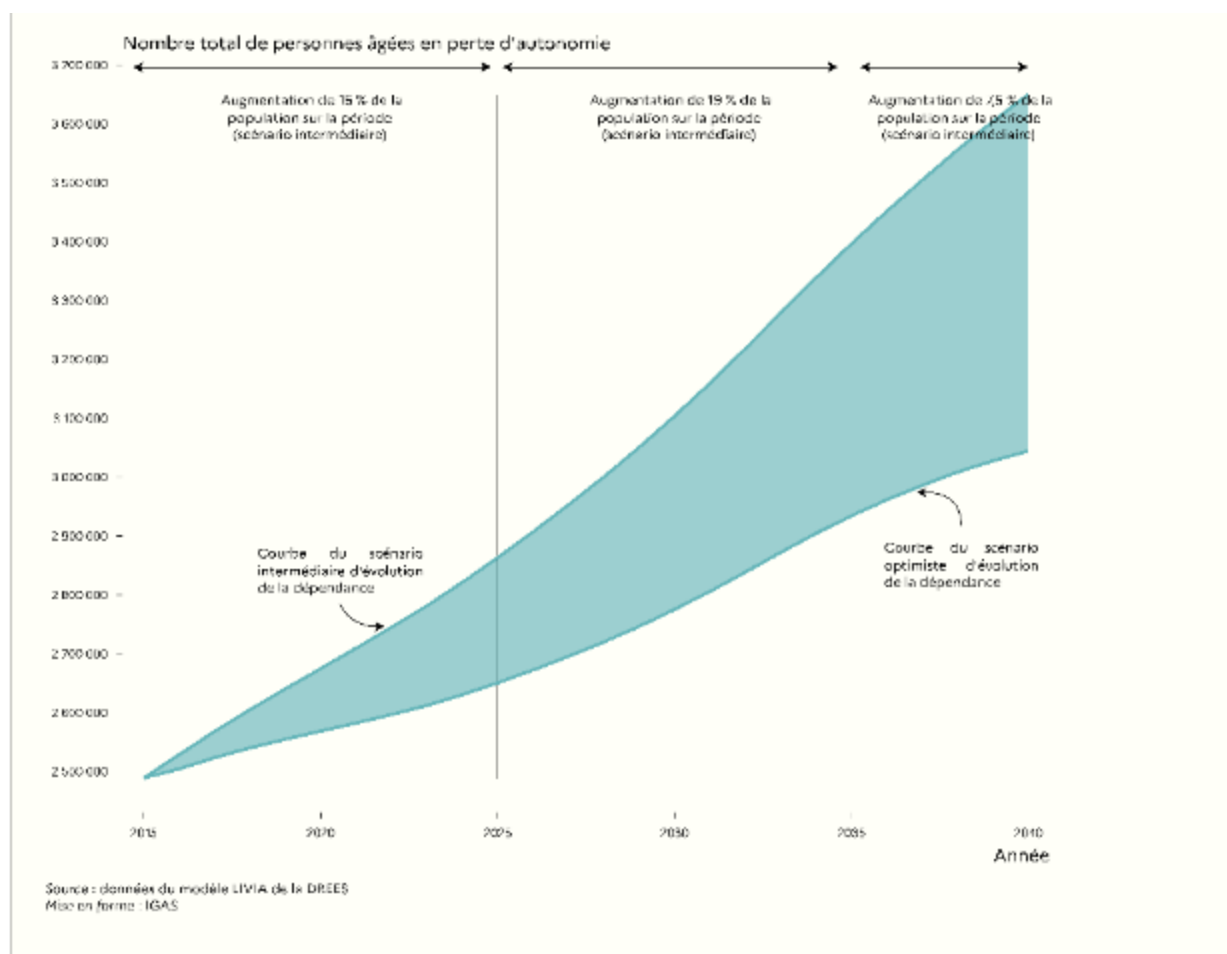
Sur la question de la dépendance, trois scénarios sont possibles dans le modèle LIVIA. Le scénario optimiste estime que le gain d'espérance de vie se passe dans un niveau d'autonomie totale. Le scénario pessimiste estime que ce gain se traduit en années de dépendance modérée, et le scénario intermédiaire partage le gain d'espérance de vie entre dépendance modérée et autonomie totale, au prorata de ce qui est observé aujourd'hui. Quelle que soit l'hypothèse choisie, le temps passé en situation de dépendance totale, très lié à la fin de vie, reste constant et ne dépend pas des gains en espérance de vie. En articulation avec la Drees qui a été auditionnée pour les besoins de la mission, cette dernière a choisi de retenir le scénario de dépendance intermédiaire. En effet, les derniers travaux publiés par la Drees sur l'espérance de vie dans l'APA (2021) n'incitent pas à penser que le scénario pessimiste soit le plus probable (Drees, Allocation personnalisée d'autonomie : la part de l'espérance de vie passée en tant que bénéficiaire diminue depuis 2010, Études et résultats N° 1212, octobre 2021)⁵⁶⁴.

L'hypothèse d'évolution de la dépendance retenue dans la présente annexe, dans l'annexe sur la catégorisation des territoires et dans l'annexe relative aux scénarios prospectifs est l'intermédiaire. Un encadré du rapport et de l'annexe scénario détaille néanmoins les écarts de projection par type d'habitat entre l'hypothèse optimiste et intermédiaire. En effet, la sensibilité des résultats à l'hypothèse d'évolution de la dépendance est relativement marquée : ainsi, la population âgée en perte d'autonomie serait en 2030 de 2,8 millions (hypothèse d'évolution de la dépendance optimiste) ou de 3,1 millions (hypothèse d'évolution de la dépendance intermédiaire), soit une hausse respective par rapport à 2019 de 220 000 personnes âgées dépendantes versus 463 000 personnes âgées dépendantes⁵⁶⁵.

⁵⁶⁴ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/allocation-personnalisee-dautonomie-la-part-de-lesperance-de-vie>

⁵⁶⁵ A horizon 2040, les données correspondantes sont 3 millions, versus 3,7 millions, correspondant à des hausses respectives de +490 000 personnes âgées dépendantes par rapport à 2019 versus un million.

Graphique 3 : Nombre de personnes âgées en perte d'autonomie entre 2015 et 2040 selon les scénarios intermédiaires ou optimistes d'évolution de la dépendance du modèle Livia-Drees



1.1.3 Les présupposés du modèle

Comme pour tout exercice de modélisation, le modèle Livia repose sur un certain nombre de présupposés incontournables. Il est intéressant d'en préciser quelques-uns dans la mesure où ils pourraient avoir leur importance dans les années à venir.

Tout d'abord, les effets de la crise climatique ne sont par construction pas pris en compte dans le modèle. Or, comme l'ont montré plusieurs épisodes de canicules (ex. 2003, 2022, 2023), le réchauffement du climat pourrait avoir des effets, quoique difficilement prévisibles, sur le nombre de personnes âgées en perte d'autonomie. En effet, les personnes très âgées, et notamment celles qui sont plus vulnérables, sont plus exposées à des risques de dégradation de leur état de santé voire à des décès prématurés lors de tels épisodes. Si, comme les scientifiques du GIEC l'anticipent, les événements climatiques extrêmes viennent à se répéter de façon de plus en plus fréquente, cela pourrait impacter la mortalité française et du même coup le nombre de personnes âgées dépendantes.

De la même façon, le modèle repose sur les projections Insee de répartition géographique de la population française, sans anticipation d'éventuelles modifications des choix résidentiels. Or, il

est vraisemblable qu'avec la crise climatique, certaines régions vont devenir plus attractives que d'autres pour y habiter (moins de pénurie en eau, moins de chaleurs extrêmes). Les données du modèle reposent sur les mobilités géographiques observées ces dernières années et non sur ce qu'elles pourraient être demain. Or, ainsi que l'a montré la Caisse des dépôts et consignation⁵⁶⁶, les personnes âgées connaissent de fortes mobilités géographiques à deux moments : au moment du passage à la retraite puis, plus tardivement, après 80 ans, ce qui correspond sans doute à l'âge où les premières fragilités apparaissent. Il est donc probable que la question climatique qui n'entraîne hier que peu dans les critères d'implantation devienne un facteur non négligeable. Les projections de population âgée dépendante n'en seraient pas modifiées nationalement, mais elles le seraient dans leur déclinaison départementale.

De la même façon, le modèle Livia a été élaboré en 2015, soit plusieurs années avant la crise sanitaire due au covid. Le modèle ne prend donc pas en compte les décès intervenus ces trois dernières années du fait du virus. Les données de la décennie 2020 sont donc vraisemblablement biaisées à la hausse (cf. surmortalité des personnes très âgées du fait du covid, et donc moindre population dépendante, phénomène qui se traduit aujourd'hui par une moindre demande d'entrée en Ehpad, résidences autonomie ou résidences services). Si de tels épisodes étaient appelés à se reproduire, cela pourrait à nouveau causer des hausses imprévues de mortalité, qui induiraient elles-mêmes une réduction du nombre de personnes âgées dépendantes à accompagner mais également une fragilisation et une augmentation de la morbidité pouvant s'accompagner d'une augmentation du besoin d'aide au quotidien.

Les épisodes de canicule ou d'apparition d'épidémies pouvant conduire à s'isoler peuvent produire des effets statistiques inverses sur le nombre futur des personnes âgées en perte d'autonomie. En effet, il est montré que le maintien d'un exercice physique quotidien est un facteur de prévention de l'entrée dans la dépendance ou de son aggravation. Or, lorsque les personnes se confinent de façon prolongée chez elles pour se protéger des effets mortifères de la chaleur ou d'une épidémie, il est vraisemblable qu'elles réduisent leur activité physique, ce qui peut conduire, d'une manière difficilement prévisible, à une dégradation de leur état de santé. Un tel phénomène aurait alors pour conséquence de potentiellement accroître le nombre de personnes âgées en situation de dépendance à une tierce personne.

La mission n'a pas tenté de maîtriser les effets de ces multiples incertitudes, pouvant jouer tantôt dans un sens, tantôt dans un autre. Elle considère que les données quantitatives présentées ici valent principalement pour les ordres de grandeur qu'elles permettent d'avoir, plus que pour la valeur chiffrée exacte qu'elles seraient supposées donner⁵⁶⁷.

1.2 Une augmentation importante qui va se poursuivre jusqu'en 2050

Sous les hypothèses précédemment décrites, la population âgée dépendante augmenterait significativement comme le montrent les graphiques et les tableaux ci-dessous : d'ici à 2030, la

⁵⁶⁶ <https://politiques-sociales.caissedesdepots.fr/sites/default/files/QPS%20Les%20C3%A9tudes%2038%20-%20publication.pdf>

⁵⁶⁷ La mission ne prend pas non plus en compte les effets possibles d'une politique publique volontariste de prévention de la perte de dépendance type ICOPE dans les années à venir ni les potentiels effets de la recherche biologique sur le traitement des maladies neurodégénératives.

hausse sera d'environ 16% par rapport à 2020, de 36% d'ici 2040 et de 46% d'ici 2050, soit une hausse nettement plus rapide que l'augmentation globale des plus de 60 ans (+31% d'ici 2050) du fait de l'augmentation de la part des personnes très âgées dans ce segment de population.

Tableau 1 : Evolution de la population âgée, selon le fait d'être ou non dépendant

	Personnes de plus de 60 ans	Personnes âgées dépendantes (GIR1 à 4)	Evol personnes de plus de 60 ans en % par rapport à 2020	Evol personnes de plus de 60 ans dépendantes en % par rapport à 2020
2020	17 684 558	2 674 946		
2030	20 464 355	3 103 732	15,72 %	16,03 %
2040	22 234 439	3 650 259	25,73 %	36,46 %
2050	23 155 732	3 901 445	30,94 %	45,85 %

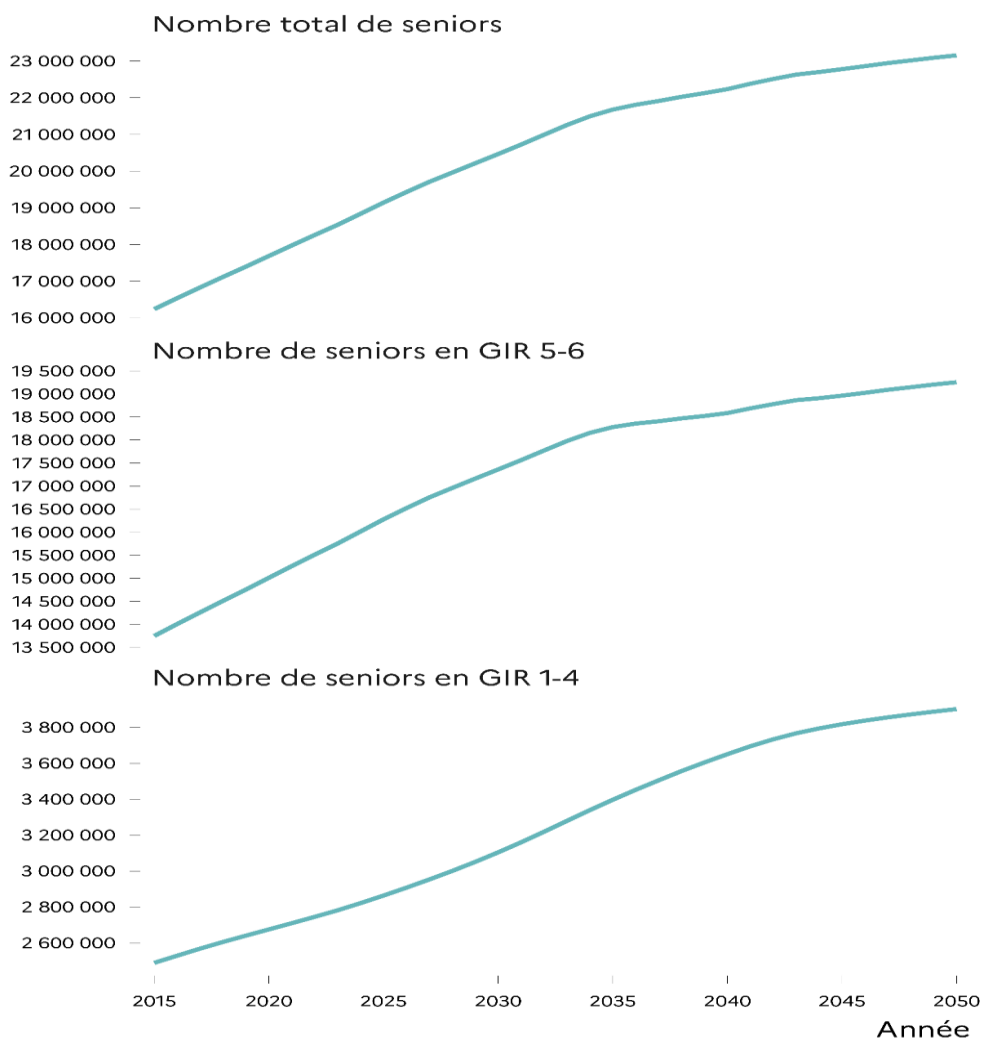
Source : Livia, traitement mission. Note de lecture : la donnée de 2020 correspond à la projection faite en 2015 sur l'année 2020. LIVIA -DREES, hypothèse de dépendance scénario intermédiaire, espérance de vie basse.

Tableau 2 : Evolution du nombre estimé de personnes âgées de 60 ans et plus par niveau de dépendance

Année	Nombre de seniors en GIR 1-2	Nombre de seniors en GIR 3-4	Nombre de seniors en GIR 1-4
2015	703 620	1 785 299	2 488 919
2020	737 666	1 937 280	2 674 946
2030	802 666	2 301 066	3 103 732
2040	931 004	2 719 255	3 650 259
2050	962 137	2 939 308	3 901 445

Source : LIVIA -DREES, hypothèse de dépendance scénario intermédiaire, espérance de vie basse

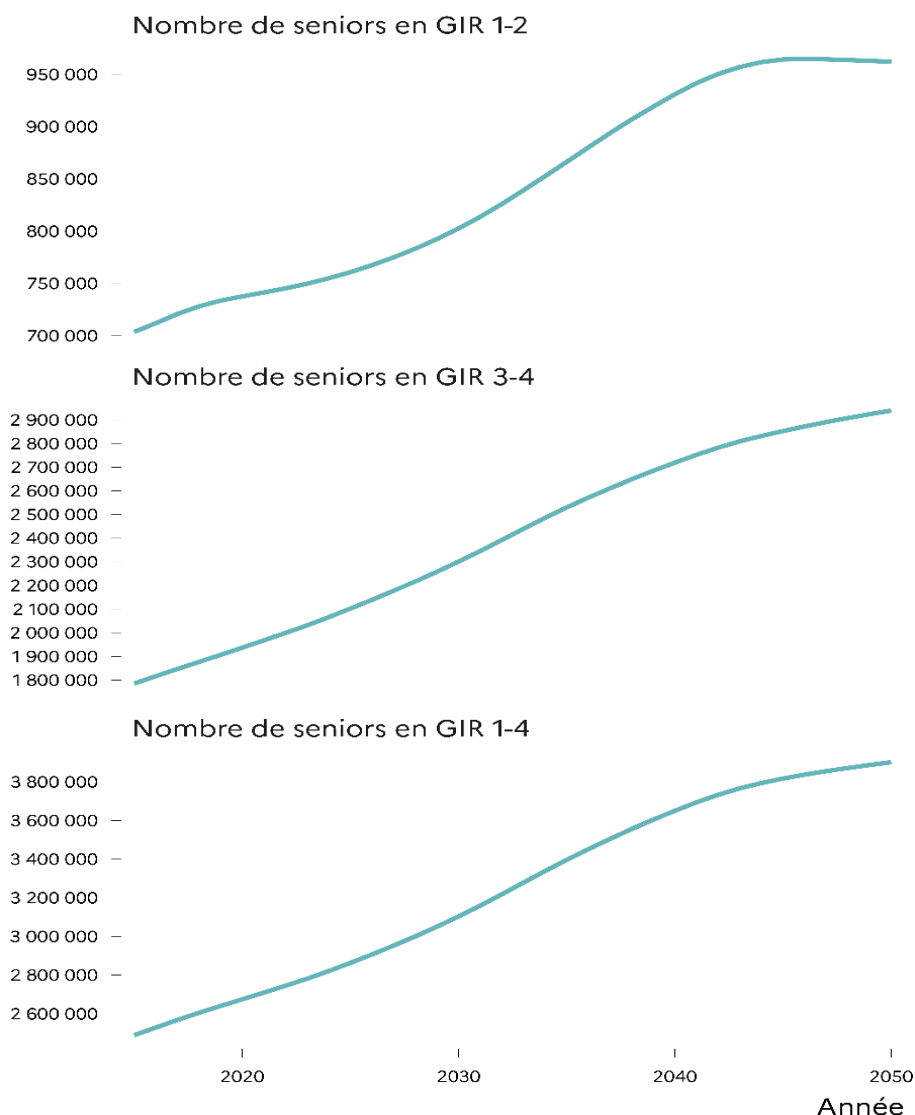
Graphique 1 : Evolution du nombre de personnes âgées de 60 ans et plus par niveau de dépendance



Source : LIVIA -DREES, hypothèse de dépendance scénario intermédiaire, espérance de vie basse

En 2050, plus de 23 millions de personnes auront plus de 60 ans. Parmi elles, 3,9 millions seraient en situation de dépendance au sens de la grille AGGIR (Groupe 1 à 4) .

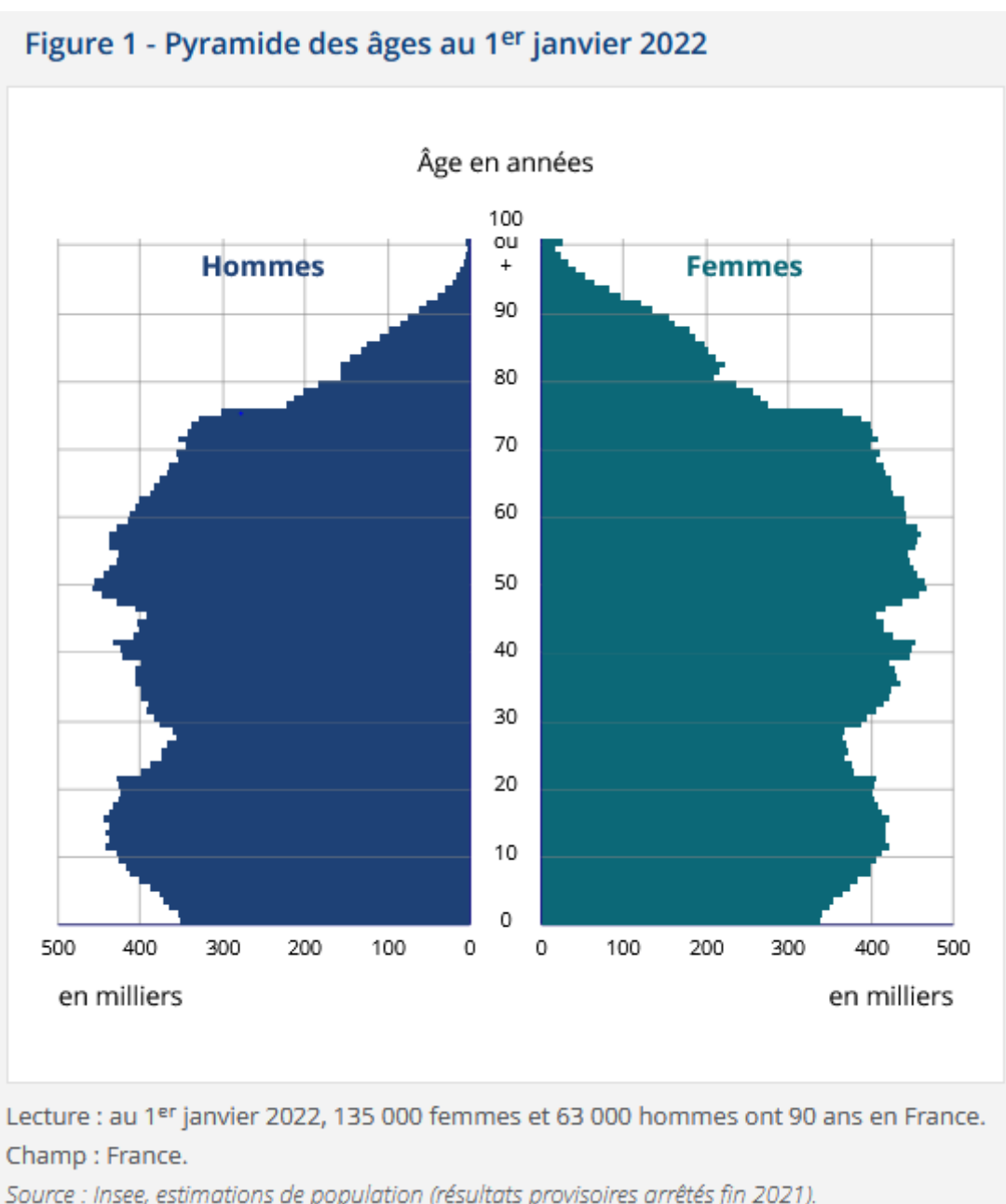
Graphique 2 : Evolution du nombre estimé de personnes âgées (>60 ans) dépendantes



Source : LIVIA -DREES, hypothèse de dépendance scénario intermédiaire, espérance de vie basse

La croissance du nombre de personnes âgées modérément dépendantes est la plus importante, car elle rassemble deux effets, l'augmentation du nombre de personnes âgées due au baby-boom post seconde guerre mondiale (cf. pyramide des âges ci-dessous), et aussi l'augmentation de l'espérance de vie (on fait l'hypothèse d'un scénario intermédiaire où la moitié des gains se passe en dépendance modérée). L'augmentation du nombre de personnes âgées très dépendantes est forte mais moindre, car notre modèle considère que le temps passé en état de forte dépendance reste constant et n'est pas affecté par l'allongement de l'espérance de vie.

Graphique 3 : Pyramide des âges, France, 2022



Source : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6051042?sommaire=6047805>

1.3 Une augmentation particulièrement intense dans les années 2030

Comme constaté précédemment, la croissance du nombre de personnes âgées de plus de 60 ans, dépendantes ou pas, serait maximale dans les années 2020 et, plus encore, 2030.

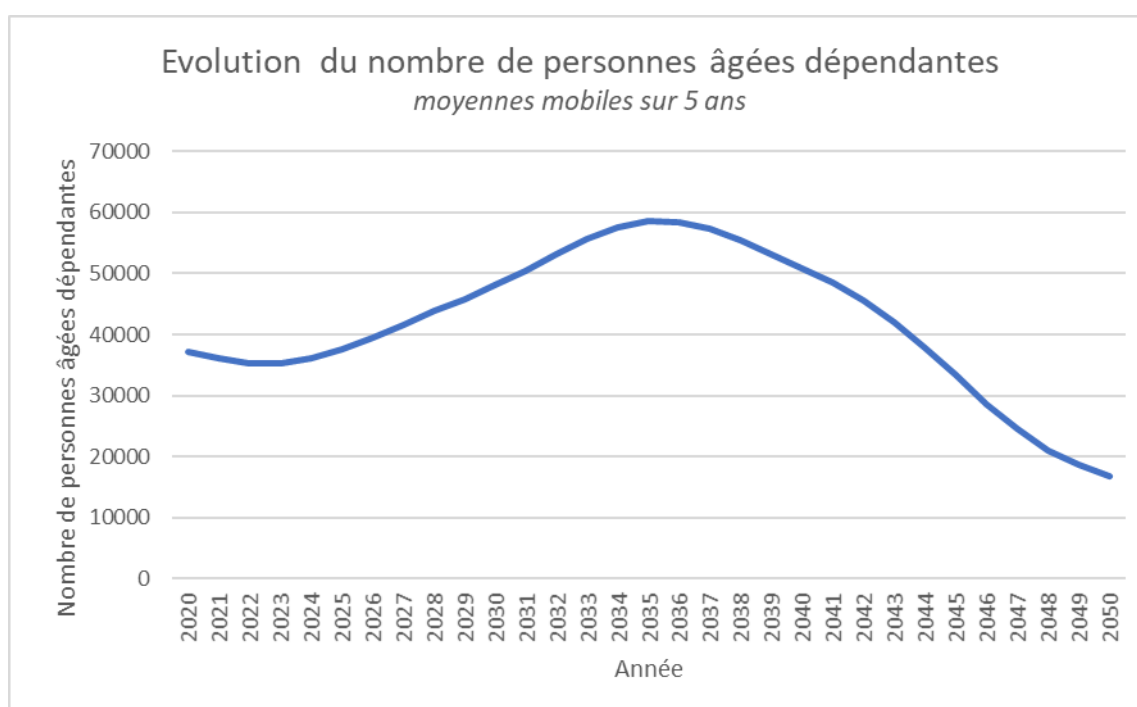
Tableau 3 : Evolution du taux de croissance

Année	Taux de croissance du nombre total de seniors	Taux de croissance du nombre de seniors en GIR 1-4	Taux de croissance du nombre de seniors en GIR 5-6
2018	1.7	1.5	1.8
2019	1.7	1.4	1.7
2020	1.6	1.3	1.7
2021	1.6	1.3	1.7
2022	1.6	1.3	1.7
2023	1.6	1.4	1.6
2024	1.6	1.4	1.6
2025	1.5	1.5	1.6
2026	1.5	1.5	1.5
2027	1.4	1.6	1.4
2028	1.3	1.6	1.3
2029	1.3	1.7	1.2
2030	1.3	1.7	1.2
2031	1.3	1.8	1.2
2032	1.2	1.8	1.2
2033	1.2	1.8	1.1
2034	1.0	1.8	0.9
2035	0.9	1.7	0.7
2036	0.7	1.6	0.5
2037	0.6	1.5	0.4
2038	0.5	1.5	0.3
2039	0.5	1.4	0.4
2040	0.6	1.3	0.4
2041	0.6	1.2	0.4
2042	0.5	1.0	0.4
2043	0.5	0.9	0.4
2044	0.4	0.7	0.4
2045	0.4	0.6	0.3
2046	0.3	0.5	0.3
2047	0.3	0.5	0.3
2048	0.3	0.4	0.3

Source : LIVIA -DREES, hypothèse de dépendance scenario intermédiaire, espérance de vie basse

L'augmentation des personnes âgées en général serait très importante jusqu'en 2025, puis décélérerait ensuite. Par translation temporelle, les personnes âgées dépendantes seraient en croissance forte jusqu'en 2034 pour décélérer ensuite. Le point d'inflexion de 2024 chez les plus de 60 ans se retrouve environ 10 ans plus tard, chez les personnes âgées dépendantes (voir graphique ci-dessous). En termes opérationnels, cela signifie donc que c'est au cours du début des années 2030 que la mise sous tension de l'offre d'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie va devoir s'adapter le plus rapidement d'une année sur l'autre pour faire face à l'arrivée de nouveaux publics en nombre sans cesse plus élevé (enjeu RH de recrutement et de formation, ouverture de places d'hébergement, prise en charge hospitalière...).

Graphique 4 : Evolution du nombre de personnes âgées dépendantes supplémentaires d'une année sur l'autre entre 2020 et 2050



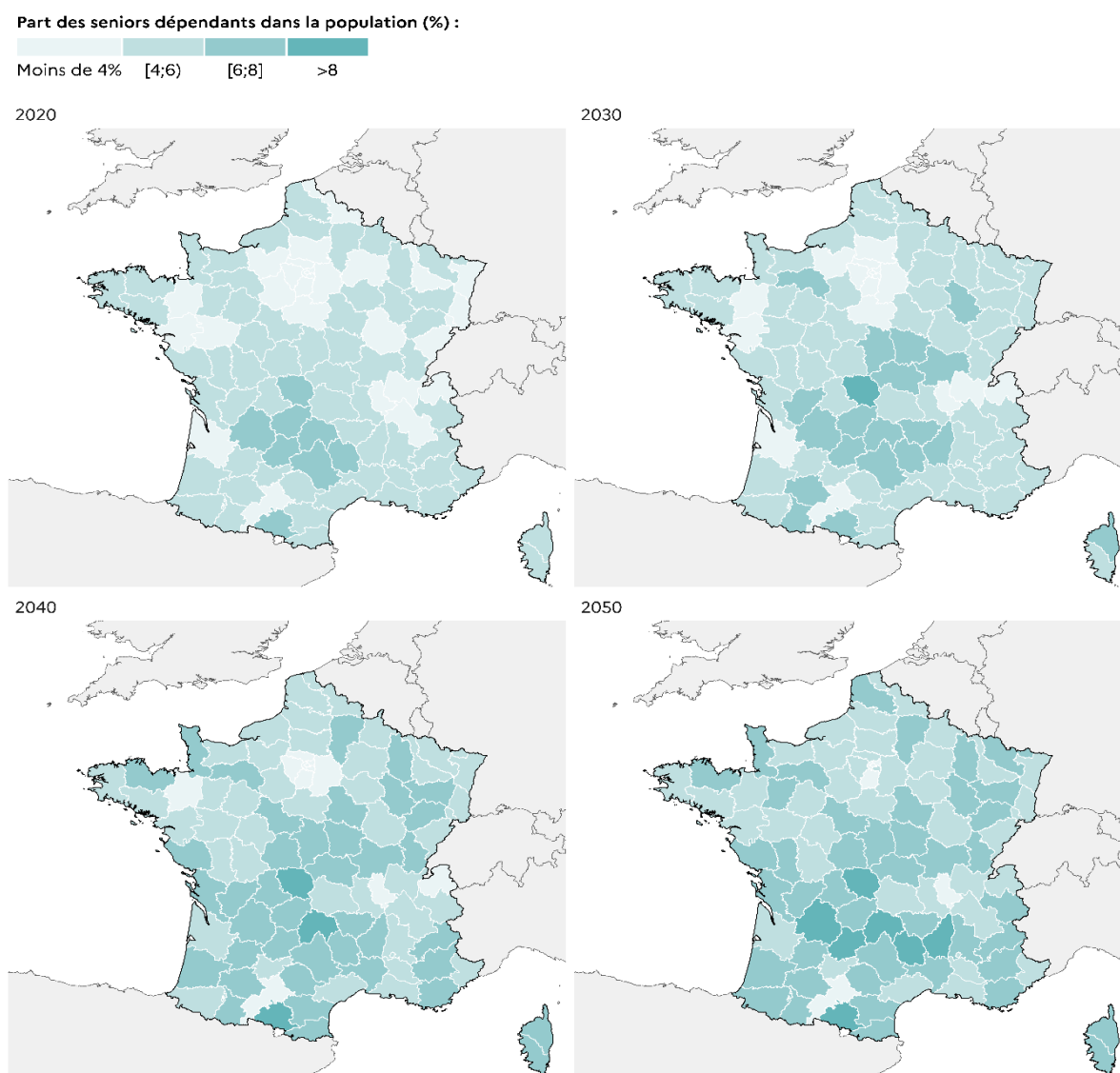
Source : LIVIA -DREES, hypothèse de dépendance scénario intermédiaire, espérance de vie basse.
 Note de lecture : ce graphique présente le nombre supplémentaire de personnes âgées dépendantes d'une année sur l'autre se surajoutant au nombre total de personnes âgées dépendantes observées l'année précédente). Le nombre de personnes âgées en perte d'autonomie sera en croissance continue d'ici à 2050 (nombre supérieur à 0 chaque année), mais c'est au milieu des années 2030 que la croissance sera la plus forte.

2 Les augmentations de la population âgée en perte d'autonomie vont être fortement différenciées d'un territoire à l'autre

2.1 Une hétérogénéité territoriale qui se poursuit toute la période

Les départements partent d'une situation actuelle où la part des personnes âgées (et notamment dépendantes) n'est pas la même (carte ci-dessous). Sans surprise, le centre de la France a les taux les plus élevés même si on observe une certaine dispersion au fil du temps.

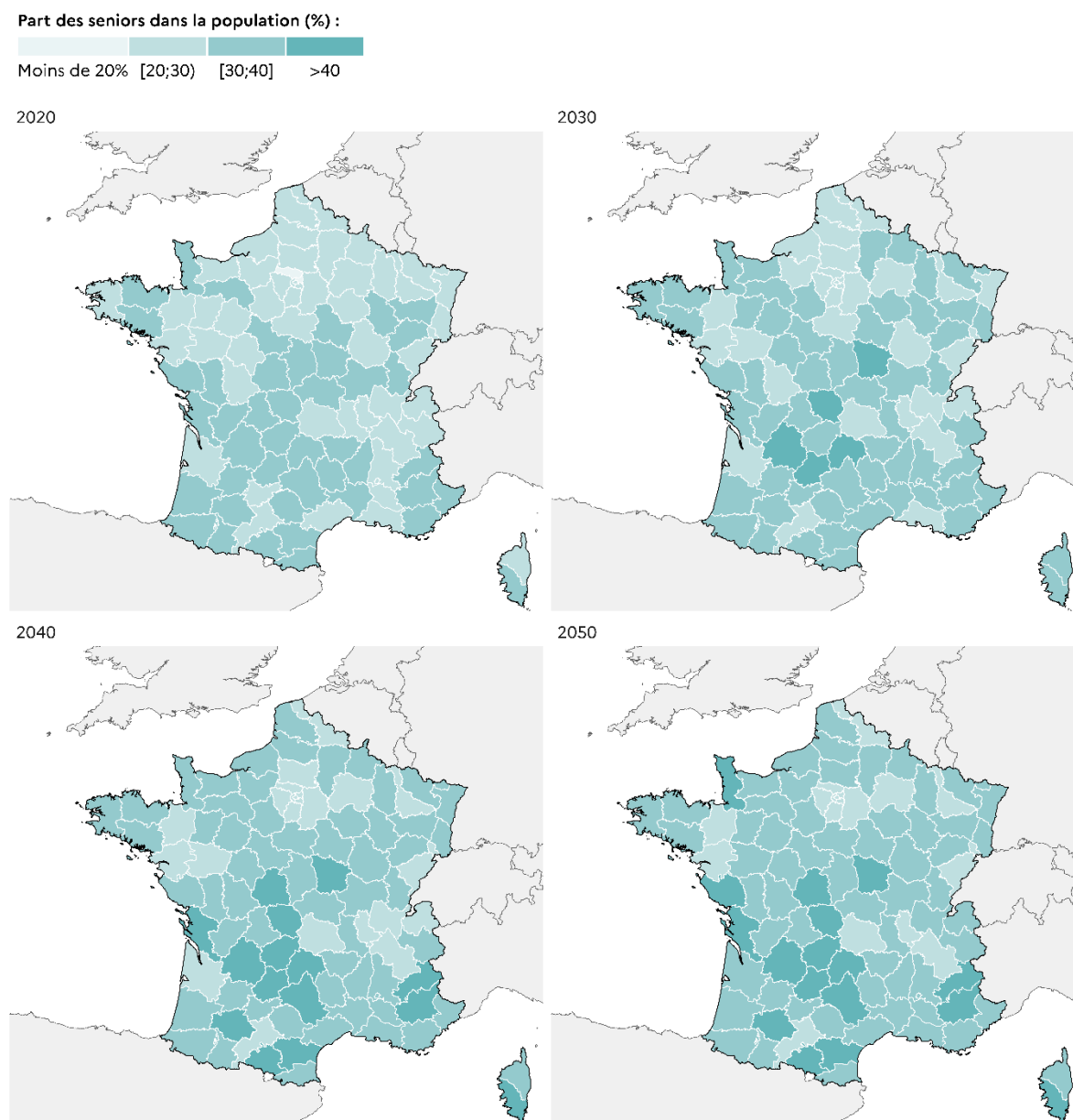
Carte 1 : Part des personnes âgées dépendantes dans la population tout âge confondu 2020, 2030, 2040, 2050



Source : LIVIA -DREES, hypothèse de dépendance scénario intermédiaire, espérance de vie basse. Mise en forme mission.

On note que les territoires traditionnellement identifiés comme plus âgés (notamment le centre de la France ou proches du Massif central, comme la Creuse) vont atteindre une part élevée des personnes âgées dépendantes au sein de leur population générale (près d'un sur dix en 2040 pour la Creuse). A l'inverse, l'Ile-de-France va connaître un fort vieillissement mais n'atteindra pas les niveaux de ces territoires en proportion de sa population.

Carte 2 : Personnes de plus de 60 ans (tout GIR) rapportées à la population tout âge confondu 2020, 2030, 2040, 2050

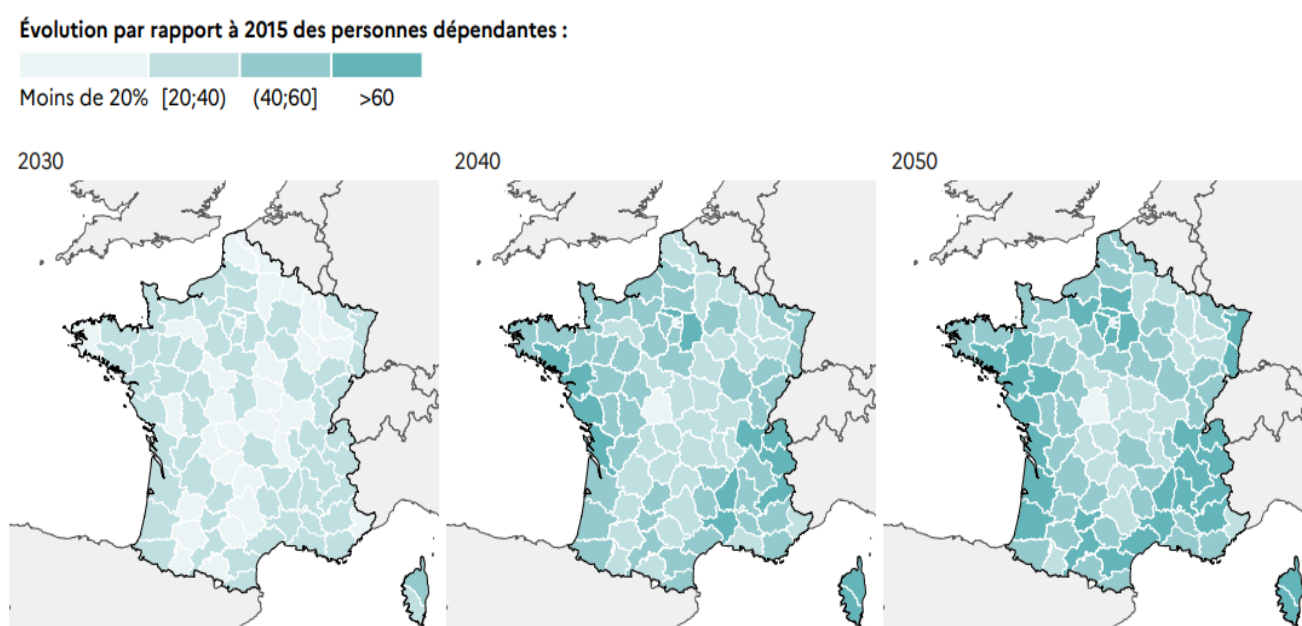


Source : LIVIA -DREES, hypothèse de dépendance scénario intermédiaire, espérance de vie basse. Mise en forme mission.

Les départements ne connaîtront dès lors pas des évolutions démographiques similaires. En effet, certains, souvent ruraux, ayant déjà commencé leur transition démographique (cf. ci-dessus) seraient moins impactés. C'est notamment le cas de l'Indre dont la croissance du nombre de personnes âgées dépendantes depuis 2015 ne va pas aller au-delà de 20%. En revanche, les

départements de la façade atlantique, tout comme la Savoie et la Haute-Savoie, vont connaître une hausse très importante du nombre de personnes âgées dépendantes, dès les années 2030. La carte ci-dessous illustre par département cette évolution. On observe à grands traits que les départements qui ont aujourd’hui la part la plus grande de personnes âgées et de personnes âgées dépendantes en leur sein (centre de la France) sont souvent ceux (quoique pas toujours) qui vont connaître les taux de croissance les moins élevées de leur population en perte d’autonomie. A l’inverse, les départements plus jeunes vont eux connaître des taux d’évolution très dynamique de leur population âgée dépendante (Rhône-Alpes, Alsace, Loire-Atlantique, Ile-de-France...).

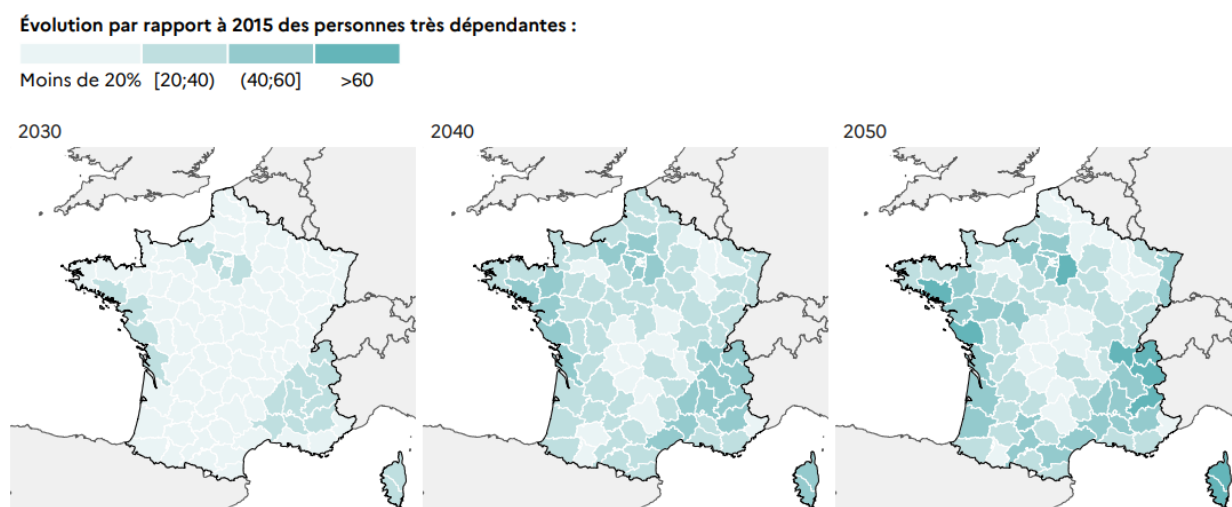
Carte 3 : Croissance départementale du nombre de personnes âgées dépendantes (en %) à partir de 2015



Source : LIVIA-DREES, hypothèse de dépendance scénario intermédiaire, espérance de vie basse

Il est intéressant de noter que l’augmentation du nombre de personnes âgées très dépendantes n’obéit pas exactement à la même répartition géographique que celle des personnes dépendantes. Encore une fois ceci s’explique par le fait que l’augmentation de l’espérance de vie a une incidence sur l’augmentation de la population âgée dépendante, mais pas sur celle très dépendante. Ainsi les départements avec une forte augmentation de personnes âgées très dépendantes, sont ceux qui globalement ont connu une augmentation de leur population âgée dans les années 2015-2025.

Carte 4 : Croissance départementale du nombre de personnes âgées très dépendantes (GIR 1-2) (en %) à partir de 2015



Source : LIVIA-DREES, hypothèse de dépendance scénario intermédiaire, espérance de vie basse.
Mise en forme mission.

2.2 Des facteurs explicatifs tenant à la fois aux profils démographiques de chaque département mais aussi aux mobilités interdépartementales

Au-delà du facteur structurel lié au vieillissement de la population (voir tableau ci-dessous), d'autres éléments comme la mobilité peuvent expliquer ces disparités départementales. En effet on observe un tropisme des jeunes retraités vers les départements de la façade atlantique et le sud (voir ci-dessous) et secondairement un retour ou une deuxième mobilité au moment de l'entrée dans la dépendance.

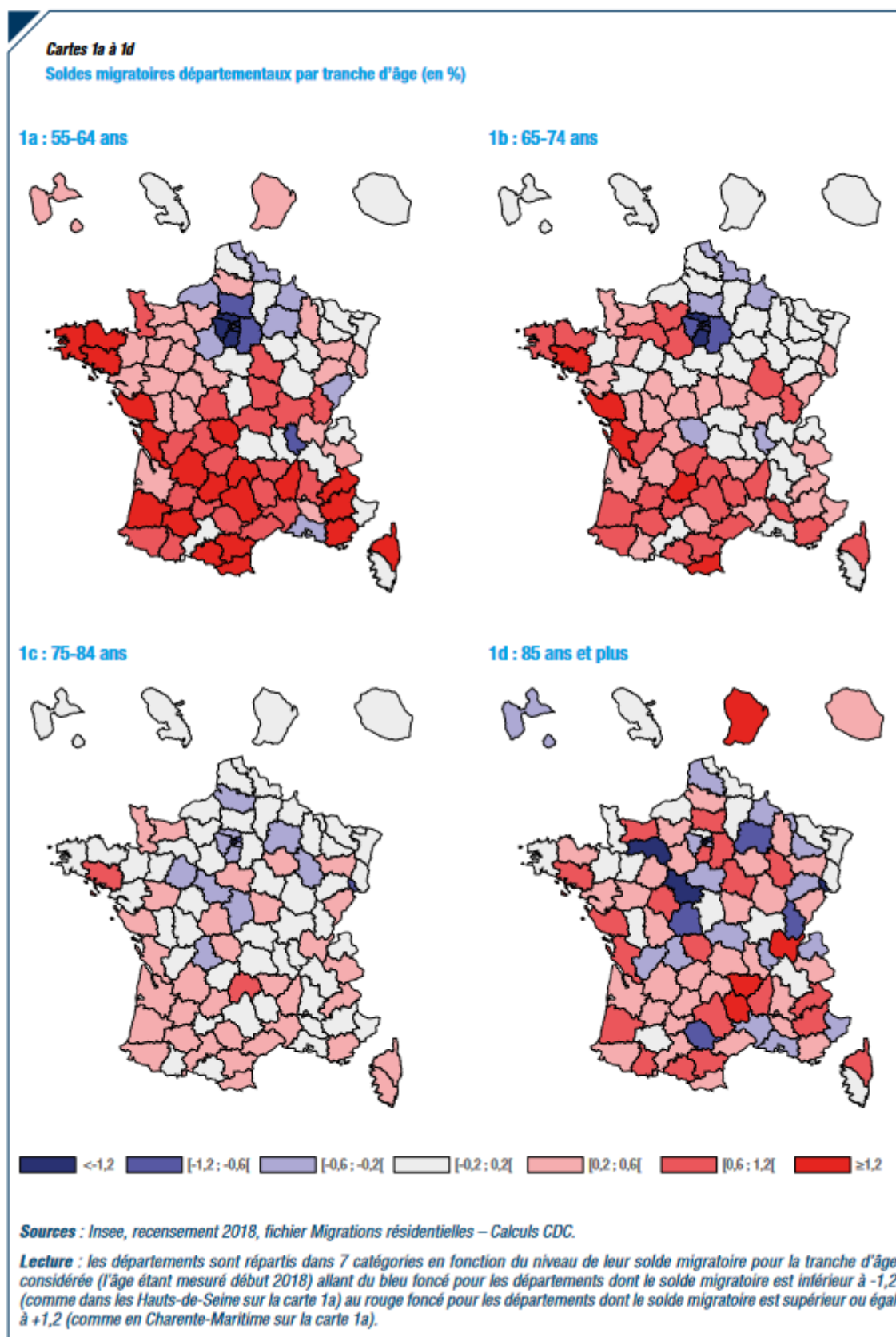
Tableau 4 : Part des 55-64 ans par département

Département	Part des 55-64 ans dans la population (%)	Rang	Département	Part des 55-64 ans dans la population (%)	Rang	Département	Part des 55-64 ans dans la population (%)	Rang
Martinique	17,3	1	Moselle	14,1	34	Côte-d'Or	12,7	68
Creuse	16,1	2	Jura	14	35	Somme	12,7	69
Lot	15,8	3	Charente-Maritime	14	36	Vienne	12,7	70
Guadeloupe	15,7	4	Aude	14	37	Indre-et-Loire	12,6	71
Dordogne	15,4	5	Yonne	13,9	38	Aube	12,6	72
Cantal	15,3	6	Finistère	13,9	39	Meurthe-et-Moselle	12,6	73
Gers	15,2	7	Loir-et-Cher	13,9	40	Seine-Maritime	12,6	74
Alpes-de-Haute-Provence	15	8	Deux-Sèvres	13,9	41	Ain	12,5	75
Nièvre	14,9	9	Tarn	13,9	42	Oise	12,5	76
Haute-Marne	14,9	10	Gard	13,8	43	Marne	12,4	77
Hautes-Pyrénées	14,9	11	Haut-Rhin	13,7	44	Bouches-du-Rhône	12,4	78
Hautes-Alpes	14,9	12	Pyrénées-Atlantiques	13,7	45	Isère	12,3	79
Ariège	14,8	13	Vendée	13,7	46	Loire	12,3	80
Indre	14,7	14	Var	13,7	47	Loiret	12,3	81
Vosges	14,7	15	Pyrénées-Orientales	13,6	48	Maine-et-Loire	12,3	82
Ardèche	14,5	16	Aisne	13,4	49	Doubs	12,1	83
Meuse	14,5	17	Haute-Vienne	13,4	50	Hérault	12,1	84
Manche	14,5	18	Vaucluse	13,4	51	Haute-Savoie	11,9	85
Charente	14,5	19	Corse-du-Sud	13,2	53	Yvelines	11,9	86

RAPPORT IGAS N°2023-014R (ANNEXES)

Lozère	14,5	20	Bas-Rhin	13,2	54	Nord	11,8	87
Morbihan	14,4	21	Eure	13,2	55	Gironde	11,8	88
Orne	14,4	22	Tarn-et-Garonne	13,2	56	Seine-et-Marne	11,7	89
Corrèze	14,4	23	Sarthe	13,2	57	Ille-et-Vilaine	11,6	90
Aveyron	14,4	24	Territoire de Belfort	13,1	58	Loire-Atlantique	11,6	91
Haute-Loire	14,3	25	Mayenne	13,1	59	Essonne	11,5	92
Haute-Saône	14,3	26	Alpes-Maritimes	13,1	60	Val-de-Marne	11,5	93
Cher	14,3	27	Drôme	13	61	Val-d'Oise	11,3	94
Landes	14,3	28	Eure-et-Loir	13	62	Haute-Garonne	11,3	95
Allier	14,2	29	Haute-Corse	13	63	Paris	11,2	96
Saône-et-Loire	14,2	30	La Réunion	13	64	Hauts-de-Seine	11,2	97
Ardennes	14,2	31	Pas-de-Calais	12,9	65	Rhône	10,6	98
Lot-et-Garonne	14,2	32	Calvados	12,9	66	Seine-Saint-Denis	10,3	99
Côtes-d'Armor	14,1	33	Puy-de-Dôme	12,7	67	Guyane	7,7	100
						Mayotte	4	101

Carte 5 : Solde migratoire départementale par tranche d'âges en 2018



Source : QPS 38 Caisse des dépôts et consignation

2.3 La situation particulière des Outre-mer

Du point de vue de la demande, l’Outre-mer va connaître une situation relativement extrême : tandis que la médiane des départements de France métropolitaine se situe à +35% de personnes âgées dépendantes à horizon 2040, conduisant à une proportion de personnes GIR 1 à 4 de 6% dans la population générale, le mouvement est très différent en Outre-mer et hétérogène selon les territoires d’Outre-mer (voir tableau ci-dessous).

On observe ainsi que la Guyane va connaître des hausses qu’aucun territoire métropolitain ne va connaître avec une multiplication par plus de 2,5 de sa population âgée dépendante (+166% d’ici 2040 par rapport à 2020, passage d’un peu plus de 3000 personnes âgées en GIR 1 à 4 à plus de 8500 en 2040) soit une hausse plus de quatre fois plus rapide qu’en métropole. Pour autant, partant d’une population très jeune, la part des personnes âgées dépendantes dans la population guyanaise ne représentera malgré tout que 3% en 2040, soit deux fois moins qu’en métropole.

Martinique et Guadeloupe ne vont en revanche pas du tout être dans la même situation, étant observé qu’elles vont avoir des taux de croissance aussi élevés que les départements métropolitains à plus forts taux de croissance (ex. Haute-Savoie : +63%) mais en atteignant in fine une part de personnes âgées dépendantes dans la population supérieure à celle de la Creuse (10% en Guadeloupe, 9,8% en Martinique, versus 9,6% dans la Creuse).

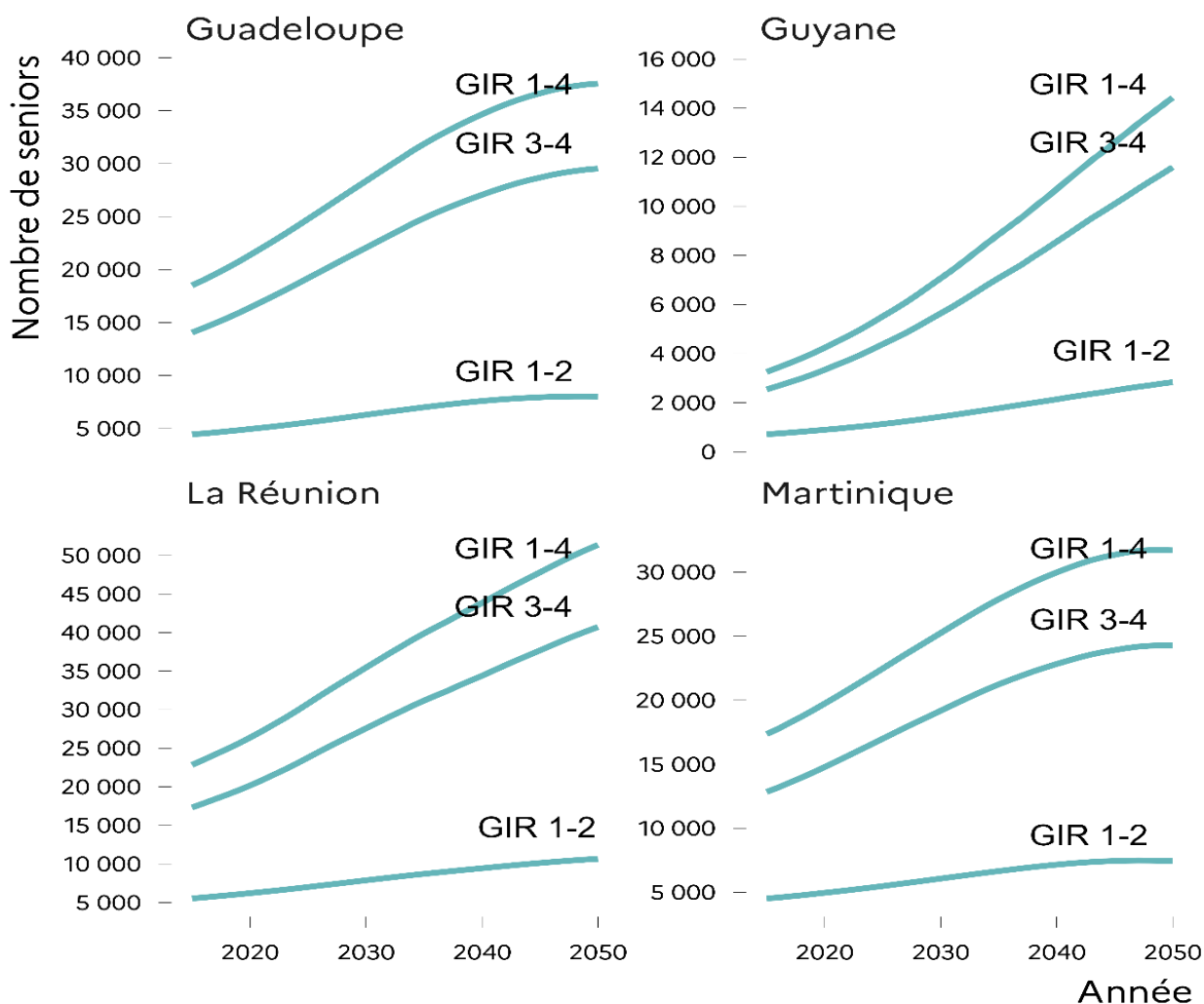
Les transformations auxquelles ces départements vont faire face sont donc bien plus radicales qu’en métropole. La Réunion se situe dans une situation intermédiaire (croissance un peu plus rapide mais part des personnes âgées dépendantes dans la population moindre que Martinique et Guadeloupe).

Tableau 5 : Population âgée dépendante dans les départements d’Outre-mer et en France métropolitaine en 2040

	Evolution de la population âgée dépendante entre 2020 et 2040	Part des personnes âgées dépendantes dans la population en 2040
Guadeloupe	61%	10%
Martinique	56%	10%
Guyane	166%	3%
La Réunion	71%	5%
France métropolitaine (médiane)	35%	6%

Source : Données du modèle de la Drees Livia, mise en forme mission. Les données pour Mayotte ne sont pas disponibles. LIVIA -DREES, hypothèse de dépendance scénario intermédiaire, espérance de vie basse.

Carte 6 : Evolution du nombre de personnes âgées dépendantes en Outre-mer d'ici 2050



Source : Données du modèle de la Drees Livia, mise en forme mission. Les données pour Mayotte ne sont pas disponibles. LIVIA -DREES, hypothèse de dépendance scénario intermédiaire, espérance de vie basse

Tableau 6 : Evolution du nombre de personnes âgées dépendantes à partir de 2015

Nom département	Évolution entre 2015 et 2030 des GIR 1-2 (%)	Évolution entre 2015 et 2040 des GIR 1-2 (%)	Évolution entre 2015 et 2050 des GIR 1-2 (%)
Guadeloupe	56.9	92.5	110.1
Guyane	121.9	236.9	356.3
La Réunion	59.3	98.6	135.2
Martinique	49.4	77.8	89.1

Source : Données du modèle de la Drees Livia, mise en forme mission. Les données pour Mayotte ne sont pas disponibles. LIVIA -DREES, hypothèse de dépendance scénario intermédiaire, espérance de vie basse.

Tableau 7 : Evolution du nombre de personnes âgées très dépendantes à partir de 2015

Nom département	Évolution entre 2015 et 2030 des GIR 1-2 (%)	Évolution entre 2015 et 2040 des GIR 1-2 (%)	Évolution entre 2015 et 2050 des GIR 1-2 (%)
Guadeloupe	41.4	70.6	80.2
Guyane	100.6	200.0	297.9
La Réunion	42.5	70.8	92.7
Martinique	34.3	58.3	64.5

Source : Données du modèle de la Drees Livia, mise en forme mission. Les données pour Mayotte ne sont pas disponibles. LIVIA -DREES, hypothèse de dépendance scénario intermédiaire, espérance de vie basse.

Il n'existe pas de données projetées pour Mayotte.

ANNEXE 13 : Catégorisation des départements français face à l'augmentation de la population âgée en perte d'autonomie

ANNEXE 13 : CATEGORISATION DES DEPARTEMENTS FRANÇAIS FACE A L'AUGMENTATION DE LA POPULATION AGEE EN PERTE D'AUTONOMIE	407
1 LES FACTEURS DETERMINANTS DE L'OFFRE : ETABLISSEMENTS ET SERVICES MEDICO-SOCIAUX ET PROFESSIONNELS DE SANTE DANS LES TERRITOIRES.....	412
1.1 PRESENTATION DES VARIABLES DE L'ANALYSE EN COMPOSANTES PRINCIPALES	412
1.1.1 Taux d'équipement en Ehpad/USLD	413
1.1.2 Taux d'équipement en résidences autonomie.....	414
1.1.3 Accessibilité potentielle localisée (APL) aux SAAD.....	415
1.1.4 Taux d'équipement en résidences services	416
1.1.5 Taux d'équipement en SSIAD-SPASAD.....	418
1.1.6 Accessibilité potentielle localisée Infirmières de proximité.....	419
1.1.7 Accessibilité potentielle localisée Médecins généralistes	419
1.1.8 Les variables qu'il aurait été pertinent d'insérer mais dont ne disposait pas la mission.....	421
1.2 PRESENTATION DES VARIABLES COMPLEMENTAIRES.....	421
1.2.1 Proportion de seniors.....	422
1.2.2 Part des personnes âgées dépendantes (GIR1-4) dans la population totale en 2040	422
1.2.3 Evolution de la population en GIR 1 à 4 d'ici 2040.....	424
1.2.4 Niveau de vie médian	425
1.3 ANALYSE CROISEE DES VARIABLES	426
1.4 RESULTATS DE L'ANALYSE EN COMPOSANTES PRINCIPALES.....	427
1.5 PRESENTATION DE LA CLASSIFICATION OBTENUE A UNE MAILLE DEPARTEMENTALE.....	428
1.5.1 Classe 1 : des départements à l'offre plus fragile à domicile, en particulier sur le volet sanitaire	431
1.5.2 Classe 2 : des départements à l'offre plus étoffée en Ehpad	431
1.5.3 Classe 3 : des départements avec une offre sanitaire libérale plus dense	432
1.5.4 Classe 4 : des départements à l'offre fragile en Ehpad	432
1.6 LA SITUATION PARTICULIERE DE LA CORSE ET DE L'OUTRE-MER : UN NIVEAU D'EQUIPEMENT TRES FAIBLE MAIS DES ACTEURS DU DOMICILE NOMBREUX	433
2 LES FACTEURS DETERMINANTS DE LA DEMANDE : EVOLUTION ET PROPORTION DE LA POPULATION AGEE DEPENDANTE DANS LES TERRITOIRES.....	435
2.1 PRESENTATION DES VARIABLES RETENUES	435
2.2 LES VARIABLES IMPACTANT LA DEMANDE QU'IL AURAIT ETE PERTINENT D'INSERER MAIS DONT NE DISPOSAIT PAS LA MISSION	435
2.3 PRESENTATION DE LA CLASSIFICATION DEPARTEMENTALE OBTENUE	439

2.3.1	<i>Groupe A : Croissance très forte des personnes âgées dépendantes et part limitée dans la population.....</i>	441
2.3.2	<i>Groupe B : Croissance modérée des personnes âgées dépendantes et poids intermédiaire dans la population.....</i>	441
2.3.3	<i>Groupe C : Croissance très forte des personnes âgées dépendantes et poids élevé dans la population.....</i>	441
2.3.4	<i>Groupe D : Croissance soutenue des personnes âgées dépendantes et poids intermédiaire dans la population.....</i>	441
2.4	LA SITUATION PARTICULIERE DE LA CORSE ET DE L'OUTRE-MER : HAUSSE TRES IMPORTANTE DU NOMBRE DE PERSONNES AGEES DEPENDANTES MAIS HETEROGENEITE FORTE ENTRE DEPARTEMENTS, NOTAMMENT ULTRAMARINS	442
3	CROISEMENT DES CLASSIFICATIONS SUR L'OFFRE ET SUR LA DEMANDE : DES REALITES TERRITORIALES DIVERSES QUI APPELLENT DES TRAITEMENTS LOCAUX DIFFERENCIES	444
3.1	UNE TENSION PROBABLEMENT VARIABLE SELON LES CARACTERISTIQUES CROISEES DE L'OFFRE ET DE LA DEMANDE	444
3.2	UN FORT ECLATEMENT MEME SI PLUSIEURS GROUPES SE DEGAGENT	445
3.3	LE GROUPE A : DES DEPARTEMENTS AUX DIFFICULTES SOUVENT INTENSES, QUOIQUE VARIABLES	446
3.3.1	<i>Les catégorie A1 et A4 : des tensions probablement très fortes pouvant conduire à des transformations de résidences en Ehpad, à une forte hausse de l'emploi direct à domicile et à des établissements de santé fragilisés.....</i>	446
3.3.2	<i>Les catégories A2 et A3 : des tensions posant la question de la capacité des acteurs du domicile à faire face, notamment pour l'accompagnement de personnes en situation de dépendance importante.....</i>	447
3.4	GROUPE B : DES DEPARTEMENTS AUX DIFFICULTES EN APPARENCE MOINDRES DEMAIN.....	447
3.4.1	<i>Les catégories B1 et B2 : des départements moins bien armés du côté du domicile.....</i>	447
3.4.2	<i>Les catégories B3 et B4 : des départements mieux armés sur le domicile</i>	447
3.5	GROUPE C : DES DEPARTEMENTS PRINCIPALEMENT RURAUX EN SITUATION POTENTIELLEMENT CRITIQUE DEMAIN FAUTE DE MAIN D'ŒUVRE DANS LEURS TERRITOIRES	448
3.5.1	<i>La catégorie C1 : des acteurs du domicile peu nombreux, un équipement en Ehpad élevé..</i>	448
3.5.2	<i>Les catégories C2 et C4 : des départements ruraux où la part des personnes âgées en perte d'autonomie va être un défi délicat à affronter</i>	448
3.5.3	<i>La catégorie C3 : des volumes importants à prendre en charge.....</i>	448
3.6	GROUPE D : UNE SITUATION INTERMEDIAIRE HETEROGENE.....	449
3.6.1	<i>Les catégories D1, D2 : des départements mieux équipés en structures d'accueil avec un possible manque de main d'œuvre</i>	449
3.6.2	<i>La catégories D3 et D4 : des départements peuplés en transition démographique.....</i>	449
3.7	LA SITUATION PARTICULIERE DE L'OUTRE-MER : UNE SITUATION EXTREME APPELANT UN TRAITEMENT SPECIFIQUE.....	449
4	ENSEIGNEMENT GENERAL : DES HETEROGENEITES LOCALES MAJEURES.....	451
4.1	DES TERRITOIRES EN DIFFICULTES PROBABLEMENT PLUS GRANDES QUE D'AUTRES.....	451
4.2	DES TERRITOIRES QUI VONT RENCONTRER DES DIFFICULTES DE NATURE VARIABLE	451
4.3	UNE PERCEPTION DES REALITES PAR LES ACTEURS LOCAUX PARFOIS DIFFERENTES DES ANALYSES PAR INDICATEURS	452
4.3.1	<i>Les sept indicateurs d'offre de la classification ne captent pas toute la complexité des situations locales</i>	452

4.3.2	<i>Les indicateurs départementaux ne traduisent pas les hétérogénéités infra-départementales</i>	453
4.3.3	<i>Les comparaisons d'indicateurs locaux à la moyenne nationale font l'hypothèse, pourtant invérifiée, que le niveau d'offre actuelle répond de façon satisfaisante aux besoins</i>	454
4.3.4	<i>L'inquiétude est forte quant à la pérennité de certains segments de l'offre existante</i>	454
5	ELEMENTS ANNEXES	456
5.1	CATEGORISATION ET INDICATEURS DEPARTEMENTAUX	456
5.2	TYPLOGIE SUR L'ACCESSIBILITE A L'OFFRE MEDICO-SOCIALE DES TERRITOIRES DE VIE DE FRANCE METROPOLITAINE (IRDES MAI 2023, QES N°279)	464

Préambule méthodologique

Afin de catégoriser les départements selon leur capacité à répondre aux besoins de prise en charge des personnes âgées dépendantes, la mission, avec l'appui du pôle data de l'Igas, a procédé à une analyse en composantes principales⁵⁶⁸ (ACP) suivie d'une classification par K-médoïdes⁵⁶⁹ portant sur les coordonnées des départements⁵⁷⁰ sur les 4 premiers axes de l'ACP.

L'ensemble de l'analyse a été effectuée sous R en programmation lettrée à l'aide d'un fichier R Markdown. Il est donc facilement reproductible et modifiable pour tester d'autres partitionnements.

Le présent travail a été mené à une maille départementale pour une double raison :

- Tous les indicateurs pris en compte n'existaient pas à une maille infra-départementale (ex. certains taux d'équipement)
- L'identification des forces et faiblesses départementales a une valeur en soi dans la mesure où l'essentiel du pilotage local de la politique d'autonomie se fait aujourd'hui au niveau départemental (CD/DD ARS).

Il n'en reste pas moins que le présent travail, exploratoire, rapprochant offre et demande dans une logique dynamique pour identifier des différences et particularités locales mériteraient d'être menées à une maille plus fine, par exemple des territoires de vie ou des intercommunalités, de sorte à mieux travailler les hétérogénéités existantes entre espaces urbains, périurbains, ruraux et montagneux. Les travaux récents menés par l'Irdes au niveau des territoires de vie montrent la grande pertinence qu'il y aurait à pousser plus avant les investigations à cette maille territoriale-là⁵⁷¹, et ce d'autant que les intercommunalités doivent monter en puissance sur la thématique du grand âge au regard de leur compétence dans la maîtrise des sols et dans la planification de l'habitat (ex. schéma de cohérence territoriale – SCOT).

Les résultats présentés ci-dessous montrent la grande hétérogénéité des situations locales et la différence probable d'intensité des tensions que vont subir les départements (que ce soit du fait d'une demande en plus forte croissance ou d'une offre d'ores et déjà plus fragile). Ils illustrent ainsi la nécessité de mener des diagnostics à un niveau local fin et non par une approche nationale suivant de grandes moyennes. Ils apportent ainsi démonstration de la nécessité de confier aux acteurs locaux la stratégie à mener quant à l'offre de leur territoire, les forces et faiblesses de chacun s'agencant de manière spécifique et conduisant à des trajectoires propres. Les

⁵⁶⁸ Le principe de l'ACP est de construire, à partir de variables choisies, un nouvel espace multi-dimensionnel à dimension réduite qui permet de représenter le nuage de points par projection sur de nouveaux axes. Ces axes sont des combinaisons linéaires des variables.

⁵⁶⁹ La méthode K-médoïdes consiste à partitionner en K groupes une population choisie, en minimisant au sein de chaque groupe les distances entre les individus (ici distance euclidienne). Par opposition à la méthode k-means, la méthode K-médoïdes fait en sorte qu'il existe toujours un individu qui représente la moyenne du groupe.

⁵⁷⁰ Faire porter la classification sur les coordonnées des départements dans le nouvel espace facilite l'algorithme et permet d'obtenir des résultats plus robustes.

⁵⁷¹ Les inégalités territoriales de financement et d'accessibilité des soins médico-sociaux : quel impact sur les dépenses de santé des seniors ?, A. Penneau et O. Zeynep, Questions d'économie de la Santé, Irdes, n°279, mai 2023 (voir une illustration en fin d'annexe).

regroupements présentés aiguillent ainsi le lecteur dans la compréhension des contextes locaux mais ne peuvent dispenser, pour un territoire donné, d'une analyse fine des indicateurs propres à ce territoire.

1 Les facteurs déterminants de l'offre : établissements et services médico-sociaux et professionnels de santé dans les territoires

Le choix des variables a été fait en fonction de la pertinence pour l'analyse (auditions de terrain, échanges avec des chercheurs, consultation de la documentation déjà publiée sur le sujet) et de la disponibilité des données (notamment quant à leur déclinaison territoriale). La mission a cherché à inclure dans le modèle des variables qui représentaient l'offre de soins et de services et l'offre d'hébergement. Plusieurs combinaisons ont été menées afin de sélectionner le modèle qui permettait d'établir la meilleure catégorisation. D'autres variables, appelées variables supplémentaires par la suite, permettant de mieux décrire les départements mais ne participant à la catégorisation, ont également été analysées.

1.1 Présentation des variables de l'analyse en composantes principales

On retient pour la catégorisation 7 variables⁵⁷², le taux d'équipement EHPA (établissement d'hébergement pour personnes âgées – Ehpad-USLD-autres EHPA), le taux d'équipement en résidences autonomie, l'APL⁵⁷³ SAAD (service d'aide et d'accompagnement à domicile), l'APL infirmiers, l'APL médecins, le taux d'équipement en résidences services⁵⁷⁴, le taux d'équipement en SSIAD (services de soins infirmiers à domicile) et SPASAD (services polyvalents d'aide et de soins à domicile)⁵⁷⁵.

Les indicateurs d'accessibilité potentielle localisée (APL), « *qui mesurent la plus ou moins grande facilité avec laquelle les personnes âgées susceptibles d'en avoir besoin peuvent accéder à l'offre existante, en s'affranchissant des limites administratives des territoires (commune ou département)* »⁵⁷⁶, sont disponibles à la maille communale et peuvent être reconstruits à la maille départementale⁵⁷⁷ par moyenne des APL pondérée par la population consommatrice (de soins) standardisée. L'avantage des APL reconstruits à une maille départementale, par rapport aux taux

⁵⁷² Les indicateurs APL réutilisés par le pôle data dans la présente annexe étant construits sur la population de plus de 60 ans, il a été fait de même, par cohérence de périmètre, pour les taux d'équipement.

⁵⁷³ APL : Accessibilité potentielle localisée pour mesurer l'adéquation spatiale entre l'offre et la demande de soins à un échelon géographique fin (l'indicateur permet d'améliorer les indicateurs usuels d'accessibilité sur la distance d'accès en prenant en compte la densité pour un territoire donné, jusqu'à une maille communale). Pour plus de détails sur la méthodologie des indicateurs APL, voir <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sources-outils-et-enquetes/lindicateur-daccessibilite-potentielle-localisee-apl>.

⁵⁷⁴ Pour 1000 habitants de plus de 75 ans en 2023.

⁵⁷⁵ Pour 1000 habitants de plus de 75 ans en 2022.

⁵⁷⁶ Source : Insee, recensement de la population 2015 ; DGE-NOVA 2015. (Amélie Carrère, Nadège Couvert et Nathalie Missegue, 2021, Un nouvel indicateur pour mesurer l'accessibilité géographique aux structures médico-sociales destinées aux personnes âgées. Les Dossiers de la DREES, 88).

⁵⁷⁷ Source des données utilisées : Institut des Politiques Publiques (rapport n°41 de publié en mars 2023)

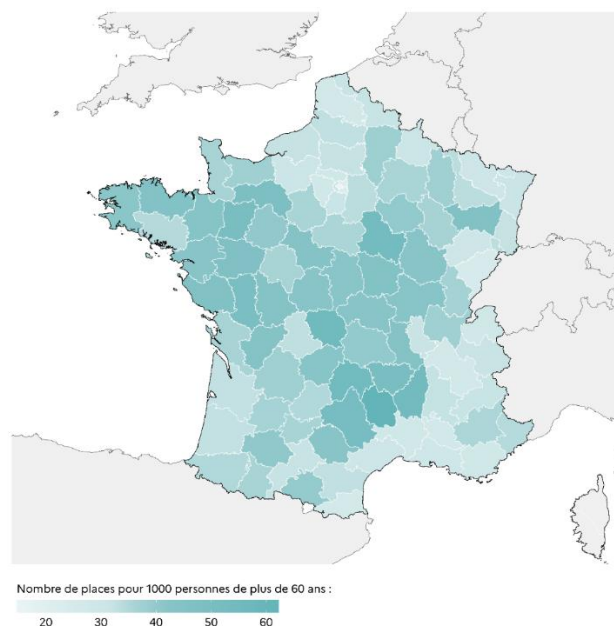
d'équipement, est qu'ils intègrent l'offre des départements limitrophes. Leur inconvénient tient d'abord au fait que les collectivités locales ne sont pas en capacité de construire par elles-mêmes chaque année cet indicateur (contrairement à un taux d'équipement) et, ensuite, à certaines particularités locales qui peuvent donner une vision déformée de la réalité : ainsi dans certains territoires, l'application d'un distancier-temps à l'offre de proximité (ce que fait en pratique l'indicateur APL) peut donner à croire qu'il y a peu d'offre alors qu'elle est simplement plus loin en temps que ce que mesure l'indicateur⁵⁷⁸. La DREES construit des indicateurs APL qui reposent sur des choix de durées d'accès spécifiques à chaque type d'offre (ex. 20 minutes ou 30 minutes dans et autour d'une commune pour tel type de structures médico-sociales).

Les données d'APL ne sont pas disponibles pour les départements d'Outre-mer, raison pour laquelle la mission n'a pas été en capacité de les faire figurer dans les cartes et analyses ACP détaillées ci-dessous.

1.1.1 Taux d'équipement en Ehpad/USLD

Cette variable représente le nombre de places d'Ehpad-USld rapporté à la population de plus de 60 ans (Ehpad – établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, maison de retraite non Ehpad, USLD – unité de soins de longue durée) en 2021⁵⁷⁹.

Carte 1 : Nombre de places en établissements pour 1000 personnes âgées de plus de 60 ans par département en 2021



Source : Enquête EHPA 2015, pôle data Igas.

⁵⁷⁸ La mission a ainsi comparé les résultats obtenus entre taux d'équipement en Ehpad et APL Ehpad et a constaté des résultats divergents pour certains départements (ex. Oise, Seine-et-Marne : APL très bas mais taux d'équipement au-dessus de la moyenne).

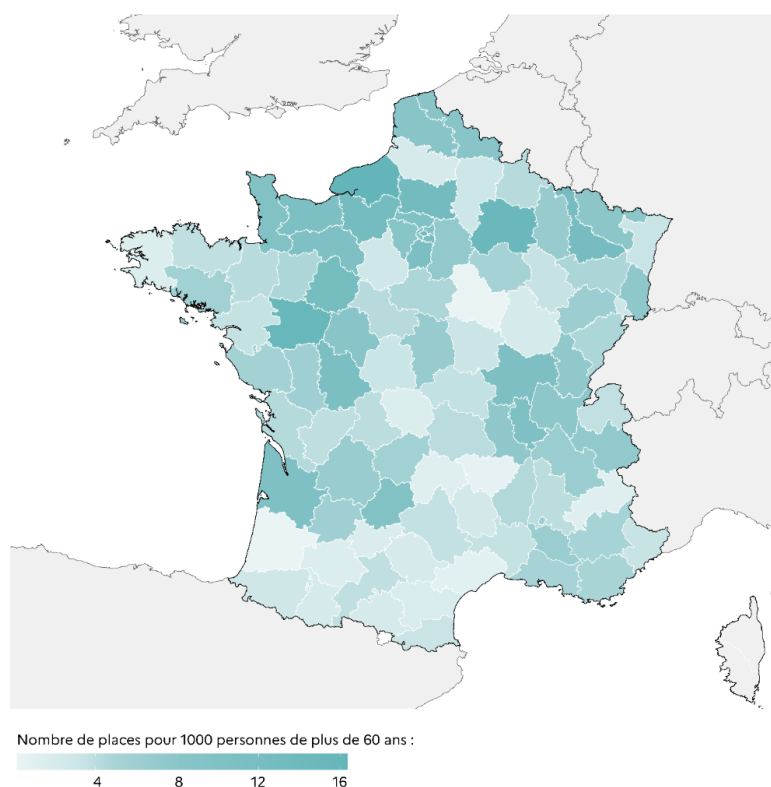
⁵⁷⁹ La mission considère que cette antériorité pose peu de difficultés pour l'analyse dans la mesure où la France n'a pas connu de grands plans de construction de places d'Ehpad sur la période, les données de l'enquête EHPA 2015 et 2019 montrent d'ailleurs une grande stabilité du volume global de places d'Ehpad.

Cette carte illustre la grande hétérogénéité d'équipements qui existent entre départements. Sans chercher ici à en expliquer les causes sans doute multiples (ex. demande sociale différente entre territoire, stratégie locale historiquement variable d'implantation – voir l'annexe relative aux Ehpad pour plus de détails), il est ici intéressant de pointer l'impact concret que pourrait avoir dans les années à venir ces hétérogénéités : en effet, l'Ouest et le Centre de la France étant mieux dotés vont pouvoir mobiliser un levier que le sud, en particulier méditerranéen, l'Est et le Nord seront moins à même d'actionner pour faire face à la modification des publics accueillis en Ehpad. Ainsi, dans un contexte de tension croissante sur l'offre de places en établissements, les acteurs locaux pourraient avoir une politique d'admission orientée vers certains types de public jugés plus difficiles à accompagner à domicile. Ce levier ne serait dès lors pas mobilisable dans les mêmes proportions selon la densité de l'offre du territoire.

1.1.2 Taux d'équipement en résidences autonomie

Cette variable représente le nombre de places pour 1000 résidents potentiels dans les **résidences autonomie** en 2021.

Carte 2 : Nombre de places en établissements pour 1000 personnes de plus de 60 ans par département



Source : Panorama statistique de l'INSEE 2021, pôle data Igas.

L'hétérogénéité interdépartementale quant à l'implantation des résidences autonomie pourrait jouer un rôle important dans les années à venir : en effet, dans l'éventualité où l'offre d'Ehpad viendrait à être saturée dans un territoire, il se pourrait que les personnes âgées et leur famille se tournent vers les résidences si le renforcement du soutien à domicile n'est pas suffisant (recherche d'un environnement de vie plus sécurisant). Or, un tel phénomène pourrait induire une hausse du

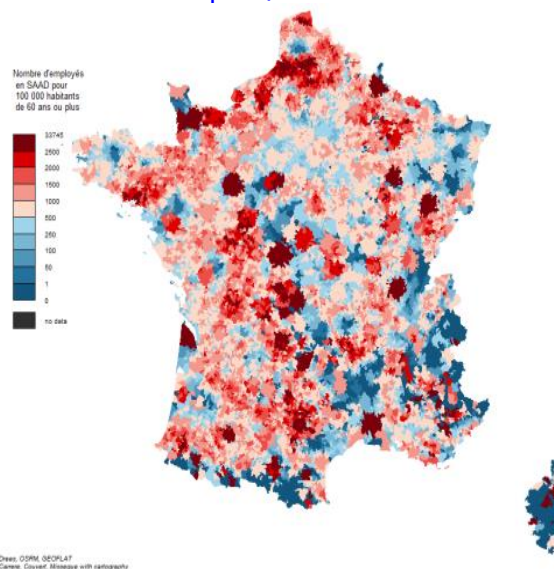
degré de dépendance dans les résidences autonomie, au point parfois que les résidences autonomie pourraient accueillir un public majoritairement dépendant (pour l'essentiel des personnes classées en GIR 4 ou 3, – voir l'annexe relative aux scénarios prospectifs de répartition des populations en perte d'autonomie par type d'habitat) et devraient alors, selon la législation actuelle, évoluer vers un statut d'EHPAD (+ de 15 % de personnes classées en GIR 1,2,3 ou + de 10 % de personnes classées en GIR1) . L'offre de résidences autonomie pourrait donc être un levier mobilisable pour amortir certaines difficultés éventuelles rencontrées dans la montée en puissance des acteurs du domicile. Une région comme la Normandie serait de ce point de vue beaucoup plus à même que la région Occitanie d'activer ce levier s'il était besoin.

Cette carte permet par ailleurs de pointer les décalages qui existent entre départements pour proposer aux personnes âgées l'ensemble du spectre des types d'habitat : l'offre n'est clairement pas aussi diversifiée d'un territoire à l'autre.

1.1.3 Accessibilité potentielle localisée (APL) aux SAAD

Cette variable représente l'accessibilité potentielle localisée (APL) aux SAAD (services d'aide et d'accompagnement à domicile)⁵⁸⁰ situés à 30 minutes ou moins, pour 100 000 personnes âgées de 60 ans ou plus, en 2015⁵⁸¹.

Carte 3 : Indicateur d'accessibilité potentielle localisée aux services procurant une assistance aux personnes âgées à domicile à 30 minutes pour 100 000 personnes âgées de 60 ans ou plus, selon la commune



Lecture > Les communes en rouge très foncé ont un indicateur d'accessibilité à l'offre en services procurant une assistance aux personnes âgées (Sapa) élevé : on y compte plus de 2 500 employés de Sapa situés à moins de 30 minutes en voiture pour 100 000 personnes âgées de 60 ans ou plus.

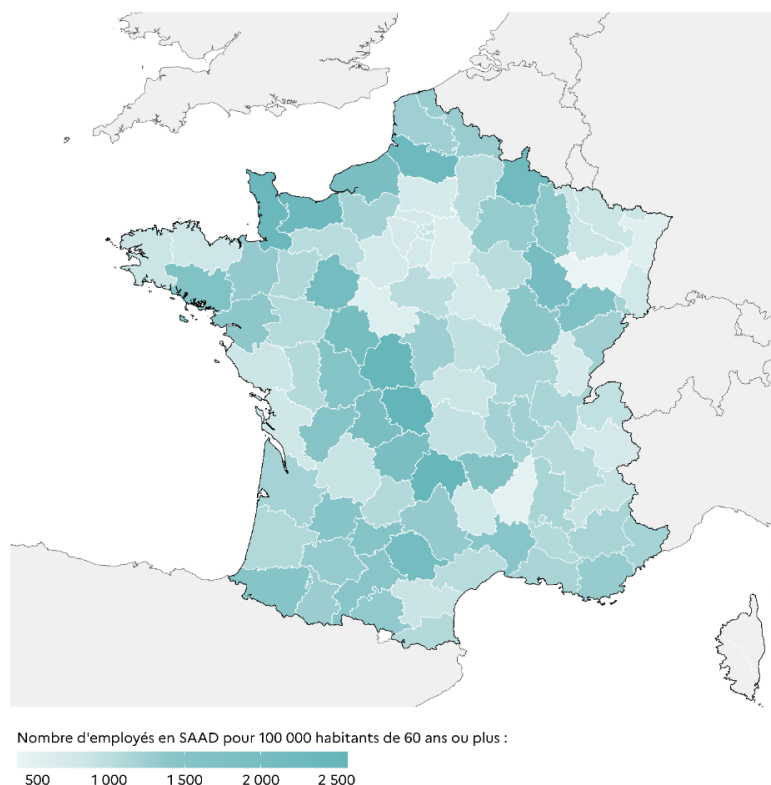
Champ > Communes de France métropolitaine.

Sources > Insee, recensement de la population 2015 ; DGE-NOVA 2015.

⁵⁸⁰ L'APL est calculé à partir du nombre d'employés des SAAD.

⁵⁸¹ L'année 2015 étant relativement ancienne pour un secteur en forte mutation et qui rencontre par ailleurs de fortes tensions de recrutement justifierait une actualisation. La mission Igas ne disposait pas d'une APL calculée sur des données plus récentes que 2015.

Carte 4 : Indicateur d'accessibilité potentielle localisée aux services procurant une assistance aux personnes âgées à domicile à 30 minutes pour 100 000 personnes âgées de 60 ans ou plus, selon le département



Source : Calcul des APL départementales à partir des données DREES, pôle data Igas.

Les aides à domicile constituent le pilier du maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie (voir l'annexe relative aux Saad). Or, les écarts entre départements sont particulièrement forts (ratio de 4-5 pour les situations extrêmes) : des personnes âgées vivant en Ardèche disposent d'une offre très nettement plus réduite d'aide à domicile que celles vivant par exemple dans la Manche, ce qui ne les met pas du tout dans les mêmes capacités de se maintenir à domicile durablement.

1.1.4 Taux d'équipement en résidences services

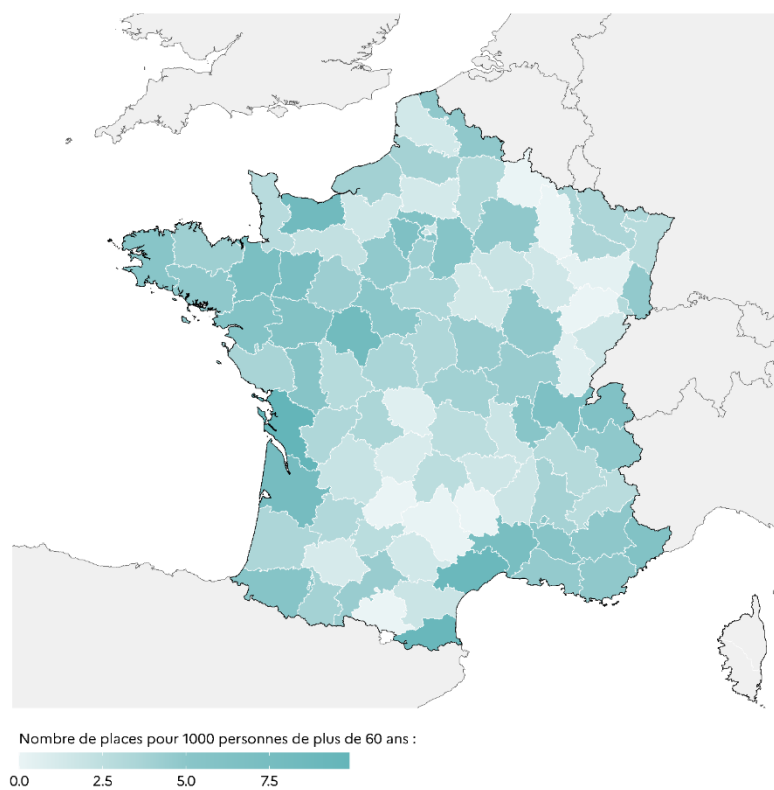
Cette variable représente le **nombre de places en résidences services**, pour 100 000 personnes âgées de 60 ans ou plus. Il n'existe pas à la connaissance de la mission de données sur les RSS. La mission ne disposait pas d'information récente sur les résidences services et leur capacité d'accueil. Par méthode de webscrapping⁵⁸² sur le site www.conseildependance.fr, elle a pu toutefois constituer une base recensant toutes les résidences services en activité en 2023, les offres de logements disponibles ainsi que les services proposés⁵⁸³. Le taux d'équipement est

⁵⁸² Technique d'extraction de données depuis un site web.

⁵⁸³ La plupart des résidences étaient recensées sur 3 sites mais chaque site disposait d'informations particulières (tarifs, taille des logements, date d'ouverture, type de services disponibles...). La compilation des informations disponibles sur l'ensemble des sites a permis de constituer une base plus complète sur cette offre.

calculé comme le ratio du nombre de places disponibles en résidences services⁵⁸⁴ pour 1000 personnes âgées de 60 ans ou plus.

Carte 5 : Taux d'équipements en résidences service par département en 2023



Source : Igas, pôle data, par méthode de webscrapping.

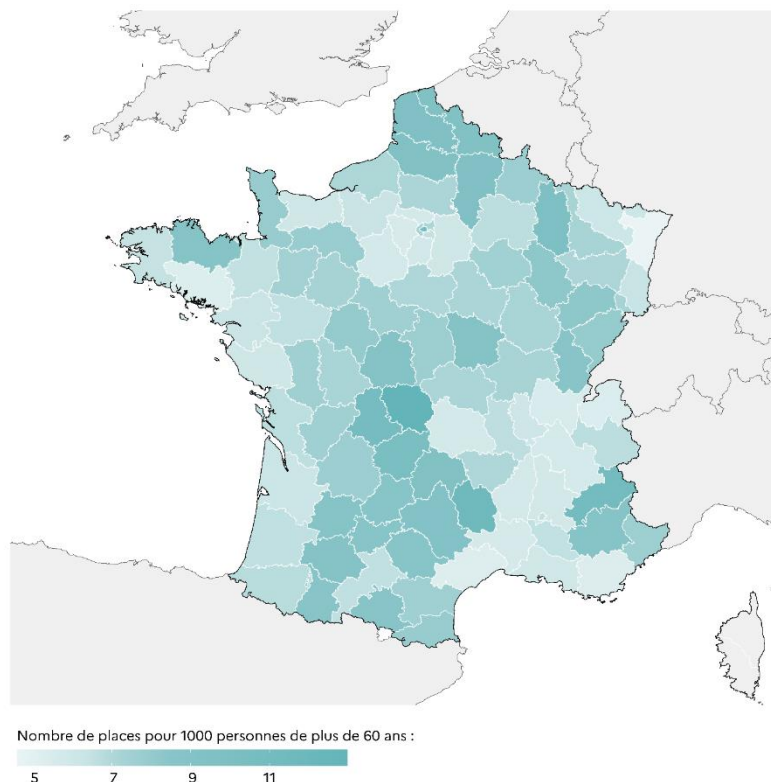
Tout comme pour les résidences autonomie, le fait de disposer localement de résidences services, même accessibles financièrement majoritairement à des publics aisés (voir l'annexe relative aux RSS), permet de proposer une offre intermédiaire d'habitat aux personnes âgées. Demain, pour les personnes âgées en perte d'autonomie qui peinent à se maintenir à domicile sans pour autant pouvoir/souhaiter aller en Ehpad, cette offre pourrait constituer un moyen d'amortir certaines difficultés du côté des domiciles ordinaires, dès lors que les résidences seraient mieux armées pour accompagner des personnes en perte d'autonomie. Il est ainsi intéressant de relever que l'implantation actuelle des résidences autonomie est fortement corrélée à l'augmentation projetée de la population départementale en France (arc atlantique, Ile-de-France, Rhône-Alpes – voir l'annexe relative à la démographie de la population âgée en perte d'autonomie).

⁵⁸⁴ La capacité d'accueil de chaque résidence a été calculée selon l'hypothèse que les studios T1 et T2 accueilleraient une seule personne, tandis que les T3 et plus accueilleraient en moyenne 1,5 personne (ce qui correspond à l'hypothèse que la moitié des T3 sont occupés par un couple et l'autre moitié par des personnes seules).

1.1.5 Taux d'équipement en SSIAD-SPASAD

Cette variable représente la densité de places en **SSIAD – SPASAD** pour 1 000 personnes âgées de 60 ans ou plus. Elle a été calculée par la mission comme le ratio du nombre de places en SSIAD rapporté à 1000 personnes âgées de 60 ans ou plus⁷.

Carte 6 : Taux d'équipement par département en SSIAD-SPASAD pour 1000 personnes âgées de 60 ans ou plus



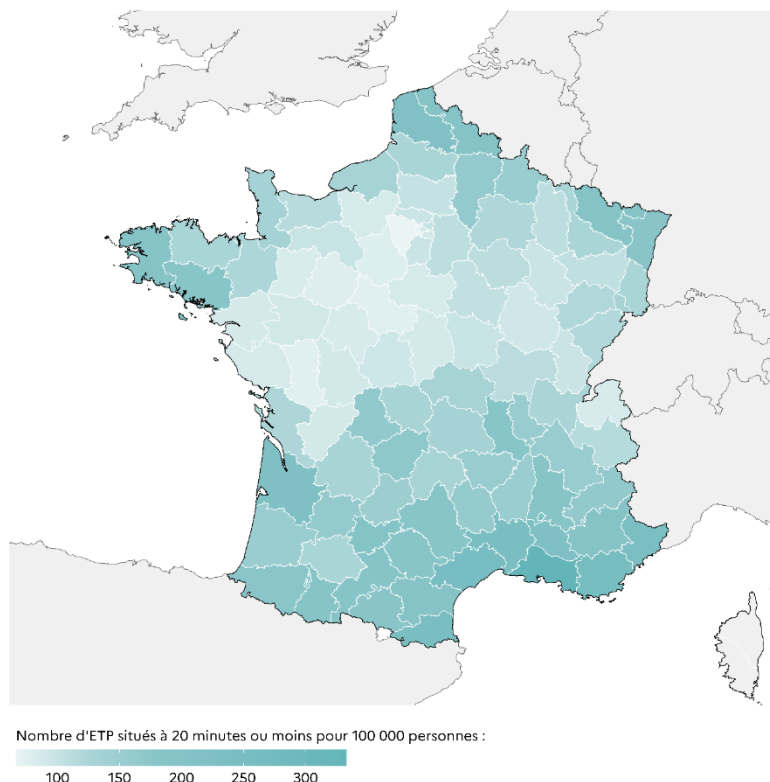
Source : *Panorama statistique de l'INSEE 2021, pôle data Igas.*

L'hétérogénéité entre départements sur les SSIAD, couplée à la prise en compte des infirmières de proximité (libérales ou en centre de santé – ci-dessous), permet d'apprécier la capacité pour les personnes, dans chaque territoire, à se maintenir à leur domicile dès lors qu'elles sont fortement requérantes en soins. Ce point est à mettre en lien avec la réforme en cours de la tarification des SSIAD qui vise à favoriser la prise en charge par les SSIAD de personnes lourdement dépendantes. A l'aune de la carte ci-dessus et de celle-ci-dessous sur les infirmières de proximité, il apparaît que les personnes âgées sévèrement dépendantes en Haute-Savoie désirant se maintenir à domicile ont notablement moins de soins infirmiers de proximité (SSIAD, IDE ou CSI) que celles vivant dans le Nord.

1.1.6 Accessibilité potentielle localisée Infirmières de proximité

Cette variable représente l'accessibilité potentielle localisée (APL) **aux infirmières**⁵⁸⁵ (en équivalent ETP) situées à 20 minutes ou moins, pour 100 000 personnes⁵⁸⁶ en 2021. La mission a pondéré l'APL par la population standardisée⁵⁸⁷ afin d'obtenir les moyennes départementales.

Carte 7 : Accessibilité potentielle localisée aux infirmières (en ETP) situées à 20 mn ou moins, pour 100 000 habitants²²



Source : Données drees, mise en forme mission.

1.1.7 Accessibilité potentielle localisée Médecins généralistes

Cette variable représente l'accessibilité potentielle localisée (APL) aux **médecins généralistes**⁵⁸⁸ (en nombre de consultations ou visites accessibles de médecine générale par an et par habitant)

⁵⁸⁵ Infirmières libérales âgées de 65 ans ou moins et infirmières salariées en centres de santé.

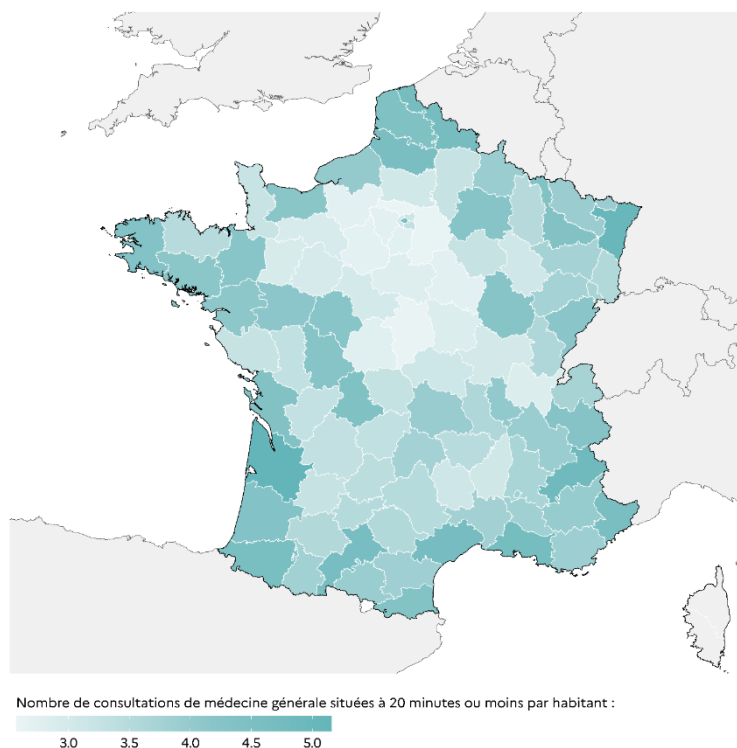
⁵⁸⁶ https://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr/explore/dataset/530_l-accessibilite-potentielle-localisee-apl/information/

⁵⁸⁷ La population est standardisée par la consommation annuelle de soins

⁵⁸⁸ Omnipraticiens, médecins libéraux à mode d'exercice particulier et salariés des centres de santé.

situés à 20 minutes ou moins, par habitant⁵⁸⁹. La mission a pondéré cet indicateur communal par la population standardisée⁵⁹⁰ afin d’obtenir les moyennes départementales.

Carte 8 : Nombre de consultations ou visites annuelles de médecine générales accessibles à 20 mn ou moins par personne²⁵



Source : DREES, Pôle data IGAS

Le fait de pouvoir accéder aisément à un médecin, a fortiori lorsqu’il se déplace à domicile, peut constituer une condition *sine qua non* d’un maintien durable chez soi (voir l’annexe relative aux conditions et limites du maintien à domicile). La mission a ainsi relevé lors de certains de ses déplacements des arrivées aux urgences faute de disposer d’un médecin traitant accessible (voir l’annexe relative au système de santé et les personnes âgées). Il est donc vraisemblable que, dans un territoire où l’accès aux médecins généralistes est plus tendu, comme par exemple dans le Cher (voir ci-dessus), le maintien à domicile des personnes sévèrement dépendantes risque d’être plus délicat que dans un département comme le Bas-Rhin où l’indicateur d’accessibilité potentielle localisée aux consultations de médecins généralistes est presque deux fois plus élevé.

⁵⁸⁹ https://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr/explore/dataset/530_l-accessibilite-potentielle-localisee-apl/information/

⁵⁹⁰ Pas de borne d’âge ici dans la mesure où les médecins généralistes sont accessibles à toute la population et non uniquement aux personnes âgées. La population est standardisée par la consommation annuelle de soins

1.1.8 Les variables qu'il aurait été pertinent d'insérer mais dont ne disposait pas la mission

L'analyse permet d'obtenir des catégories dont l'interprétation s'accorde avec la connaissance du terrain. Toutefois, il aurait été plus satisfaisant de pouvoir la compléter par d'autres variables afin d'en affiner les résultats. A titre d'exemple, divers paramètres de l'offre ne sont pas ici pris en compte : places réelles et non installées dans les Ehpad (cf. il existe par endroit (ex. Savoie) des places gelées, notamment faute de personnel disponible), accessibilités financières notamment des SAAD et Ehpad suivant les revenus de la population âgée et les tarifs proposés... A cela s'ajoute le fait que, pour les familles, il est fréquent que la recherche de places, notamment pour les Ehpad, RA et RSS, soit faite dans deux directions : à proximité du lieu de vie de la personne âgée et à proximité du lieu de vie des proches de la personne âgée (notamment ses enfants) ; une analyse plus fine consisterait donc à prendre en compte ces critères de choix qui peuvent conduire à des mobilités géographiques interdépartementales lointaines du domicile initiale de la personne âgée. Il aurait par ailleurs été utile de capter l'offre hospitalière au-delà des Ehpad hospitaliers et des Usld mais en prenant en compte aussi la proximité aux services d'urgence, les maisons de repos et SSR (services de soins de suite et de réadaptation) ou encore l'offre d'hospitalisation à domicile⁵⁹¹, tant d'éléments que la mission n'a pas été en capacité de réunir dans le temps imparti par la mission.

Il faut enfin mentionner l'absence ici de données relatives à l'aide fournie par l'entourage des personnes âgées dépendantes (conjoint, enfants, voisinage). Or, il peut exister des différences fortes d'un territoire à l'autre tenant tant à des facteurs culturels et économiques, à la composition des familles qu'à l'organisation spatiale des modes de vie (ex. distance kilométrique entre les enfants et leurs parents) : l'enquête Vie quotidienne et santé de la Drees montre que, en 2021, 23 % des personnes de plus de 60 ans déclarent recevoir de l'aide de leur entourage dans le Nord, le Pas-de-Calais et la Seine-Saint-Denis quand cette fréquence chute à 14 % dans les Yvelines, l'Eure et la Seine-et-Marne. Or cette aide est non négligeable comme peut le montrer la littérature relative aux aidants (ex. moyenne de 35h d'aide par semaine d'un aidant d'une personne âgée en GIR 1 ou 2). Elle constitue donc dans certains cas une part importante de l'offre réelle d'accompagnement dont disposent les personnes.

1.2 Présentation des variables complémentaires

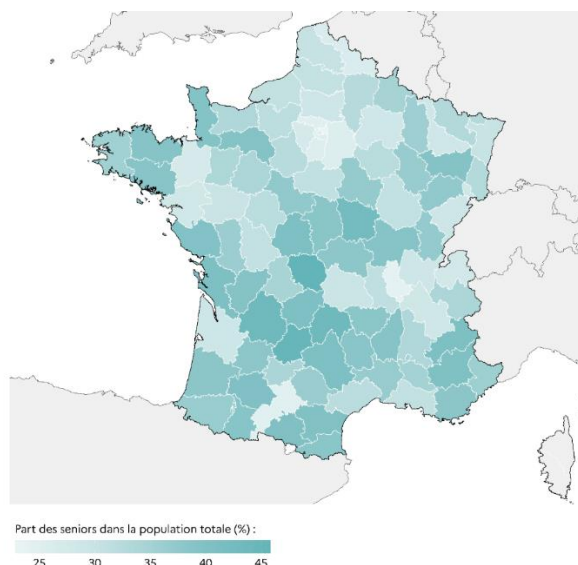
Il est intéressant pour mieux qualifier les catégories issues de la classification, de les décrire également à la lumière d'autres variables qui n'ont pas participé à la construction des axes, appelées variables complémentaires. On choisit ici les variables complémentaires suivantes :

⁵⁹¹ A noter, la Drees a, à l'automne 2023, mis en ligne des données d'effectifs par département de France métropolitaine en 2019 concernant HAD, SSR ainsi que les autres acteurs de l'offre examinée ici (SAAD, SSIAD, Ehpad, USLD, IDEL, RA...).

1.2.1 Proportion de seniors

Cet indicateur départemental (retraitement par la mission d'une source Insee – recensement) est calculé comme la part des personnes âgées de 60 ans et plus dans la population totale du département en 2019.

Carte 9 : Part des personnes de plus de 60 ans dans la population totale en 2019



Source : Données issues du modèle Livia de la Drees et des projections démographiques de l'Insee, mise en forme mission.

La proportion de personnes âgées est une variable descriptive qui illustre non seulement l'ampleur de la demande potentielle pouvant s'adresser aux acteurs sanitaires et médico-sociaux d'un territoire (le recours à des aides à domicile et aux soins s'accroît avec l'âge) mais aussi les enjeux RH de ce territoire : en effet, plus la proportion de personnes âgées est grande, plus il y a des chances que la part de la population active soit faible et qu'il y ait donc des tensions RH dans les structures et services accompagnant les personnes en perte d'autonomie. On relève ainsi de très grands écarts, allant presque du simple au double entre les départements franciliens (faible proportion de personnes de plus de 60 ans) et la Creuse ou le Lot qui sont des territoires qui ont déjà connu un fort vieillissement de leur population.

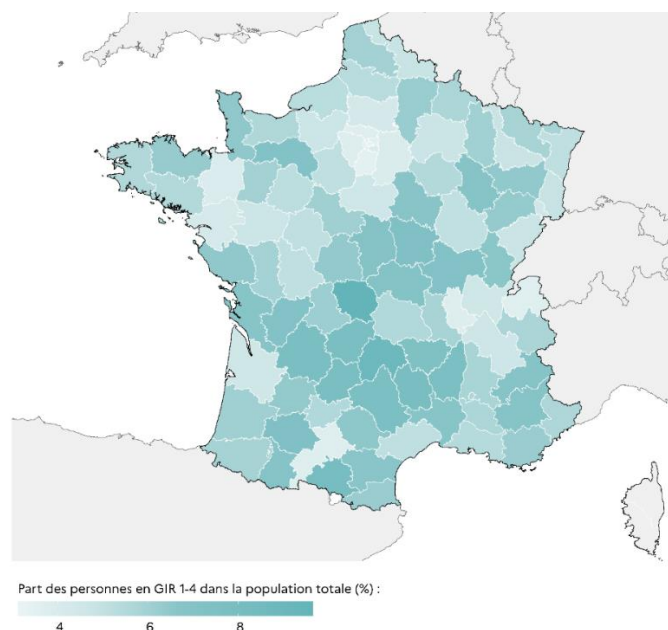
1.2.2 Part des personnes âgées dépendantes (GIR1-4) dans la population totale en 2040

Cet indicateur départemental est calculé comme le ratio (en %) du nombre de personnes âgées dépendantes estimé en 2040, sur la population estimée à partir du modèle LIVIA (hypothèse démographique d'espérance de vie basse, hypothèse d'évolution de la dépendance intermédiaire⁵⁹²). A été ici retenue la borne de 2040 car ce sont dans les années 2030 que la

⁵⁹² Le modèle LIVIA permet de faire des simulations selon différentes hypothèses qui concernent à la fois la démographie (espérance de vie centrale, haute ou basse) et sur l'évolution de la dépendance (scénario optimiste, pessimiste ou intermédiaire). Sur l'espérance de vie, le modèle LIVIA s'appuie sur le modèle de

croissance d'une année sur l'autre de la population âgée en perte d'autonomie va être la plus forte.

Carte 10 : Part projetée des personnes âgées en perte d'autonomie dans la population totale en 2040



Source : Données issues du modèle Livia de la Drees et des projections démographiques de l'Insee, mise en forme mission. Hypothèse démographique d'espérance de vie basse, hypothèse d'évolution de la dépendance intermédiaire.

Cette variable donne une indication de la demande potentielle d'accompagnement pour personnes âgées en perte d'autonomie par territoire à horizon de 2040, révélant la place plus ou moins grande que vont occuper les personnes âgées dépendantes dans chaque département. Ainsi, dans la Creuse, ce serait en 2040 près d'une personne sur dix qui serait dépendante tandis que le ratio serait trois fois moindre à Paris.

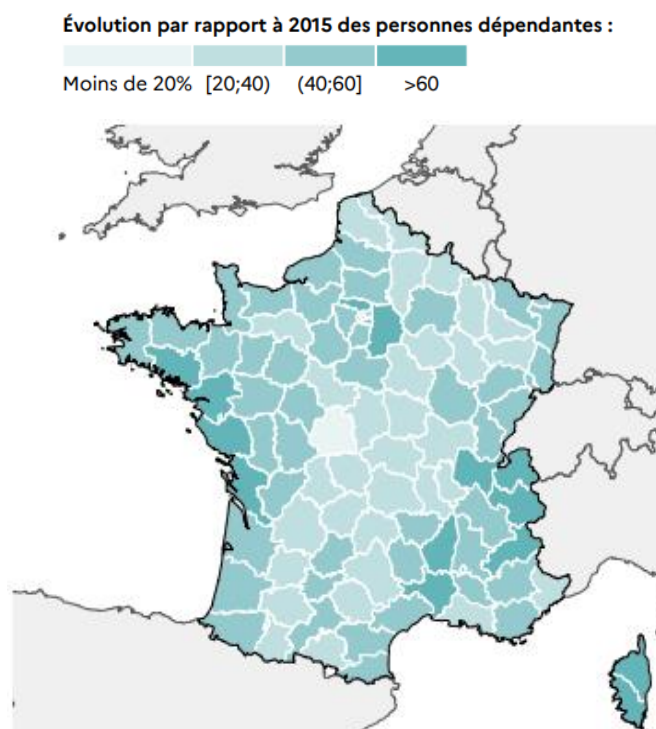
l'INSEE Omphale. La mission a choisi de retenir le scénario d'espérance de vie basse, car après échanges de la mission avec la Drees, il a été fait le constat qu'à horizon 2040/2050, le scénario d'espérance de vie basse du modèle Livia se rapproche du nouveau scénario central de l'INSEE.

Sur la question de la dépendance, trois scénarios sont possibles dans le modèle LIVIA. Le scénario optimiste estime que le gain d'espérance de vie se passe dans un niveau d'autonomie totale. Le scénario pessimiste estime que ce gain se traduit en années de dépendance modérée, et le scénario intermédiaire partage le gain d'espérance de vie entre dépendance modérée et autonomie totale, au prorata de ce qui est observé aujourd'hui. Quelle que soit l'hypothèse choisie, le temps passé en situation de dépendance totale, très lié à la fin de vie, reste constant et ne dépend pas des gains en espérance de vie. En articulation avec la Drees qui a été auditionnée à plusieurs reprises, la mission Igas a retenu le scénario de dépendance intermédiaire. En effet, les derniers travaux publiés par la Drees sur l'espérance de vie dans l'APA (2021) n'incitent pas à penser que le scénario pessimiste soit le plus probable (Drees, Allocation personnalisée d'autonomie : la part de l'espérance de vie passée en tant que bénéficiaire diminue depuis 2010, Études et résultats N° 1212, octobre 2021). L'hypothèse d'évolution de la dépendance retenue dans l'annexe sur la catégorisation des territoires, dans l'annexe sur les projections démographiques et dans l'annexe relative aux scénarios prospectifs est l'intermédiaire. Un encadré du rapport et de l'annexe scénario détaille néanmoins les écarts de projection par type d'habitat entre l'hypothèse optimiste et intermédiaire, car ils sont relativement marqués.

1.2.3 Evolution de la population en GIR 1 à 4 d'ici 2040

La variable retenue ici représente l'augmentation (en %) du nombre de personnes âgées dépendantes par rapport à 2019 calculée à partir des projections du modèle LIVIA⁵⁹³. Les hypothèses retenues dans le modèle sont un scénario d'évolution de la dépendance intermédiaire⁵⁹⁴ et une hypothèse démographique d'espérance de vie basse⁵⁹⁵.

Carte 11 : Evolution de la part des personnes âgées en perte d'autonomie au sein de la population, par département, entre 2015 et 2040



Source : Données issues du modèle Livia de la Drees et des projections démographiques de l'Insee, mise en forme mission. Hypothèse démographique d'espérance de vie basse, hypothèse d'évolution de la dépendance intermédiaire.

⁵⁹³ On s'est appuyé sur les projections établies par le modèle LIVIA développé par la DREES-INSEE qui « permet de réaliser des projections du nombre de personnes âgées de plus de 60 ans entre 2015 et 2050 et donne des répartitions par sexe, tranche d'âge, niveau de perte d'autonomie et lieu de vie »⁵⁹³, pour estimer le nombre de personnes âgées dépendantes (ie. avec un GIR compris en 1 et 4) à horizon 2040.

⁵⁹⁴ « scénario intermédiaire : la part des années en dépendance modérée dans l'espérance de vie à 60 ans reste constante ; les gains d'espérance de vie correspondent ainsi pour une partie à de la vie pleinement autonome et pour une autre à des années en dépendance modérée, au prorata de la part observée aujourd'hui. ». Source : Albane Miron de l'Espinay et Delphine Roy, *Perte d'autonomie : à pratiques inchangées, 108 000 seniors de plus seraient attendus en Ehpad d'ici à 2030. Projections de population âgée en perte d'autonomie selon le modèle Lieux de vie et autonomie (LIVIA), DREES, Études et résultats N° 1172, 2020.*

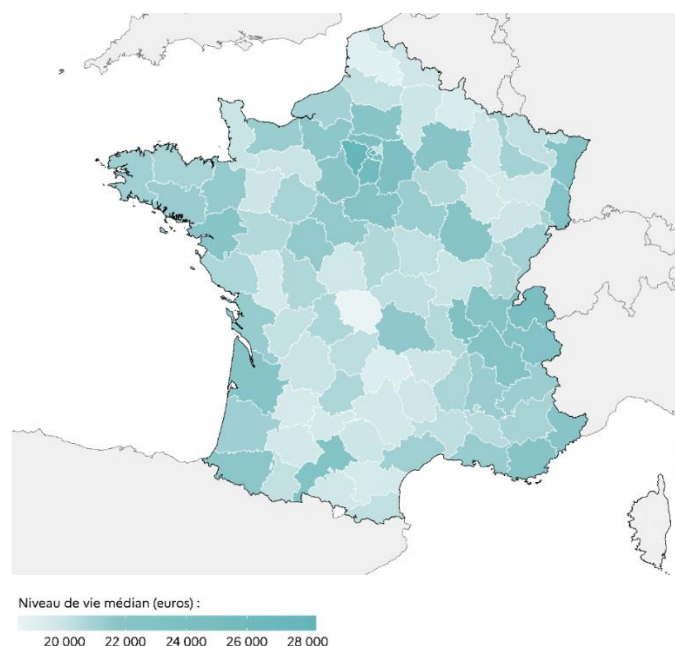
⁵⁹⁵ Après échanges de la mission avec la Drees, il a été fait le constat que l'hypothèse d'évolution démographique basse de la Drees effectuée en 2015 correspond en fait au scénario central de projection démographique de l'INSEE effectué en 2022.

Cette carte illustre les décalages radicaux que vont connaître les départements français en termes d'évolution de leur population âgée dépendante (rapport de un à quatre des taux de croissance entre l'Indre et la Haute-Savoie), ce qui illustre la nécessité d'adapter plus ou moins vite et avec plus ou moins grande ampleur les capacités des structures et services sanitaires et médico-sociaux.

1.2.4 Niveau de vie médian

Le niveau de vie médian est le revenu disponible après transferts, impôts et prestations sociales, par unité de consommation (UC), au-delà (ou en deçà) duquel se situe la moitié de la population de France métropolitaine⁵⁹⁶.

Carte 12 : Niveau de vie annuel médian en euros en 2021



Source : DREES panorama statistique cohésion sociale travail emploi 2022, mise en forme mission.

Le niveau de vie médian de la population est une variable qui reflète la richesse de la population d'un territoire et donc les moyens financiers dont elle disposerait pour accéder à un service coûteux économiquement. Une analyse plus approfondie devrait restreindre l'analyse aux personnes âgées actuelles ou âgées demain et explorer la distribution de la richesse (notamment les déciles et quartiles les plus pauvres). Cette donnée de niveau de vie permet néanmoins d'approximer grossièrement des écarts entre territoires quant à la capacité de la population à recourir à des aides à domicile, notamment en emploi direct, dans l'éventualité où les services d'aides à domicile peineraient à recruter et avoir assez de personnels (situation d'ores et déjà observables dans un certain nombre de départements, comme par exemple en Savoie). On peut ainsi présumer qu'en Ile-de-France et en Rhône-Alpes la capacité des personnes âgées à mobiliser

⁵⁹⁶ Source DREES panorama statistique cohésion sociale travail emploi 2022

des moyens financiers pour recourir à de l’emploi direct sera en moyenne plus grande que dans la région Occitanie ou dans le nord de la France.

1.3 Analyse croisée des variables

Une analyse exploratoire des variables a d’abord été faite pour comprendre leurs distributions ainsi que leurs relations. La figure 1 représente la matrice des relations entre chaque paire de variables. On observe que très peu de variables sont corrélées, à l’exception des taux d’équipements entre les résidences services et les SSIAD (corrélation négative : là où il y a des RSS, il y a fréquemment peu de SSIAD, et vice-versa) et, par ailleurs, les APL médecins généralistes et APL infirmières (corrélation positive : là où il y a une accessibilité aux médecins généralistes forte, il y a aussi une accessibilité aux infirmières de proximité forte).

Schéma 1 : Matrice des relations entre les variables constituant l’offre médico-sociale des départements



Lecture : Le taux d’équipement départemental le plus fréquent en EHPAD est de 60 places pour 1000 résidents potentiels de 60 ans ou plus. Le coefficient de corrélation résidence autonomie Ehpad est de -0,30. La représentation graphique de ces deux variables reflète cette corrélation linéaire négative (tendance à avoir des points alignés sur une pente décroissante) .

Champ : France métropolitaine hors Corse

Source : Les sources des différentes variables sont précisées dans la section 1.1 Données mobilisées de l’annexe.

Cette faible corrélation entre les variables indique qu'il n'y a pas de liens étroits entre ces dispositifs du point de vue de leur régulation : ainsi, il existe des territoires fortement dotés en Ehpad, mais faiblement dotés en RA quand d'autres comptent au contraire beaucoup de résidences. Inversement, il y a des territoires ayant peu d'Ehpad mais qui ont beaucoup de résidences autonomie, ou peu. Ce point illustre le fait que les logiques de parcours résidentiels des personnes âgées (domicile, puis résidence, puis Ehpad) sont faiblement un critère de choix dans la conception de l'offre d'hébergement.

Cette faible corrélation entre les variables paraît prédire aussi une grande variété de situations territoriales où toutes les configurations départementales (forces/faiblesses par segment de l'offre sanitaire et médico-sociale) sont possibles. Un tel schéma suggère qu'il est important de laisser une grande marge de manœuvre aux acteurs locaux pour déterminer la stratégie à adopter dans les années à venir dans la mesure où une vision nationale en surplomb des territoires risque fort d'uniformiser les différences locales et donc de ne pas prendre en compte les spécificités (pouvant soit être une force sur laquelle s'appuyer soit une faiblesse contre laquelle lutter).

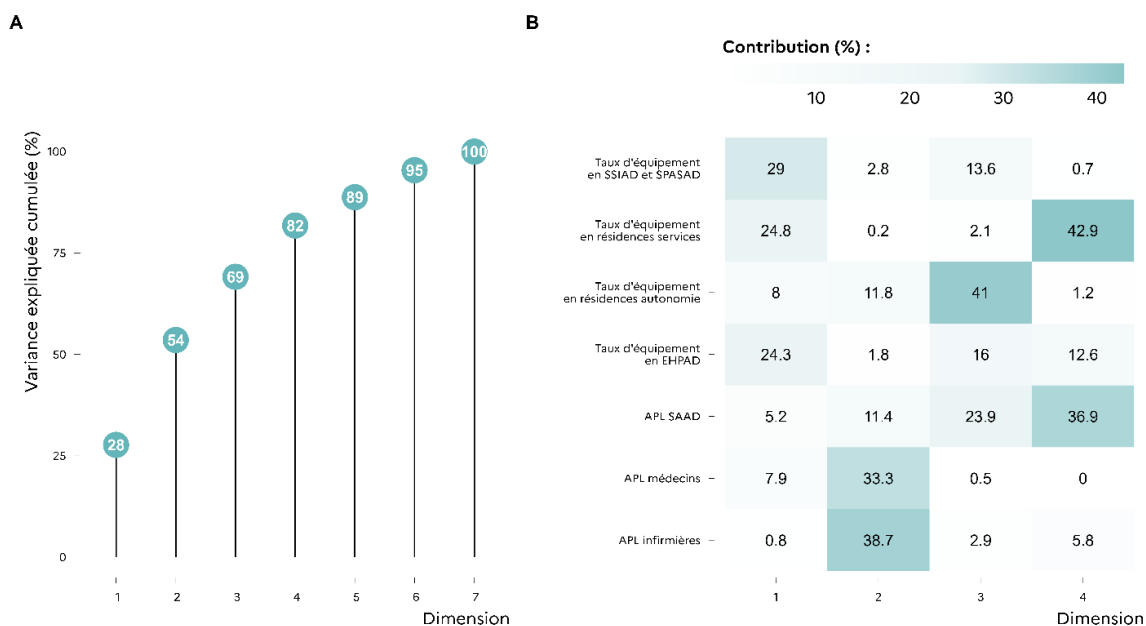
1.4 Résultats de l'analyse en composantes principales

L'analyse en composantes principales permet de mieux appréhender le lien qui existe entre toutes les variables (et plus seulement deux à deux comme précédemment), et comment se distinguent nos individus (ici les départements) selon les critères retenus. Ce travail préliminaire permet d'obtenir de meilleurs résultats ensuite dans la classification en réduisant le nombre de dimensions sur lesquelles s'appuient la classification.

Au préalable, les données ont été normalisées⁵⁹⁷ puis standardisées. Sur le schéma ci-dessous, le panneau A montre que les 4 premiers axes de l'ACP concentrent plus de 82 % de la variance ; on choisit donc de retenir 4 axes pour la suite de l'analyse, ce qui est un bon compromis entre explication de la variance et lisibilité des résultats. Le panneau B représente la contribution (en %) de chaque variable par axe pour les quatre premiers axes. Ici, le premier axe oppose les variables taux de SSIAD-SPASAD au taux d'équipement en résidence services. Cela signifie qu'en règle générale les départements ont tendance à s'opposer sur ces deux critères, c'est-à-dire qu'un département bien doté en résidence services aura des taux d'équipement en SSIAD-SPASAD plus faibles (cela fait écho au fait que cette corrélation – négative – est celle qui ressortait le plus ci-dessus). L'axe 2 oppose les départements bien équipés en APL médecins et infirmières à ceux bien équipés en résidences autonomie et en Ehpad. L'axe 3 distingue les territoires bien dotés en SAAD et en résidences autonomie. L'axe 4 met en avant les territoires où les résidences services sont fortement implantées.

⁵⁹⁷ Transformation de Tukey. John W. Tukey, *Exploratory data analysis* Vol. 2, 1977.

Schéma 2 : Résultats de l'analyse en composantes principales



Source : Les sources des différentes variables sont précisées dans la section 1.1

Note : Le panneau A représente le cumul de la variance expliquée (en %) en fonction du nombre d'axes retenus dans l'ACP. Le panneau B permet d'analyser la contribution des variables pour chaque dimension. La 5^{ème} colonne est présentée ici mais n'a pas été retenue par la suite.

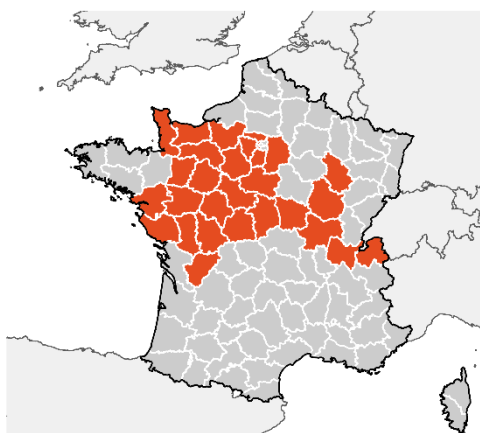
1.5 Présentation de la classification obtenue à une maille départementale

A partir de la représentation des départements dans l'espace à 4 dimensions décrit au 1.4, on établit une catégorisation par la méthode des K-médoïdes. On retient une catégorisation à 4 classes⁵⁹⁸. Les départements se répartissent sur le territoire de la façon suivante :

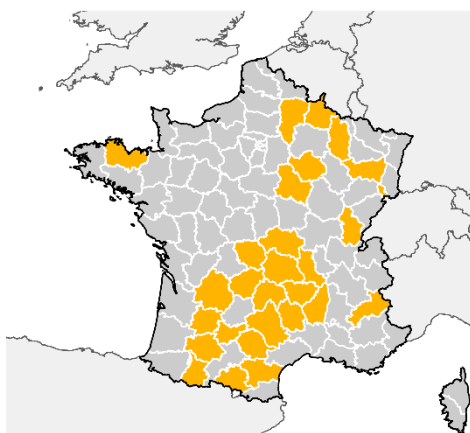
⁵⁹⁸ Il est à noter que cette méthode statistique ne consiste pas à choisir a priori quels départements faire figurer dans quels groupes. C'est la méthode elle-même qui, du fait de leur proximité, conduit à réunir les départements qui ont le plus de similarités les uns avec les autres. Seul le nombre de groupes est choisi. Ce nombre (ici 4) est le fruit d'un arbitrage entre la part expliquée de l'appartenance d'un département à un groupe et la lisibilité finale désirée (plus il y a de groupes, moins l'analyse est lisible).

Carte 13 : Classification des départements en 4 classes d'offre

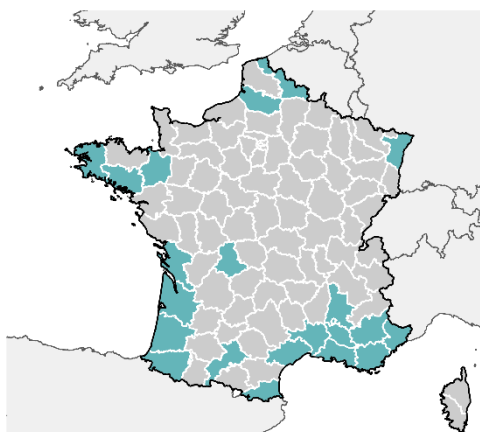
Classe 1



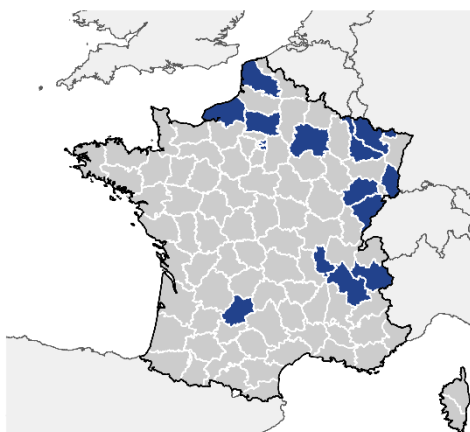
Classe 2



Classe 3



Classe 4



Légende :

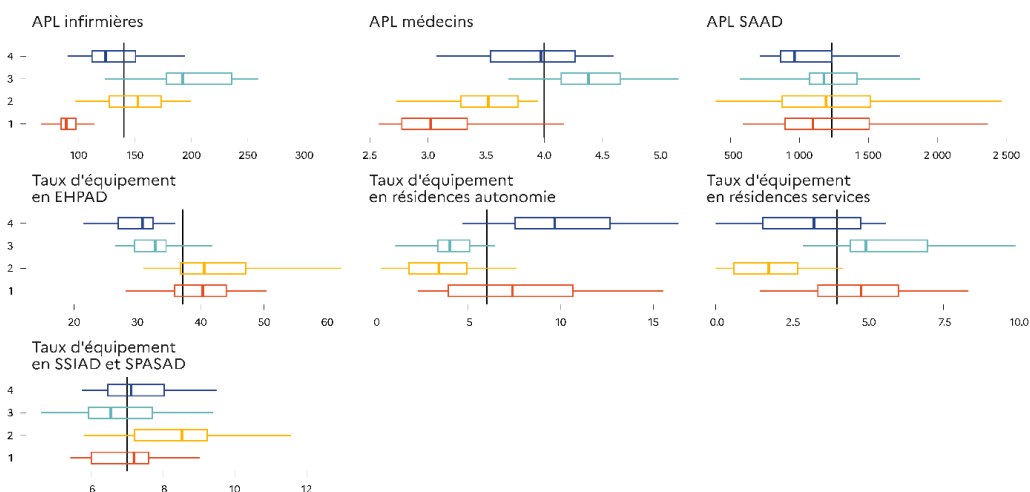
Classe 1	Classe 2
Classe 3	Classe 4

Source : traitement mission. Les sources des différentes variables sont précisées dans la section 1.1

Champ : France métropolitaine hors Corse

Le tableau ci-dessous présente pour chaque classe, les dispersions de chaque variable ayant participé à la classification des départements, la barre verticale représentant la moyenne nationale.

Schéma 3 : Offre sanitaire et médico-sociale selon chaque classe



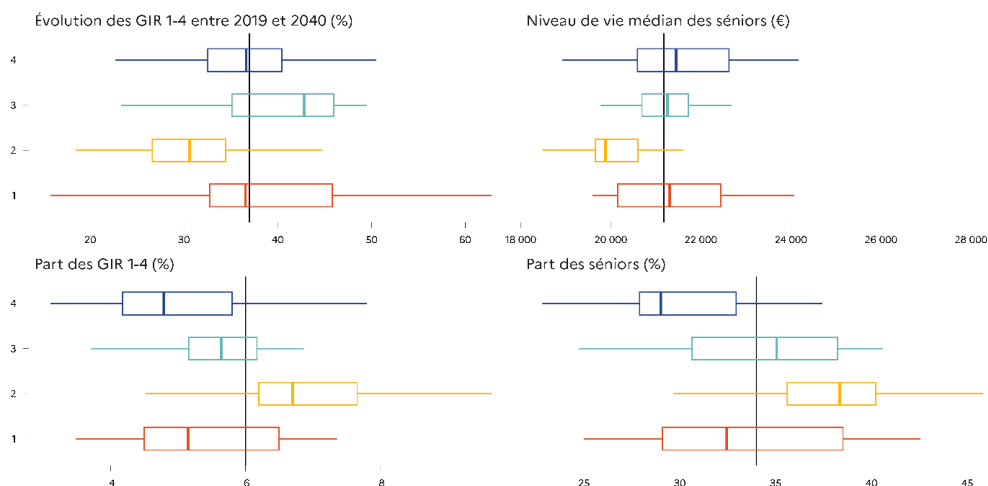
Source : Les sources des différentes variables et leurs unités sont précisées dans la section 1.1.

Champ : France métropolitaine

Lecture : le taux d'équipement en SSIAD SPASAD pour les départements du groupe 2 varie de 9 à 19 places pour mille habitants âgés de 60 ans ou plus. La valeur du premier quartile est de 11,5 places pour mille habitants âgés de 60 ans ou plus et celle du dernier quartile 14,5 places pour mille habitants âgés de 60 ans ou plus. La valeur médiane est de 13,5 places pour mille habitants âgés de 60 ans ou plus. La moyenne nationale est de 12 places pour mille habitants âgés de 60 ans ou plus

Quant aux variables supplémentaires, qui n'ont pas participé au regroupement des départements, elles se répartissent de la façon suivante :

Schéma 4 : Description des classes selon les variables supplémentaires



Source : Les sources des différentes variables et leurs unités sont précisées dans la section 1.2.

Champ : France métropolitaine hors Corse

Lecture : le niveau de vie médian des seniors pour les départements du groupe 2 varie de 18000 € à 22000 €. La valeur du premier quartile est de 19500 € et celle du dernier quartile de 21000 €. La valeur médiane est de 20500 €. La moyenne nationale (trait vertical) est de 21500 €

1.5.1 Classe 1 : des départements à l'offre plus fragile à domicile, en particulier sur le volet sanitaire

La classe 1 compte 29 départements⁵⁹⁹, situés principalement au nord de la Loire (une grande partie des régions Normandie, Ile-de-France, Centre, Pays-de-la-Loire en fait partie). Elle se caractérise par une **accessibilité de soins particulièrement faible** (constat vrai aussi pour les services d'aide à domicile même si c'est dans une moindre mesure). Les APL infirmières et médecins sont les plus faibles des 4 classes, et très homogènes entre départements. Le taux d'équipement en SSIAD et SPASAD est pour la moitié des départements du groupe inférieur à la moyenne nationale. L'offre d'hébergement en EHPAD est très inégale selon les départements, mais supérieure à la moyenne nationale pour pratiquement les ¾ des départements de la classe. En revanche, l'offre d'accueil en résidences autonomie comme en résidences services dans ces départements y est globalement plus élevée que sur le reste du territoire, même si encore une fois la classe est assez hétérogène sur ce critère.

Les variables supplémentaires permettent d'ajouter qu'il s'agit de départements avec une plus faible part de personnes âgées que sur le reste du territoire.

En conséquence, on peut considérer que le renforcement du soutien aux acteurs du domicile (sanitaires comme médico-sociaux) constitue une priorité pour ces départements, sans quoi leurs structures sanitaires (hôpital) comme médico-sociales (Ehpad, résidences) vont connaître des pressions majeures.

1.5.2 Classe 2 : des départements à l'offre plus étoffée en Ehpad

La classe 2 est constituée de 28 départements. Les départements sont répartis principalement sur le Sud de la France, notamment dans le Massif Central, et pourrait évoquer la diagonale des faibles densités de population (parfois dénommée « diagonale du vide »). Elle se distingue par une offre de **places en EHPAD élevée** et une offre **faible en résidences**. L'accessibilité à l'offre infirmière y est plutôt élevée quand celle aux médecins est très inférieure à la moyenne nationale pour plus des ¾ des départements de cette classe.

Le niveau de vie médian des seniors dans cette classe est homogène et plus faible que pour la moyenne nationale (20 094 € vs 21 179 €). D'un point de vue démographique, les départements de cette classe ont pour la plupart déjà fait leur « transition démographique » et l'évolution du nombre de personnes âgées dépendantes va être plutôt moindre qu'ailleurs.

En conséquence, il est vraisemblable que, pour nombre de ces départements, l'enjeu d'optimisation des moyens RH va être un sujet majeur. Ils pourront en cela s'appuyer sur ce qui constitue à ce jour l'offre RH la plus intégrée – à savoir les Ehpad – pour optimiser au mieux les ressources dont ils disposeront. Accueillir dans les Ehpad les personnes les plus requérantes en interventions professionnelles pourrait constituer pour eux une voie privilégiée pour faire face à l'augmentation (certes plus contenue qu'ailleurs) de leur population âgée en perte d'autonomie.

⁵⁹⁹ La liste des départements à chaque classe d'offre (et chaque groupe de demande) est présentée de façon agrégée dans le tableau de la partie 3.

1.5.3 Classe 3 : des départements avec une offre sanitaire libérale plus dense

La classe 3 regroupe 21 départements, situés principalement soit sur le pourtour atlantique ou méditerranéen soit aux frontières allemande, italienne et espagnole, catégorie que l'on pourrait dès lors qualifier de « France des contours ». Elle se distingue par une **accessibilité aux médecins et infirmières élevée**, ainsi qu'un équipement en **résidences services supérieur** aux autres classes. L'offre en SSIAD et SPASAD est faible. Celles en Ehpad et en résidences autonomie est également très inférieure à la moyenne nationale.

Le niveau de vie moyen des seniors est plus élevé que sur l'ensemble du territoire, $\frac{3}{4}$ des départements ont un niveau de vie médian supérieur à la moyenne nationale. Ces départements vont être confrontés à une augmentation importante du nombre de seniors dépendants et très dépendants d'ici 2040, même si tous les départements ne vont pas être tous touchés de la même façon (23 % pour les Alpes-Maritimes 31 % pour les Bouches-du-Rhône vs 50 % dans le Morbihan et 49 % dans le Gard).

En conséquence, un des enjeux pour ces départements est de savoir si les acteurs du domicile, plus nombreux qu'ailleurs notamment sur le volet sanitaire, vont être en capacité dans les années à venir de prendre en charge à la fois plus de personnes en perte d'autonomie et avec des dépendances plus sévères. L'offre en SSIAD y est faible ce qui a pour conséquence que la réforme de la tarification en cours, qui vise à inciter les SSIAD à plus orienter leur activité vers la prise en charge de cas lourds, y aura moins d'impact. La question de créer des places en Ehpad et en résidences autonomie dans ces territoires pourrait dès lors se poser au regard de la faiblesse de leur offre institutionnelle couplée à une évolution plus dynamique qu'ailleurs de leur population âgée en perte d'autonomie. Seul segment sur lequel ces territoires sont mieux dotés en structures : les résidences services. Il est donc vraisemblable que ces dernières risquent de connaître une pression forte pour accueillir de façon croissante des personnes plus lourdement dépendantes qu'aujourd'hui.

1.5.4 Classe 4 : des départements à l'offre fragile en Ehpad

La classe 4 regroupe 16 départements répartis principalement dans le quart Nord-Est du pays. Elle regroupe les grandes métropoles de Paris et Lyon. Elle se caractérise par **une offre en Ehpad plus faible qu'ailleurs**, tout comme en résidences services. L'ensemble de ces départements ont un taux d'équipement inférieur à la moyenne nationale. En revanche, l'offre en résidences autonomie est plus conséquente. Les départements sont très hétérogènes sur les autres variables.

Il s'agit de départements plutôt jeunes. La part de seniors dans la population est la plus faible des 4 classes (30 %). Le niveau de vie moyen des seniors du groupe est supérieur à la moyenne nationale (21 883 € vs 21179 €). L'augmentation de la population âgée en perte d'autonomie y sera globalement moins dynamique que pour la classe 3.

En conséquence, ces départements sont dans une situation où, faute d'une offre étoffée en Ehpad, ils pourront peu mobiliser le levier consistant à amortir une partie de la hausse des besoins par une modification progressive des publics accueillis en Ehpad (notamment en accueillant des personnes plus requérantes en personnel). Leur offre plus étoffée en résidences autonomie pourrait conduire ces dernières à voir se transformer le public actuellement locataire vers un

public au profil se rapprochant progressivement de celui des Ehpad, posant du même coup la question de leur capacité à accompagner une telle évolution.

1.6 La situation particulière de la Corse et de l'Outre-mer : un niveau d'équipement très faible mais des acteurs du domicile nombreux

Les départements corses (Haute-Corse et Corse du sud) se distinguent par une offre en établissements très faible (voir tableau ci-dessous) : le taux d'équipement en Ehpad se situe entre 17 et 19 places pour 1000 habitants de 60 ans et plus (quand la moitié des départements métropolitains comptent au moins 36 places). Il n'y a aucune résidences autonomie en Corse. Ce sous-équipement relatif semble contrebalancé par une offre à domicile⁶⁰⁰ plus large notamment paramédicale. L'offre infirmière (APL) est le double en Corse de la médiane nationale, le taux d'équipement en SSIAD-SPASAD est aussi proche ou légèrement supérieur ou proche de la moyenne nationale (10 en Corse du Sud et 7 en Haute Corse contre 7,2 en moyenne). L'APL médecin est un peu supérieure à la médiane nationale (entre 3,84 et 4,04 consultations accessibles à moins de 20 mn contre 3,69 ou plus pour la moitié des départements). La population âgée en Corse reste davantage au domicile ce qui est rendu possible par une aide à domicile également plus présente. Les personnes de 60 ans et plus déclarent plus souvent que sur l'ensemble du territoire recevoir de leur entourage (21 % contre 16,5 % pour la médiane nationale) mais aussi d'une tierce personne (26 % contre 19,5 % au nationale).

Les départements d'Outre-mer se situent dans une situation très particulière : tandis que la sphère du domicile est notablement plus étoffée qu'elle n'est en métropole, le volet établissements est lui beaucoup plus fragile (ce qui peut interroger à la fois les stratégies publiques des dernières décennies mais aussi l'éventuelle spécificité culturelle d'accueil à la maison tendant à diminuer la demande sociale d'accueil en établissement). Ainsi, les personnes de plus de 60 ans déclarent beaucoup plus recevoir des aides (professionnelles ou non) qu'en métropole. L'accès aux professionnels de santé y est globalement plus élevé (infirmières, kiné) ou comparable (médecins), quoique la Guyane se situe un peu plus en retrait que les autres. Il ressort d'un tel panorama que l'offre en acteurs du domicile est étoffée (par rapport aux besoins d'aujourd'hui et par comparaison avec la métropole).

⁶⁰⁰ On ne dispose pas de l'apl saad pour la Corse et l'Outre-mer mais on observe une plus forte proportion de personnes de plus de 60 ans qui recourent à de l'aide professionnelle.

Tableau 1 : Principales caractéristiques de l'offre sanitaire et médico-sociale en Outre-mer et France métropolitaine

	Corse-du-Sud	Haute-Corse	Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	Mayotte	Médiane nationale
Aide professionnelle reçue parmi les personnes de plus de 60 ans (%)	14,6	13,9	16,7	17	15,3	17,5	17	11
Aide de l'entourage reçue parmi les personnes de plus de 60 ans (%)	20,7	20,9	22,6	24,3	20,5	25,4	23,2	16,7
Aide d'une tierce personne reçue parmi les personnes de plus de 60 ans (%)	26,3	25,4	26,6	27,8	24,9	29,3	28,9	19,8
APL infirmières de proximité	356,5	421,1	367,4	364,1	323,1	506,3		130,4
APL médecins généralistes	4,1	3,8	3,4	3,7	2	5,4		3,7
APL masseurs kinésithérapeutes	173,4	174,1	165,2	170,6	50,2	220,6		89,9
Taux d'équipement en Ssiad-Spasad pour 1000 personnes de plus de 60 ans	6,2	4,4	6,6	4,2	4	3,3	3,2	7,2
Taux d'équipement en résidences autonomie pour 100000 personnes de 60 ans et plus	0	0	1,3	0,6	3	0	0	4,7
Taux d'équipement en Ehpad pour 1000 personnes de plus de 60 ans	16,8	19	12,3	14,8	6,9	8,8	0	35,7

Source : Compilation par la mission Igas des données décrites au 1.1. et enquête Drees VQS 2021 pour les données sur l'aide reçue.

En revanche, l'offre en établissement (Ehpad ou résidences autonomie) est particulièrement faible. Ainsi le taux d'équipement en Ehpad est trois fois plus faible qu'en métropole et l'offre de résidences autonomie quasiment inexistante en dehors de la Guyane. Il est vraisemblable que cet état de fait reflète tant les choix politiques d'implantation de structures, la faiblesse du nombre de personnes âgées dépendantes (population plus jeune) que, peut-être, des modèles familiaux de relations aux aînés différents de ceux ayant cours en métropole.

2 Les facteurs déterminants de la demande : évolution et proportion de la population âgée dépendante dans les territoires



La projection des populations dans l'analyse précédente illustre la déconnexion relative entre l'offre sanitaire et médico-sociale et la démographie des prochaines décennies. Il est donc proposé, par une approche similaire à celle de la partie 1, de qualifier les départements selon leurs perspectives démographiques dans les prochaines décennies. L'analyse se concentre sur la part des personnes âgées (plus de 60 ans) dépendantes, c'est-à-dire avec un GIR compris entre 1 et 4. Le choix est fait d'approcher cette évolution par deux paramètres, la part de personnes âgées dépendantes par département en 2040⁶⁰¹ pour mesurer l'ampleur du phénomène et l'évolution de cette population d'ici 2040 pour approcher la dynamique avec laquelle on va arriver à cette densité.

2.1 Présentation des variables retenues

On utilise les variables *évolution de la population en GIR 1 à 4 d'ici 2040* et *part des personnes âgées dépendantes (GIR 1-4 de plus de 60 ans) dans la population totale en 2040* présentées précédemment.

La distribution de ces deux variables a l'allure suivante :

Schéma 5 : Description des variables

Variable	Moyenne	Écart-type	Minimum	Médiane	Maximum	Distribution
Part des GIR 1-4 par rapport à la population (%)	6	1	3	6	10	
Évolution des GIR 1-4 entre 2019 et 2040 (%)	37	10	16	35	63	

Source : Les sources des différentes variables et leurs unités sont précisées dans la section 1.2. Hypothèse démographique d'espérance de vie basse, hypothèse d'évolution de la dépendance intermédiaire, Livia (drees).

Champ : France métropolitaine hors Corse

2.2 Les variables impactant la demande qu'il aurait été pertinent d'insérer mais dont ne disposait pas la mission

Il existe des différences culturelles entre territoires français dans l'attrait ou le rejet que les personnes ont pour les Ehpad versus le maintien à domicile, et ce vraisemblablement de façon indépendante de l'offre existante.

⁶⁰¹ On choisit 2040 comme date butoir, car elle correspond à un ralentissement de la croissance démographique.

En effet, la demande d'entrée en Ehpad varie fortement entre territoires. Ainsi, le baromètre d'opinion de la Drees permet de prendre la mesure de ce phénomène. A la question « Si l'un de vos parents proches devenait dépendant, que feriez-vous ? », on constate des réponses qui varient beaucoup selon la zone d'appartenance : ainsi, 8 % des personnes vivant dans la zone méditerranéenne déclarent qu'elles « placeraient » ce parent dépendant en institution spécialisée, quand ce taux est près de quatre fois plus élevés dans l'Est et l'Ouest (33 % et 30 %) (voir graphique ci-dessous). Quand seulement 15 % des personnes du Nord déclarent qu'elles accueilleraient chez elle un parent dépendant, elles sont près du double (29 %) à l'envisager pour celles vivant dans la zone méditerranéenne. Devant le niveau de revenus ou la profession, la variable socio-démographique de la zone d'appartenance territoriale est celle qui joue le plus sur la volonté de « placer » une personne âgée dépendante en institution.

De façon relativement cohérente avec les éléments présentés ci-dessus concernant l'aide reçue de l'entourage par les personnes de plus de 60 ans, on note que c'est dans la région parisienne que le moins de gens se disent prêt à faire en sorte de pouvoir s'occuper de leur proche au domicile de ce dernier (33 % - en écho aux données sur les Yvelines et la Seine-et-Marne où ce type d'aide est moins fréquent) ; à l'inverse, c'est dans la zone Nord que la proportion est la plus forte (42 %), en cohérence avec le fait que c'est dans le Nord et dans le Pas-de-Calais que la proportion de personnes de plus de 60 ans déclarant recevoir une aide de leur entourage est la plus forte (voir ci-dessus).

Tableau 2 : Si l'un de vos parents proches devenait dépendant, que feriez-vous ?

	Vous le placerez dans une institution spécialisée	Vous l'accueillerez chez vous	Vous consacreriez une partie de votre revenu à lui payer des aides de manière à ce qu'il reste à son domicile	Vous feriez en sorte de pouvoir vous en occuper à son domicile	(NSP)
France	21 %	21 %	17 %	37 %	4 %
Région parisienne	19 %	23 %	18 %	33 %	6 %
Bassin Parisien Est	14 %	19 %	23 %	40 %	4 %
Bassin Parisien Ouest	24 %	18 %	22 %	36 %	0 %
Nord	23 %	15 %	15 %	42 %	4 %
Est	33 %	18 %	11 %	36 %	2 %
Ouest	30 %	18 %	18 %	34 %	1 %
Sud Ouest	19 %	26 %	16 %	35 %	4 %
Centre Est	21 %	18 %	19 %	39 %	4 %
Méditerranée	8 %	29 %	15 %	41 %	7 %

Source : Baromètre d'opinion de la Drees 2021. Note de lecture : en vert les valeurs élevées, en jaune les valeurs basses. Le découpage géographique retenu ici est celui des Zone d'études et d'aménagement du territoire / ZEAT : la région parisienne : Île-de-France ; le Bassin parisien : Bourgogne, Centre, Champagne-Ardenne, Basse et Haute-Normandie, Picardie ; le Nord : Nord-Pas-de-Calais ; l'Est : Alsace, Franche-Comté, Lorraine ; l'Ouest : Bretagne, Pays de la Loire, Poitou-Charentes ; le Sud-Ouest : Aquitaine, Limousin, Midi-Pyrénées ; le Centre-Est : Auvergne, Rhône-Alpes ; la Méditerranée : Languedoc-Roussillon, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Corse.

Interrogées sur leur devenir personnel, les répondants au baromètre de la Drees réagissent aussi de façon très différente entre régions. Ainsi, à la question « Pour vous personnellement, à l'avenir, vivre dans un établissement pour personnes âgées, ce serait quelque chose de... ? », les personnes vivant dans la zone méditerranée sont moins d'une sur cinq (18 %) à estimer envisageable de vivre dans un établissement pour personnes âgées ; en revanche c'est le cas de près de la moitié des personnes vivant dans la zone nord (48 %).

Tableau 3 : Pour vous personnellement, à l'avenir, vivre dans un établissement pour personnes âgées, ce serait quelque chose de... ?

	S/T Envisageable	Tout à fait envisageable	Plutôt envisageable	S/T Pas envisageable	Plutôt pas envisageable	Pas envisageable du tout	(NSP)
France	31 %	7 %	24 %	65 %	25 %	40 %	5 %
Région parisienne	31 %	8 %	23 %	59 %	23 %	37 %	9 %
Bassin Parisien Est	33 %	6 %	27 %	66 %	27 %	38 %	1 %
Bassin Parisien Ouest	29 %	6 %	23 %	71 %	32 %	39 %	
Nord	48 %	14 %	35 %	41 %	14 %	26 %	11 %
Est	29 %	10 %	20 %	68 %	20 %	48 %	2 %
Ouest	38 %	6 %	32 %	62 %	28 %	33 %	0 %
Sud Ouest	32 %	5 %	27 %	66 %	30 %	37 %	2 %
Centre Est	25 %	5 %	20 %	65 %	19 %	46 %	10 %
Méditerranée	18 %	4 %	13 %	76 %	26 %	51 %	6 %

Source : Baromètre d'opinion de la Drees 2021. Note de lecture : en vert les valeurs élevées, en jaune les valeurs basses. Le découpage géographique retenu ici est celui des Zone d'études et d'aménagement du territoire / ZEAT : la région parisienne : Île-de-France ; le Bassin parisien : Bourgogne, Centre, Champagne-Ardenne, Basse et Haute-Normandie, Picardie ; le Nord : Nord-Pas-de-Calais ; l'Est : Alsace, Franche-Comté, Lorraine ; l'Ouest : Bretagne, Pays de la Loire, Poitou-Charentes ; le Sud-Ouest : Aquitaine, Limousin, Midi-Pyrénées ; le Centre-Est : Auvergne, Rhône-Alpes ; la Méditerranée : Languedoc-Roussillon, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Corse.

La mission ne disposait pas à une maille territoriale fine (ex. département) de ces données relatives aux attentes et pratiques culturelles différenciées entre territoire. Il semble pour autant vraisemblable que pour une même évolution de la population âgée dépendante, la demande formelle d'aide professionnelle à domicile va varier selon les territoires où elle se produira. Les écarts entre territoires sont suffisamment conséquents pour mériter non seulement d'être analysés mais aussi d'être pris en compte par les pouvoirs publics dans le pilotage de l'offre (ex. orientation des crédits et choix d'implantation de tels ou tels types d'établissements/services).

Cela est d'autant plus vrai, qu'un examen longitudinal des dynamiques territoriales montre que les différences culturelles n'évoluent pas toutes de la même façon au cours du temps (voir tableau ci-dessous). Ainsi, alors que le souhait d'envisager un accueil en institution spécialisée pour un proche dépendant est globalement stable sur la période en moyenne nationale, on constate une nette baisse en méditerranée mais une nette hausse dans le Sud-Ouest, l'Ouest et, plus encore, l'Est. Le souhait de l'accueillir chez soi baisse partout, mais la diminution est nettement plus

marquée dans certains territoires (ex. la région Nord, région parisienne). C'est d'ailleurs dans ces deux régions, avec la zone méditerranéenne, que la progression de personnes se déclarant prêtes à faire en sorte de pouvoir s'occuper de son parent au domicile de ce dernier progresse le plus fortement.

Tableau 4 : Évolutions entre 2000 et 2022 des réponses par zone régionale à la question « Si l'un de vos parents proches devenait dépendant, que feriez-vous ? », moyenne lissée triennale

		Région parisienne	Bassin Parisien Est	Bassin Parisien Ouest	Nord	Est	Ouest	Sud-Ouest	Centre-Est	Méditerranée	France métropolitaine
2020-2022	Vous le placeriez dans une institution spécialisée	20%	16%	21%	19%	30%	29%	19%	22%	10%	21%
	Vous l'accueilleriez chez vous	22%	23%	18%	15%	20%	15%	24%	19%	28%	21%
	Vous consacreriez une partie de votre revenu à lui payer des aides de manière à ce qu'il reste à son domicile	20%	20%	20%	15%	12%	20%	21%	19%	17%	19%
	Vous feriez en sorte de pouvoir vous en occuper à son domicile	38%	40%	41%	51%	38%	35%	37%	40%	45%	40%
2000-2002	Vous le placeriez dans une institution spécialisée	17%	19%	18%	19%	17%	21%	12%	19%	17%	18%
	Vous l'accueilleriez chez vous	39%	27%	29%	32%	32%	30%	37%	28%	37%	33%
	Vous consacreriez une partie de votre revenu à lui payer des aides de manière à ce qu'il reste à son domicile	26%	24%	22%	16%	16%	24%	21%	24%	23%	23%
	Vous feriez en sorte de pouvoir vous en occuper à son domicile	18%	30%	31%	33%	35%	25%	29%	29%	22%	27%

Source : Baromètre d'opinion de la Drees 2021. Note de lecture : en orange figure les évolutions fortes par rapport à la moyenne nationale. Le découpage géographique retenu ici est celui des Zone d'études et d'aménagement du territoire / ZEAT : la région parisienne : Île-de-France ; le Bassin parisien : Bourgogne, Centre, Champagne-Ardenne, Basse et Haute-Normandie, Picardie ; le Nord : Nord-Pas-de-Calais ; l'Est : Alsace, Franche-Comté, Lorraine ; l'Ouest : Bretagne, Pays de la Loire, Poitou-Charentes ; le Sud-Ouest : Aquitaine, Limousin, Midi-Pyrénées ; le Centre-Est : Auvergne, Rhône-Alpes ; la Méditerranée : Languedoc-Roussillon, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Corse.

Différents groupes de région émergent se distinguant les unes des autres :

- Les régions qui évoluent de manière proche de la moyenne nationale : Bassin parisien et Centre-Est
- Les régions connaissant une baisse plus forte de l'accueil chez soi couplée à une hausse plus forte du souhait d'Ehpad : Est, Ouest, Sud-Ouest
- Les régions connaissant une baisse plus forte de l'accueil chez soi couplée à une hausse plus forte de la volonté de faire en sorte de s'occuper de son parent devenant dépendant chez lui
- La zone méditerranéenne qui suit une dynamique relativement atypique : baisse contenue de l'accueil chez soi, baisse prononcée du souhait d'institutionnalisation⁶⁰², hausse la plus forte du fait de s'occuper de son parent dépendant chez lui (mais plus rarement par une aide financière).

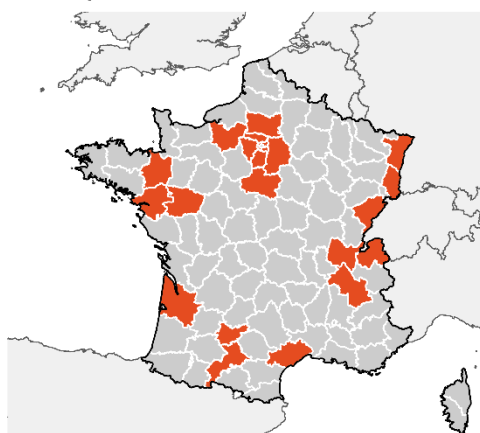
2.3 Présentation de la classification départementale obtenue

Les projections démographiques indiquent qu'à horizon 2040 le nombre de personnes âgées dépendantes aura augmenté de 37 % en moyenne par rapport à 2019 (moyenne nationale France métropolitaine). La part des personnes âgées dépendantes représentera 6 % de la population totale (contre 4,5 % en 2019). Ces valeurs moyennes cachent de fortes disparités entre les territoires comme le montre la classification ci-après. Sur ces deux variables, elle fait apparaître 4 groupes avec des dynamiques bien différentes (cf. cartes ci-dessous).

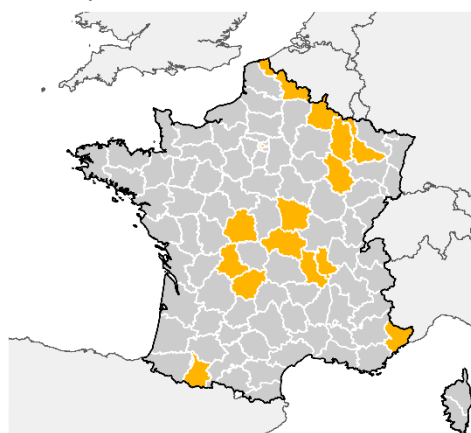
⁶⁰² Phénomène à peut-être mettre en lien avec la nature de l'offre sur place (ex. densité d'Ehpad privé lucratif dans l'offre globale).

Carte 14 : Répartition géographique des groupes obtenus après classification sur les variables démographiques

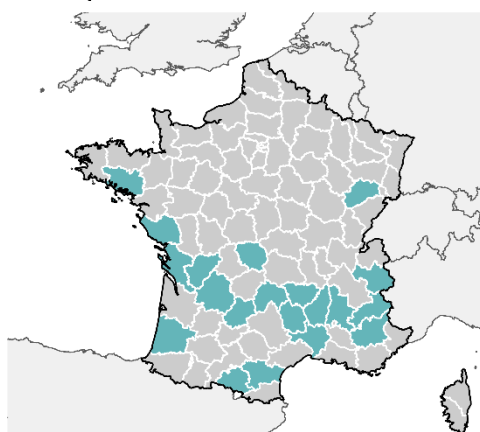
Groupe A



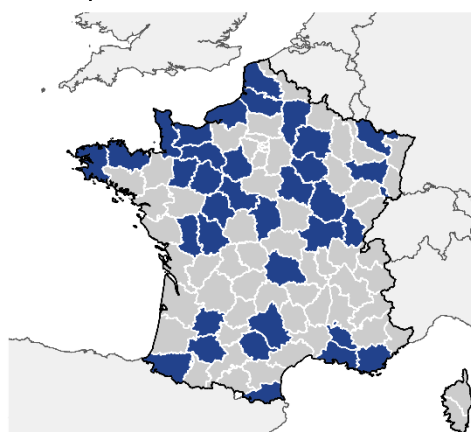
Groupe B



Groupe C



Groupe D



Légende :



Source : Mission, pôle data.

Tableau 5 : Description des groupes

Moyenne	Groupe A	Groupe B	Groupe C	Groupe D	National
Évolution des GIR 1-4 entre 2019 et 2040 (%)	46.0	23.0	42.0	33	37.0
Part des GIR 1-4 (%)	4.3	5.9	7.1	6	5.8

Source : Mission, pôle data.

Le premier constat à effectuer à la lecture de la carte ci-dessus est que le recouplement avec la carte relative aux quatre classes d'offre est limité, ce qui indique une faible homogénéité de situations entre départements dans les années à venir entre structuration de leur offre et dynamique de la population âgée en perte d'autonomie. Les pouvoirs publics vont donc devoir prendre en compte de façon poussée dans le pilotage de cette politique les différences territoriales pour bien répondre à l'évolution locale des besoins.

2.3.1 Groupe A : Croissance très forte des personnes âgées dépendantes et part limitée dans la population

Le groupe A regroupe 23 départements. Ces départements vont subir une très forte augmentation de leur population âgée dépendante (+46 %). Toutefois, il s'agit de départements avec une population élevée (1,1 millions d'habitants en moyenne par département en 2019 pour une moyenne nationale de 538 000 habitants par département), ainsi la part dans la population des personnes âgées dépendantes va rester limitée (4,3 %) et légèrement inférieure à la moyenne nationale (4,5 %).

2.3.2 Groupe B : Croissance modérée des personnes âgées dépendantes et poids intermédiaire dans la population

Ce groupe est composé de 15 départements qui vont connaître une croissance de leur population âgée dépendante modérée (23 % en moyenne). Ce sont des départements qui pour certains connaissent déjà un vieillissement de leur population depuis plusieurs années, voire décennies. Ces départements ont des populations assez hétérogènes ; on retrouve des départements très peuplés comme Paris et le Nord, qui comptent chacun plus de 2 millions d'habitants, ainsi que le Rhône et les Alpes-Maritimes. Mais aussi des départements comme la Meuse et la Haute-Marne avec environ 180 000 habitants. Ainsi, en moyenne, la part des personnes âgées dépendantes dans la population totale va être globalement contenue au sein de ce groupe (5,9 %), mais certains départements moins peuplés vont s'écarter de cette moyenne comme la Corrèze (8 %) et l'Allier (7 %).

2.3.3 Groupe C : Croissance très forte des personnes âgées dépendantes et poids élevé dans la population

Ce groupe est constitué de 20 départements. Il s'agit de départements qui vont connaître une croissance importante de leur population âgée dépendante (+42 %), qui de plus va représenter une part significativement élevée de l'ensemble de la population (7,1 %). Ces départements sont plutôt ruraux et moins peuplés que la moyenne des départements (340 000 habitants en moyenne). Il est vraisemblable que, dans ces départements, parvenir à trouver du personnel pour prendre en charge les personnes âgées dépendantes va représenter un défi plus grand encore qu'ailleurs.

2.3.4 Groupe D : Croissance soutenue des personnes âgées dépendantes et poids intermédiaire dans la population

Le groupe D compte 36 départements. Il se distingue du groupe B par sa plus forte évolution du nombre de personnes âgées dépendantes dans les prochaines années (+33 % en moyenne vs +23 %). En 2040, la part de personnes dépendantes (6 %) sera comparable à la moyenne nationale. Ce sont des départements qui commencent à vieillir fortement. La population moyenne par département sur ce groupe est comparable à la moyenne nationale (580 000 habitants), mais on observe dans le groupe de fortes disparités interdépartementales, certains départements étant

très peuplés (Bouches du Rhône, Pas-de-Calais, Var, Moselle) et d'autres très peu comme le Gers, le Jura, l'Aveyron.

2.4 La situation particulière de la Corse et de l'Outre-mer : hausse très importante du nombre de personnes âgées dépendantes mais hétérogénéité forte entre départements, notamment ultramarins

Du point de vue de la demande, la Corse va avoir des taux de croissance de sa population âgée en perte d'autonomie proche des taux les plus élevés des départements de l'hexagone : 49 % en Corse du sud et 53 % en Haute Corse à horizon 2040 (seuls 9 départements de l'hexagone sont au-delà de 49 % et seuls 5 au-delà de 53 %). Concernant la proportion de personnes âgées en perte d'autonomie à horizon 2040, la Corse sera proche de la moyenne nationale, quoique légèrement au-dessus.

L'Outre-mer va, elle, connaître une situation relativement extrême : tandis que la médiane des départements de France métropolitaine se situe à +35 % de personnes âgées dépendantes à horizon 2040, conduisant à une proportion de personnes classées en GIR 1 à 4 de 6 % dans la population générale, le mouvement est très différent en Outre-mer et hétérogène selon les territoires d'Outre-mer (voir tableau ci-dessous).

On observe ainsi que la Guyane va connaître des hausses qu'aucun territoire métropolitain ne va connaître avec une multiplication par plus de 2,5 de leur population âgée dépendante (+166 % d'ici 2040 par rapport à 2020, passage d'un peu plus de 3000 personnes âgées classées en GIR 1 à 4 à plus de 8 500 en 2040) soit une hausse plus de quatre fois plus rapide qu'en métropole. Pour autant, partant d'une population très jeune, la part des personnes âgées dépendantes dans la population guyanaise ne représentera malgré tout que 3 % en 2040, soit deux fois moins qu'en métropole.

La Martinique et la Guadeloupe ne vont en revanche pas du tout être dans la même situation vu qu'elles vont avoir des taux de croissance aussi élevés que les plus forts des départements métropolitains (ex. Haute-Savoie : +63 %) mais en atteignant in fine une part de personnes âgées dépendantes dans la population supérieure à celle de la Creuse (10 % en Guadeloupe, 9,8 % en Martinique, versus 9,6 % dans la Creuse).

Les transformations auxquelles ces départements vont faire face sont donc bien plus radicales qu'en métropole. La Réunion se situe dans une situation intermédiaire (croissance un peu plus rapide mais part des personnes âgées dépendantes dans la population moindre que Martinique et Guadeloupe).

Les données ne sont pas disponibles à ce jour pour le département de Mayotte.

Tableau 6 : Population âgée dépendante dans les départements d’Outre-mer et en France métropolitaine en 2040

	Evolution de la population âgée dépendante entre 2020 et 2040	Part des personnes âgées dépendantes dans la population en 2040
Corse du sud	49 %	6 %
Haute Corse	53 %	7 %
Guadeloupe	61 %	10 %
Martinique	56 %	10 %
Guyane	166 %	3 %
La Réunion	71 %	5 %
France métropolitaine (médiane)	35 %	6 %

Source : Données du modèle de la Drees Livia, mise en forme mission. Les données pour Mayotte ne sont pas disponibles.

Ces données sont, qui plus est, à mettre en regard de l’état de santé plus dégradé des personnes en Outre-mer. En effet, les personnes de plus de 60 ans vivant en Outre-mer se déclarent en bien moins bonne santé que celles vivant en métropole : ainsi, en Martinique, près de 41 % des personnes de plus de 60 ans s’estiment en bonne ou très bonne santé quand la médiane métropolitaine se situe à presque 55 %. A l’inverse, 12,3 % des métropolitains de plus de 60 ans s’estiment en mauvais ou très mauvais état de santé quand la proportion atteint 20,8 % en Guadeloupe. Ce constat peut donc induire une demande de soins et d’aide à domicile plus importante en Outre-mer.

Tableau 7 : Etat de santé autodéclaré des personnes de plus de 60 ans en Outre-mer et France métropolitaine

%	Très bon	Bon	Assez bon	Mauvais ou très mauvais
Guadeloupe	8,1	35,1	36	20,8
Martinique	9,6	31,3	39,1	20,1
Guyane	15,5	34,9	33,8	15,7
La Réunion	11,1	36	37	15,9
Mayotte	11,1	25	38	25,9
Médiane métropolitaine	14,7	39,8	32,7	12,25

Source : DREES, Enquête VQS 2021

3 Croisement des classifications sur l'offre et sur la demande : des réalités territoriales diverses qui appellent des traitements locaux différenciés

Les deux premières parties de l'exposé ont permis de classer les départements d'une part selon l'offre de prise en charge des personnes âgées dépendantes dont ils disposent, et d'autre part selon la demande future et sa dynamique d'installation. Croiser ces deux informations permet d'avoir une vision globale des possibles situations, afin d'apporter les solutions les plus réalistes selon chaque contexte.

3.1 Une tension probablement variable selon les caractéristiques croisées de l'offre et de la demande

Le croisement des deux classifications fait apparaître des contextes locaux qui, d'un point de vue analytique, peuvent apparaître plus tendus que d'autres (voir tableau ci-dessous). Ainsi, avoir une offre d'ores et déjà fragile sur un ou plusieurs segments (ex. domicile, Ehpad) et prévoir des croissances très fortes de la population âgée dépendante couplées à un poids élevé des personnes âgées en perte d'autonomie dans la population (ex. Vendée, Savoie) laisse entrevoir des tensions très fortes. Inversement, anticiper une croissance plus modérée de la population âgée dépendante couplée à un poids plus faible des personnes âgées en perte d'autonomie dans la population dans un contexte où l'offre d'accompagnement paraît plus robuste qu'ailleurs permet d'entrevoir des tensions moindres (ex. Haute-Vienne, Corrèze).

Ces regroupements constituent des indications en partie théoriques. Ils doivent être complétés, pour une analyse fine de chaque territoire, d'un examen détaillé département par département des données propres à chacun. Ils permettent néanmoins de distinguer à grands traits des territoires qui vont connaître des problématiques relativement hétérogènes et aident ainsi à mesurer à quel point l'histoire de l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie pourrait s'écrire en partie différemment d'un territoire à l'autre dans les années à venir⁶⁰³.

⁶⁰³ On constate ainsi dans le tableau ci-dessous que le département du Nord est rangé dans le groupe 3 (Croissance modérée des personnes âgées dépendantes et poids intermédiaire dans la population), alors qu'il va connaître une croissance de sa population âgée en perte d'autonomie de plus de 30 % d'ici 2040, ce qui n'est pas très éloigné de la moyenne nationale. Son affectation par l'ACP dans ce groupe provient en partie du fait que le département a aussi une population jeune (part des personnes en GIR 1 à 4 dans la population en 2040 de 4,8 % quand la moyenne nationale est de 5,8 %). Etant donné le caractère relativement étoffé de son offre (taux d'équipement en Ehpad proche de la moyenne nationale, offre en résidences nettement plus élevée, densité de professionnels de santé médicaux et infirmiers plus forte, offre en SAAD plus importante), il se range du coup dans une des catégories de départements apparaissant comme les moins à risque (B3). On peut néanmoins s'interroger sur l'impact que pourrait avoir pour la population du département le fait que le niveau de vie médian de la population y soit nettement plus faible qu'ailleurs (parmi la quinzaine des départements les plus bas de France), laissant peu de capacités financières aux personnes pour recourir, si besoin, à de l'emploi direct ou à des heures de SAAD au-delà du plan APA notifié, faire des aménagements de leur logement ou acquérir des aides techniques dont elles auraient besoin pour se maintenir à domicile.

3.2 Un fort éclatement même si plusieurs groupes se dégagent

Le croisement des deux classifications donne la répartition par sous-groupes suivante : la matrice croisant les quatre classes d'offre avec les quatre groupes de demande fait apparaître que l'ensemble des seize catégories possibles de recoupement existerait en France. Cela confirme la grande diversité des réalités locales.

Tableau 8 : Départements par catégorie (classe d'offre /groupe de demande)

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

Source : Pôle data Igas. France métropolitaine, excepté la Corse. Le profil de demande de la Corse paraît néanmoins proche des groupes C ou D et le profil de son offre proche des classes 2 ou 4.

On constate néanmoins que les situations territoriales ne sont pas équitablement réparties. Certaines configurations sont plus fréquentes que d'autres : les sous-groupes A1, D2, D1 représentent chacun plus de 10 départements, quand d'autres (A2, C1, B3, B1) sont constitués par un, deux ou trois départements. En termes de population âgée dépendante en 2040, la vision apparaît plus concentrée encore (voir tableau ci-dessous) : quatre catégories regroupent près de la moitié de la population âgée dépendante (A1, A3, D3 et D1) ; huit catégories réunissent 75 % de la population âgée dépendante (A1, A3, D3, D1, A4, D2, D4 et B3).

Tableau 9 : Estimation du nombre de personnes âgées dépendantes par catégorie (classe/groupe) à horizon 2040

Classe/Groupe	A	B	C	D	Total classe
1	525523	39011	75455	357091	997080
2	17053	129311	161817	288913	597094
3	326486	215930	223583	376924	1142923
4	285520	181691	57038	244816	769065
Total groupe	1353619	389024	369765	1247911	3 506 162

Source : Pôle data Igas. France métropolitaine, excepté la Corse.

Le tableau ci-dessus permet de quantifier par catégorie le nombre de personnes âgées dépendantes (est dénommée ici « catégorie » le croisement d'une classe d'offre et d'un groupe de demande). Certaines catégories, même si elles ne concernent qu'un faible nombre de départements, auront à prendre en charge un nombre très important de personnes âgées dépendantes (ex. B3 : 3 départements réunissant 216 000 personnes âgées dépendantes en 2040).

3.3 Le groupe A : des départements aux difficultés souvent intenses, quoique variables

3.3.1 Les catégories A1 et A4 : des tensions probablement très fortes pouvant conduire à des transformations de résidences en Ehpad, à une forte hausse de l'emploi direct à domicile et à des établissements de santé fragilisés

La catégorie A1 regroupe 15 % de la population âgée dépendante projetée en 2040. Elle s'étend sur le bassin de vie francilien élargi, sans Paris et la Seine -Saint Denis, avec cinq autres départements (Eure, Maine-et-Loire, Loiret, Haute-Savoie et Ain). Ce groupe a le niveau de vie médian le plus élevé, mais qui cache des disparités importantes (21 400 € dans l'Eure et 30 040 € dans les Hauts de Seine) ; l'offre des services d'aide à domicile y est faible, mais la part de la population âgée dépendante y sera moindre qu'ailleurs. La catégorie A4 s'apparente à la catégorie A1 dans un contexte plus défavorable, c'est-à-dire avec une offre en Ehpad comme en résidences plus faible et un revenu médian moins élevé (22 018 €).

Les populations de ces départements seront en conséquence certainement plus en capacité de recourir à de l'emploi direct à domicile (cf. population active plus nombreuse en poids relatif, population âgée plus aisée, quoique ce n'est pas vrai partout, ex. Seine-Saint-Denis), ce qui posera des questions concernant l'encadrement et la qualité de ce mode de prise en charge. La faiblesse du volume de places d'Ehpad ainsi que la pénurie de professionnels de santé en ville (médecins comme infirmières) pourrait avoir un double effet : risque de transformation des résidences (ici plus nombreuses qu'ailleurs) en Ehpad de fait (en termes de public accueilli) et forte sollicitation probable des services d'urgence hospitaliers par défaut d'offre ambulatoire suffisante.

3.3.2 Les catégories A2 et A3 : des tensions posant la question de la capacité des acteurs du domicile à faire face, notamment pour l'accompagnement de personnes en situation de dépendance importante

Un seul département est dans la catégorie A2 (Tarn et Garonne). Ce département va connaître une évolution importante du nombre de personnes âgées en perte d'autonomie (+45 % d'ici 2040) qui représenteront une part de la population (5,6 %) proche de la médiane des départements. L'équipement en structures (EHPAD, RA) est relativement faible mais l'offre à domicile tant sur le plan sanitaire que médico-social est plus solide. Le défi pour ce département sera de maintenir cette offre, de la mettre en capacité d'évoluer vers une plus large prise en charge des personnes âgées classées en GIR 1 et 2 (visite à domicile, fréquence des interventions, coordination de professionnels) et de la laisser accessible dans un contexte où la population âgée est moins aisée qu'ailleurs (revenu médian des PA 19 606 €) et donc sans doute moins en capacité de recourir à de l'emploi direct.

La catégorie A3 regroupe 9 % de la population âgée dépendante projetée en 2040. Il s'agit de départements qui sont globalement mieux équipés aujourd'hui du côté du domicile. La catégorie A3 va connaître une croissance plus nette de sa population âgée dépendante que les autres catégories du groupe A mais la population âgée dépendante représentera une part relativement faible (4,5 %) de la population totale. Le revenu médian y est assez élevé (21 887 €) laissant plus de capacité à recourir à de l'emploi direct.

3.4 Groupe B : des départements aux difficultés en apparence moindres demain

3.4.1 Les catégories B1 et B2 : des départements moins bien armés du côté du domicile

Il s'agit de départements plutôt ruraux avec des revenus médians homogènes et modérément élevés (19 860 € et 20 000 €) et une offre en EHPAD étoffée. L'enjeu va consister à avoir de la main d'œuvre dans le secteur médico-social quand la part des personnes âgées en perte d'autonomie va s'accroître encore davantage dans les prochaines années et la part des seniors projetée en 2040 dans ces départements atteindre 38 %.

3.4.2 Les catégories B3 et B4 : des départements mieux armés sur le domicile

Les catégories B3 et B4 sont des catégories avec une offre à domicile, tant sanitaire que dans les services d'aides à domicile, plutôt étoffée. Les ressources des habitants sont dans certains départements relativement élevées (Rhône, Paris et les Alpes-Maritimes). Il demeure toutefois que le nombre de personnes âgées à prendre en charge va être important (11 % des personnes âgées dépendantes en 2040).

3.5 Groupe C : des départements principalement ruraux en situation potentiellement critique demain faute de main d'œuvre dans leurs territoires

3.5.1 La catégorie C1 : des acteurs du domicile peu nombreux, un équipement en Ehpad élevé

Cette catégorie est composée de deux départements (Charente et Vendée). Ces deux départements ont un certain nombre de points communs : offre sanitaire à domicile en Ehpad plus étoffée qu'ailleurs, part élevée des personnes âgées en perte d'autonomie dans la population en 2040. La Vendée sera dans une situation néanmoins plus délicate car la croissance de la population âgée dépendante va y être beaucoup plus forte (+58 % d'ici 2040 contre +35 % en Charente) et la Vendée est peu dotée en SAAD contrairement à la Charente (rapport de 1 à 2 sur l'APL SAAD). Il est donc vraisemblable que le monde domiciliaire va être beaucoup plus mis en difficultés en Vendée, ce qui devrait, en rétroaction, impacter les Ehpad et le profil des publics qu'ils accueillent. Cet exemple illustre l'importance de conduire l'analyse à un niveau plus fin que les catégories présentées ici car, au sein d'une même catégorie, une certaine hétérogénéité relativement forte peut exister.

3.5.2 Les catégories C2 et C4 : des départements ruraux où la part des personnes âgées en perte d'autonomie va être un défi délicat à affronter

Le principal défi de ces deux catégories repose sur la proportion des personnes âgées dépendantes dans la population globale (plus de 7,5 % en moyenne). L'offre en EHPAD et à domicile qui sont leurs atouts aujourd'hui (notamment le groupe C2) pourrait être menacée par un manque de main d'œuvre dans le secteur. Il s'agit de départements ruraux où, en volume, le nombre de personnes âgées dépendantes, est peu élevé mais où il est conséquent au regard de la population globale (plus de 40 % en 2040).

3.5.3 La catégorie C3 : des volumes importants à prendre en charge

La catégorie C3 contient quelques départements plus peuplés, où le nombre de seniors en 2040 va croître très rapidement. En revanche, la part des personnes âgées en perte d'autonomie dans la population globale, même si elle reste élevée (6,2 %), est un peu moins grande que dans les deux autres catégories du groupe C. Le niveau de ressources y est également légèrement plus élevé que dans les autres catégories du groupe C (21 065 €). Développer l'offre à domicile est une option compatible avec la situation observée, même si le manque de main d'œuvre risque d'être une épreuve à surmonter.

3.6 Groupe D : une situation intermédiaire hétérogène

3.6.1 Les catégories D1, D2 : des départements mieux équipés en structures d'accueil avec un possible manque de main d'œuvre

Ces catégories sont constituées de départements de taille plutôt moyenne où la part des personnes âgées en perte d'autonomie dans la population en 2040 sera proche de la moyenne (5,9 % et 6,3 % respectivement) et la croissance d'ici 2040 relativement contenue. Les équipements en Ehpad comme en résidences (groupe D1) y sont plutôt élevés.

3.6.2 La catégories D3 et D4 : des départements peuplés en transition démographique

Les départements de la catégorie D3 disposent aujourd'hui d'une offre sanitaire libérale plus robuste en moyenne et une offre en résidences services importante ; ces territoires doivent se préparer à une prise en charge d'un grand nombre de personnes âgées en perte d'autonomie, où les revenus médians ne sont pas particulièrement élevés (21 000 €). Il est donc vraisemblable que pour les territoires de la zone méditerranéenne l'accroissement du nombre de personnes âgées en perte d'autonomie va fortement peser sur les proches-aidants (cf. sous-partie ci-dessus relative aux différences culturelles entre territoires).

Quant à la catégorie D4, elle est constituée de 4 départements et comptera en 2040 plus de 240 000 personnes âgées dépendantes. L'offre dont dispose ces départements est plus centrée sur le domicile (quoique la Moselle soit très fragile sur le volet SAAD), leur taux de résidences autonomie figure parmi les plus élevés des catégories présentées (Marne et Seine-Maritime). Ils ont comme point commun d'avoir un équipement en Ehpad moindre que la médiane des départements français, ce qui les met peu en capacité de jouer sur les publics accueillis en Ehpad pour amortir la hausse des personnes dépendantes fortement requérantes en personnel.

3.7 La situation particulière de l'Outre-mer : une situation extrême appelant un traitement spécifique

Comme indiqué précédemment, l'Outre-mer, va connaître des hausses très fortes de personnes âgées dépendantes, et même considérables pour ce qui concerne la Guyane. Or, dans le même temps, ces départements sont notoirement moins équipés en établissements pour personnes âgées que ceux de métropole. Cet effet que l'on pourrait qualifier de « cisaille » nécessite un traitement ad hoc de la part des pouvoirs publics. Non seulement les collectivités locales ultramarines ne vont pas pouvoir faire face avec leurs seuls moyens aux besoins de la population, mais les attentes de cette dernière doivent être précisées dans la mesure où il n'est pas certain que les méthodes appliquées en métropole y soient complètement duplicables (ex. différences des modèles familiaux et du marché de l'emploi, comme l'illustrent l'absence de tension sur les métiers d'aide à domicile et d'aide-soignante dans certains DOM – voir l'annexe relative aux SAAD – et l'importance du recours aux aides de l'entourage et du voisinage – tierce personne – voir ci-dessus). En effet, la proportion de personnes âgées dépendantes va devenir si forte en Guadeloupe et Martinique (une personne sur dix en 2040) que l'on peut se demander si le modèle dominant actuel de prise en charge à domicile va pouvoir se maintenir durablement avec

suffisamment de personnels qualifiés disponibles. Il est vraisemblable que des mutualisations et économies d'échelle permises par l'offre intégrée d'établissements mériteraient d'être recherchée mais il faudrait s'assurer au préalable, par des travaux sociologiques d'analyses des pratiques et attentes, qu'une telle offre répondra bien à une demande.

Un plan de rattrapage de l'offre aux personnes âgées dans les régions ultramarines (et la Corse) a été lancé en 2022⁶⁰⁴, doté de 75 millions d'euros couplant rénovations d'Ehpad et création de places nouvelles. Ce plan vise à créer un peu plus de 2000 places dans les DOM (voir tableau ci-dessous). L'effort réalisé est conséquent (hausse de +45 % des places d'Ehpad)⁶⁰⁵ mais reste très en deçà des évolutions que vont connaître ces départements en termes de croissance de leur population âgée dépendante (environ deux tiers de la croissance populationnelle). S'opérerait donc une hausse importante de la part de personnes à domicile, sans qu'il soit apporté dans le même temps un soutien renforcé des acteurs du domicile qui pourraient connaître des difficultés de recrutement sans doute croissantes du fait de l'accroissement des besoins et tandis que, comme en Guadeloupe et en Martinique, la part de la population âgée dépendante dans l'ensemble de la population sera plus élevée que partout ailleurs en France métropolitaine.

Tableau 10 : Répartition prévisionnelle de 2022 des crédits d'aide à l'investissement en rénovation et création de places d'Ehpad dans les régions ultramarines et en Corse

Région	Nb places EHPAD HAS	Nb théorique de places EHPAD à rénover	Part régionale dans les dotations soins	Nb théorique de places à créer : 2 400 x part régionale
	(A)	(B) = (A) / 3	(C)	(D) = 2 400 x (C)
Corse	1 850	617	14%	339
Guadeloupe	1 301	434	21%	504
Martinique	1 613	538	17%	405
Guyane	199	66	6%	153
La Réunion	1 449	483	35%	846
Mayotte	0	-	6%	153
		2 137		2 400

Source : Annexe à la circulaire CNSA-ministère de l'autonomie du 28 mars 2022 relative au plan de rattrapage de l'offre personnes âgées dans les régions insulaires et ultramarines.

Il est donc vraisemblable qu'il faille poursuivre l'effort de création de places d'Ehpad, d'engager une diversification des formes d'hébergement des personnes âgées dépendantes (résidences, habitats inclusifs, accueillants familiaux) et de mener une action résolue de formation pour doter le secteur, y compris à domicile, de suffisamment de personnels. Il faudra aussi s'assurer que les établissements à créer le soient dans une logique domiciliaire (cf. transformation domiciliaire des Ehpad).

⁶⁰⁴ CIRCULAIRE N° CABINET/CNSA/DESMS/2022/115 du 28 mars 2022 relative au plan de rattrapage de l'offre personnes âgées dans les régions insulaires et ultramarines.

⁶⁰⁵ Se pose d'ailleurs un enjeu de consommation des crédits budgétés pour ces territoires dont il faudrait rechercher les causes potentiellement multiples (manque d'opérateurs locaux, difficulté à se projeter sur des hausses si importantes de la population âgée en perte d'autonomie, modèles familiaux et culturels spécifiques...).

4 Enseignement général : des hétérogénéités locales majeures

4.1 Des territoires en difficultés probablement plus grandes que d'autres

Il ressort donc de cette analyse une grande hétérogénéité des situations locales tant au regard des configurations démographiques que de la situation de l'offre à domicile et en institution, sanitaire et médico-sociale pour y faire face. Les classes, groupes et catégories précédemment décrits illustrent de manière globale les principaux cas de figure qui vont se présenter demain dans un contexte de population vieillissante conjugué à une tension sur l'offre de soins et d'aide à domicile et des niveaux de vie hétérogènes. Le principal intérêt de l'analyse statistique détaillée ci-dessous est d'objectiver l'hétérogénéité locale et donc la nécessité de fortement associer les acteurs locaux, sans doute jusqu'à des niveaux communaux et intercommunaux, au diagnostic des besoins et au pilotage de l'offre, aucun modèle prédéterminé nationalement ne pouvant être plaqué sur l'ensemble des territoires.

Les Hautes-Pyrénées et l'Ardèche sont rangées ici dans la même classe du point de vue de leur offre (classe 2 : équipement en Ehpad plus favorable mais moindre du côté des médecins). Pour autant, leur différence de croissance de la population âgée dépendante va être telle que ces deux départements vont être confrontés à un phénomène qui n'aura pas la même nature : croissance du simple à plus du double (18,4 % d'ici 2040 versus 49 %). Alors que les deux départements vont avoir un enjeu fort pour conserver un personnel suffisant et qualifié dans leurs Ehpad et services à domicile, l'Ardèche va sans doute faire face à une croissance marquée des emplois directs à domicile (niveau de ressources médian plus élevé).

S'il est vraisemblable que la croissance de la population âgée dépendante va constituer partout en France un défi important à relever en termes de prise en charge, la mission considère que ce défi va être notablement plus difficile à relever dans certains territoires.

4.2 Des territoires qui vont rencontrer des difficultés de nature variable

Certains territoires vont connaître des dynamiques d'une tout autre nature : ainsi, la Creuse va connaître une croissance beaucoup plus lente quoique réelle de sa population âgée dépendante (+23 % d'ici 2040) mais va atteindre un niveau très élevé de personnes âgées en perte d'autonomie au sein de sa population (une personne sur dix). Cela va donc poser, dans certains territoires, des questions délicates de main d'œuvre avec d'un côté de forts besoins d'accompagnement et de l'autre une population active peu nombreuse, voire en baisse forte. Même si l'offre actuelle paraît robuste, elle pourrait être largement fragilisée par le manque de personnels. Ainsi, la Creuse a un taux d'EHPAD bien supérieur à la médiane métropolitaine, une APL SAAD plus de deux fois plus grande et une offre de soins infirmiers de proximité plus importante qu'ailleurs. Pour autant, pour maintenir à niveau cette offre, la Creuse va devoir être en capacité de renouveler les effectifs qui partiront bientôt en retraite, ce qui ne sera pas nécessairement aisé (fonction de l'attractivité demain du territoire).

L'Oise et l'Ille-et-Vilaine vont certes connaître une croissance similaire de leur population âgée dépendante (+48-49 % d'ici 2040), les conduisant à une proportion proche de personnes âgées dépendantes dans leur population (environ 4 %). Mais, tandis que la seconde pourra s'appuyer sur une offre à domicile dense et sur un niveau d'équipement assez important en Ehpad (par exemple

pour adapter la nature des publics qui y sont accueillis), l'Oise est à l'inverse fragile sur les deux aspects. Dans un autre ordre d'idée, l'Aude et la Haute-Garonne ont quelques similarités (croissance de la population âgée dépendante proche, équipement en Ehpad assez proches) mais présentent une différence fondamentale : la Haute-Garonne dispose d'une capacité de maintien à domicile bien plus forte, avec une offre en SAAD pratiquement deux fois plus dense, plus de médecins de proximité, un niveau de vie médian de la population âgée 16 % plus élevé et une part bien moindre (25 % vs 40 %) des personnes âgées dépendantes dans la population en 2040. Des départements en apparence proche, notamment au regard des évolutions démographiques à l'œuvre, pourraient donc connaître des difficultés de nature très variable.

Cela justifie de territorialiser finement les stratégies d'hébergement et d'accompagnement de la population âgée en perte d'autonomie.

4.3 Une perception des réalités par les acteurs locaux parfois différentes des analyses par indicateurs

Afin de bénéficier d'un retour plus qualitatif de la part des acteurs locaux, la mission a adressé ses résultats à un certain nombre de départements. Plusieurs d'entre eux, Drôme, Haute-Vienne, Savoie, Loire-Atlantique, Seine-et-Marne notamment, ont fait un retour détaillé de leurs analyses, permettant de montrer que l'approche par indicateurs comparés ne donne pas toujours à voir la réalité telle qu'elle est perçue par les acteurs locaux.

4.3.1 Les sept indicateurs d'offre de la classification ne captent pas toute la complexité des situations locales⁶⁰⁶

Ainsi, la Haute-Vienne a un taux d'équipement en Ehpad qui la positionne pratiquement au niveau de la médiane départementale française (33 vs 37 – cf. ci-dessous). Pour autant, le département se perçoit comme mal doté considérant qu'il a « *le taux le plus faible de la région Nouvelle-Aquitaine* ». Cette comparaison non à la moyenne nationale mais à la moyenne régionale est instructive (nombreux sont les départements à raisonner aussi de la sorte) car il existe des différences culturelles régionales dans le recours aux Ehpad (cf. analyse ci-dessus), ce que ne prend pas en compte l'approche comparée nationale.

Certains indicateurs (ex. APL) ne sont, qui plus est, souvent pas les indicateurs que les départements ont l'habitude de suivre, ce qui peut brouiller la perception de la réalité, sachant en plus qu'ils ne sont pas en capacités de reconstruire par eux-mêmes les indicateurs APL et donc de suivre leur évolution d'une année sur l'autre (contrairement à un taux d'équipement). Un tel constat rappelle l'importance d'un dialogue partagé et consensuel sur les outils de mesure de la réalité utilisés pour fixer la stratégie des opérateurs publics et la nécessité pour les acteurs locaux de bien maîtriser les indicateurs qui les concernent.

Le conseil départemental de la Seine-et-Marne souligne par ailleurs l'importance de capter les dynamiques à l'œuvre dans la répartition des bénéficiaires de l'APA entre domicile et

⁶⁰⁶ Les données transmises aux départements concernés portaient sur une production intermédiaire de la mission qui s'appuyait sur les APL Ehpad et APL RA alors qu'il a finalement été décidé de retenir des taux d'équipements pour les raisons évoqués au début de la présente annexe.

établissement, au-delà de l'approche prospective globale retenue ici sur la population âgée dépendante dans son ensemble : « *la part des GIR 1-2 bénéficiant de l'APA à domicile est en augmentation : ils sont 2 335 en 2021, soit 20 % des bénéficiaires. Ce chiffre a évolué de +25 % entre 2015 et 2021* », le conseil départemental s'interrogeant du même coup « *sur la capacité des intervenants à prendre en charge la complexité des situations à domicile, à inscrire leurs interventions en coordination avec les partenaires de l'offre à domicile et à construire des parcours en lien avec l'offre séquentielle et les établissements* ». Il complète cette analyse par la nécessaire prise en compte du caractère lucratif ou non des Ehpad, ce qui impacte l'offre réellement disponible pour les usagers du territoire (forte migration parisienne vers le 77 pour les entrées en Ehpad) : « *64 EHPAD sur les 115 sont à but lucratif et ont un taux d'occupation en baisse du fait du reste à charge important pour les seniors* ».

4.3.2 Les indicateurs départementaux ne traduisent pas les hétérogénéités infra-départementales

Ces échanges qualitatifs avec les départements ont confirmé la nécessité de mener des analyses sur l'offre à une maille infra-départementale. En effet, ils sont plusieurs à avoir pointé à la mission l'enjeu qui est le leur de rééquilibrage de l'offre entre bassins de vie. Ainsi, la Haute-Vienne note que « *les taux d'équipement analysés à l'échelle infra-départementale dénotent une inégale répartition des places en fonction des besoins de la population âgée. Un rééquilibrage au niveau départemental mais également régional est nécessaire afin de développer cette offre territoriale* ».

Les populations n'auront pas les mêmes capacités financières à faire face à l'augmentation des besoins d'accompagnement selon les territoires d'appartenance : ainsi, la Seine-et-Marne souligne que « *le taux de pauvreté des 75 ans et plus est globalement faible (11,6 %) avec des disparités infra territoriales marquées : les communes de Provins et de Melun ont les taux de pauvreté les plus élevés (25 %) tandis que les communes de Fontainebleau et Lagny sur Marne connaissent les taux de pauvreté les plus faibles (12 %)* ». Elle ajoute que « *En Seine-et-Marne, comme sur les autres départements d'Ile-de-France, le taux de couverture médicale et le taux d'accès à l'offre de service est plus faible qu'au niveau national et est très disparate au sein du territoire (...). Si le Sud du Département est mieux doté en infirmiers libéraux, l'Ouest a davantage accès aux médecins généralistes. (...) L'offre en EHPAD bien qu'importante est inégalement répartie, le Sud – Sud Est du territoire est doté d'une offre plus forte au regard de la population âgée* ». Ce type de constat conduit aussi le département à envisager un rééquilibrage de son offre d'Ehpad « *en faveur du Nord du territoire qui connaît une dynamique forte de vieillissement* ».

Le département de la Loire-Atlantique relève quant à lui que la couverture du territoire en SAAD est garantie mais très hétérogène : il y en a dans toutes les communes, mais certaines n'en ont qu'un tandis que d'autres en ont plus de 20 (communes urbaines). Cela illustre le fait que la question du libre choix des personnes ne se pose pas du tout dans les mêmes termes selon la commune de résidence à l'intérieur d'un département.

4.3.3 Les comparaisons d'indicateurs locaux à la moyenne nationale font l'hypothèse, pourtant invérifiée, que le niveau d'offre actuelle répond de façon satisfaisante aux besoins

Les comparaisons à la moyenne nationale ne prennent pas en compte le fait que cette même moyenne peut s'avérer insuffisante à répondre aux besoins et qu'il ne serait donc pas pertinent de la prendre comme point étalon. Ainsi, alors que la Haute-Vienne dispose d'une APL infirmières de proximité nettement plus élevée que la médiane métropolitaine (voir ci-dessous) et que son taux d'équipement en SSIAD l'est aussi, le conseil départemental considère que « cette offre [en SSIAD] s'avère insuffisante et ne permet pas d'assurer la couverture de tous les besoins conduisant d'ailleurs ainsi à des glissements de tâches vers les services d'aide et d'accompagnement à domicile qui s'avèrent eux en nombre suffisant ». Ce point revient aussi fréquemment lorsqu'il s'agit d'analyser le maillage médical qui est pointé comme notoirement insuffisant aujourd'hui (cf. problématiques des déserts médicaux), invalidant du même coup toute comparaison à la moyenne française (elle-même jugée trop basse pour répondre aux besoins, raison pour laquelle le gouvernement a d'ailleurs mis en place le numerus apertus en vue d'augmenter le nombre des médecins formés dans les prochaines années).

Il peut qui plus est exister des vases communicants entre types d'offre sans qu'un indicateur centré sur une offre donnée ne le prenne en compte : le rapport précité de l'IPP de 2023 note ainsi que « une densité élevée d'infirmières libérales dans le département s'accompagne de dépense moyenne d'APA faible. Les départements les mieux dotées en infirmières libérales peuvent faire reposer une partie de la prise en charge sur le secteur médical et permettre une dépense départementale plus faible », (...) « une densité élevée d'infirmières libérales est associée à une augmentation de la probabilité de sous-consommer son plan d'aide », (...) « lorsque la densité d'infirmières libérales est élevée, le taux de bénéficiaires de l'APA est élevée aussi mais les montants attribués sont plus faibles suggérant que les bénéficiaires de l'APA reçoivent des aides de ces professionnelles financées par l'Assurance maladie ».

4.3.4 L'inquiétude est forte quant à la pérennité de certains segments de l'offre existante

Même si une offre locale est objectivement mieux dotée qu'ailleurs (ex. SAAD en Haute-Vienne), le conseil départemental exprime parfois une forte inquiétude quant au devenir de cette offre du fait du manque d'attractivité perçue du territoire : (Haute-Vienne) « une carence de l'offre sanitaire (...) sera difficilement compensée du fait du manque d'attractivité du territoire et de la perte régulière des moyens sanitaires en particulier des services hospitaliers de l'ex-région Limousin. (...) L'offre [de SAAD] est importante mais il faut tenir compte des difficultés de ce secteur liées aux besoins de formation et de professionnalisation de ces services ainsi qu'aux difficultés de recrutement du fait du manque d'attractivité de ces métiers ».

La Seine-et-Marne souligne quant à elle le fait que le département va entrer dans une phase de repli démographique : « dès 2025, le taux de croissance amorce une décroissance qui se poursuivra jusqu'en 2070 », en plus du vieillissement de sa population. L'inquiétude pour l'avenir est d'autant plus forte que les efforts d'attractivité menés ces dernières années ne semblent pas porter leur fruit, ce qui n'incline pas à l'optimisme pour la suite : « Il est à noter que la présence de professionnels de santé tant médicaux que paramédicaux en Seine-et-Marne est parmi les plus

faibles de France et ne cesse de décroître malgré les efforts engagés par les différentes autorités compétentes ».

S'ajoute à cela les difficultés économiques qui rendent incertain le devenir de l'offre. La Seine-et-Marne alerte ainsi sur l'offre en SAAD : « *le modèle économique pérenne de leur activité [les SAAD] (...) n'est pas suffisamment garanti. En effet, par les effets conjugués des tensions sur l'attractivité des métiers, sur les rémunérations, de l'inflation, le coût économique des interventions est l'objet d'arbitrages de la part des familles qui peuvent chercher, parfois, à limiter le volume horaire afin de contenir leur reste à charge. (...) Malgré les récentes avancées que le Département met en œuvre depuis le 1^{er} juillet dernier, les difficultés des opérateurs autorisés persistent. Les SAAD publics (11 % de la totalité des SAAD) sont en voie d'extinction sur le territoire, les communes annoncent qu'en raison "de fortes contraintes budgétaires qui pèsent sur la commune suite aux diminutions successives des subventions de l'Etat et au récent contexte inflationniste, elles sont contraintes de supprimer leur SAAD progressivement pour des fermetures annoncées en 2024"* ». En Loire-Atlantique, « *les SAAD tarifés ont une activité décroissante ce qui déstabiliserait un modèle économique déjà fragile* », principalement du fait des heures non financées par le CD, ce qui montre l'enjeu de solvabilisation de la demande.

La Haute-Vienne souligne pour sa part que ses Ehpad « *sont globalement tous en difficultés financières du fait des conséquences des crises économiques et énergétiques ainsi que des mesures de revalorisation salariales insuffisamment compensées. Les difficultés de recrutement sont de plus assez régulières avec une augmentation également de l'absentéisme nécessitant de recourir à de l'intérim dont le coût aggrave encore plus la situation financière* ». Il n'est donc pas certain qu'un département mieux doté que d'autres le soit encore en 2030 si une partie de l'offre ferme d'ici là du fait de difficultés économiques, financières ou RH non surmontées. La Loire-Atlantique détaille aussi à la mission l'aggravation rapide des difficultés financières du secteur : « *En 2022, 71 Ehpad sur 179 ont un résultat déficitaire, ils étaient 43 en 2021* », avec 8 qui ont un ratio de trésorerie inférieur à 60 jours, ce qui peut engendrer un risque de rupture de trésorerie.

5 Éléments annexes

5.1 Catégorisation et indicateurs départementaux

Département	Groupe	Classe	Catégorie	taux équipement Ehpa	taux d'équipement RA	Apl Saad	Apl infirmières	Apl médecins	Taux d'équipement des RSS	taux équipement SSIAD SPASAD	Part des seniors (2040)	Part des GIR 1 à 4 (2040)	Evolution GIR 1 à 4 en 2040
Ain	1	A	1 A	38	7.7	1 147	6.6	5.5	127	3	29	4.5	59
Aisne	2	D	2 D	38	3.0	1 029	3.2	9.5	162	3	33	6.3	29
Allier	2	B	2 B	42	3.7	863	4.0	7.2	132	3	38	7.1	21
Alpes-Maritimes	3	B	3 B	34	3.5	1 178	6.1	7.7	236	5	36	5.6	23
Alpes-de-Haute-Provence	3	C	3 C	36	5.3	1 161	5.0	8.8	192	4	40	6.9	43
Ardennes	2	B	2 B	31	4.2	2 178	0.0	7.7	152	4	35	5.7	24
Ardèche	2	C	2 C	54	4.5	481	1.7	5.8	153	3	39	7.6	49
Ariège	2	C	2 C	40	2.2	1 347	0.0	8.5	183	4	40	8.1	35
Aube	2	D	2 D	40	5.4	1 023	1.9	7.5	111	3	32	5.5	31
Aude	2	C	2 C	33	1.8	875	1.8	7.6	198	4	40	6.6	44
Aveyron	2	D	2 D	52	3.7	1 329	0.1	9.2	181	4	41	7.7	27
Bas-Rhin	3	A	3 A	32	3.4	565	2.9	4.6	183	5	30	5.1	44
Bouches-du-Rhône	3	D	3 D	29	5.1	1 161	4.7	6.0	333	5	31	5.4	32
Calvados	1	D	1 D	38	10.9	2 340	8.3	6.0	114	4	34	5.6	38

RAPPORT IGAS N°2023-014R (ANNEXES)

Cantal	2	C	2 C	55	1.2	2 468	2.7	9.3	132	4	44	8.9	27
Charente	1	C	1 C	44	3.9	1 506	3.3	7.6	89	3	39	7.1	35
Charente- Maritime	3	C	3 C	36	4.4	786	9.9	6.7	123	4	41	6.7	49
Cher	1	D	1 D	42	6.8	1 252	3.3	7.7	89	3	39	7.0	27
Corrèze	2	B	2 B	42	5.6	1 875	1.0	10.1	170	3	41	7.8	24

RAPPORT IGAS N°2023-014R (ANNEXES)

Département	Groupe	Classe	Catégorie	taux équipement Ehpa	taux d'équipement RA	Apl Saad	Apl infirmières	Apl médecins	Taux d'équipement des RSS	taux équipement SSIAD SPASAD	Part des seniors (2040)	Part des GIR 1 à 4 (2040)	Evolution GIR 1 à 4 en 2040
Creuse	2	C	2 C	56	1.6	2 570	0.6	13.0	130	3	46	9.6	23
Côte-d'Or	1	D	1 D	42	2.3	1 405	4.8	7.2	92	4	31	5.1	35
Côtes-d'Armor	2	D	2 D	45	3.9	820	4.2	8.7	126	3	39	6.3	34
Deux-Sèvres	1	D	1 D	50	5.9	1 075	5.4	7.6	76	3	36	5.9	36
Dordogne	2	C	2 C	38	6.6	905	2.0	7.7	128	3	44	7.8	34
Doubs	4	A	4 A	25	4.7	1 231	1.6	7.9	120	4	29	4.8	38
Drôme	3	C	3 C	32	4.1	1 151	3.9	5.9	187	4	34	5.8	46
Essonne	1	A	1 A	32	11.1	724	4.2	5.9	97	3	25	3.5	46
Eure	1	A	1 A	31	13.0	1 195	1.6	6.3	87	3	32	4.7	48
Eure-et-Loir	1	D	1 D	36	2.9	727	4.8	5.8	79	3	32	5.1	39
Finistère	3	D	3 D	42	1.6	860	5.2	6.5	193	4	35	5.6	35
Gard	3	C	3 C	28	3.6	1 416	7.2	5.7	244	4	37	6.7	49
Gers	2	D	2 D	41	1.7	1 314	1.1	9.0	126	4	40	7.3	31
Gironde	3	A	3 A	33	10.7	1 185	7.7	6.3	221	5	29	4.5	46
Haut-Rhin	4	A	4 A	33	7.6	764	4.8	6.4	126	4	33	4.9	41
Haute-Garonne	3	A	3 A	32	3.8	1 435	4.4	6.6	186	5	25	3.7	44
Haute-Loire	2	C	2 C	50	0.7	1 627	1.6	7.1	156	3	38	7.4	38
Haute-Marne	1	B	1 B	36	3.5	2 019	1.5	8.3	97	3	37	6.9	21
Haute-Savoie	1	A	1 A	28	3.7	951	6.2	5.4	84	4	28	3.7	63

RAPPORT IGAS N°2023-014R (ANNEXES)

Haute-Saône	4	C	4 C	30	6.2	1 727	0.0	8.3	121	4	37	6.3	39
Haute-Vienne	3	B	3 B	33	4.0	1 876	3.5	10.9	165	4	35	6.2	25
Hautes-Alpes	2	C	2 C	32	1.2	911	2.8	10.9	164	5	41	6.8	54
Hautes-Pyrénées	2	B	2 B	36	2.3	1 272	3.9	8.5	188	4	39	6.8	18

RAPPORT IGAS N°2023-014R (ANNEXES)

Département	Groupe	Classe	Catégorie	taux équipement Ehpa	taux d'équipement RA	Apl Saad	Apl infirmières	Apl médecins	Taux d'équipement des RSS	taux équipement SSIAD SPASAD	Part des seniors (2040)	Part des GIR 1 à 4 (2040)	Evolution GIR 1 à 4 en 2040
Hauts-de-Seine	1	A	1 A	32	9.3	896	7.9	7.4	68	3	25	3.5	39
Hérault	3	A	3 A	30	1.1	1 030	9.0	5.2	251	5	32	5.2	46
Ille-et-Vilaine	3	A	3 A	43	4.2	1 323	7.0	6.5	124	4	28	4.0	49
Indre	1	B	1 B	42	3.3	2 510	3.6	8.9	95	3	41	6.4	16
Indre-et-Loire	1	D	1 D	36	8.3	2 011	8.2	8.0	85	4	32	5.1	37
Isère	4	A	4 A	28	6.5	1 033	3.0	5.7	154	4	29	4.6	45
Jura	2	D	2 D	37	7.4	700	0.6	8.6	97	4	37	6.6	34
Landes	3	C	3 C	33	0.2	1 079	3.4	6.6	152	4	38	6.1	44
Loir-et-Cher	1	D	1 D	44	4.2	588	5.1	7.5	76	3	38	6.0	28
Loire	2	B	2 B	45	7.6	1 197	1.8	6.7	181	4	31	5.8	25
Loire-Atlantique	1	A	1 A	43	3.6	1 373	5.8	6.3	87	4	28	4.2	53
Loiret	1	A	1 A	36	4.7	1 012	3.4	7.1	87	3	31	4.5	37
Lot	4	C	4 C	35	9.6	1 069	0.0	8.5	149	3	45	7.8	35
Lot-et-Garonne	2	D	2 D	37	5.9	1 498	3.2	8.7	161	3	38	6.4	29
Lozère	2	C	2 C	62	2.5	773	0.0	11.6	159	3	38	7.9	39
Maine-et-Loire	1	A	1 A	46	15.5	1 054	6.0	6.6	90	4	30	4.7	43
Manche	1	D	1 D	36	9.8	2 367	2.8	7.9	135	3	40	6.5	33
Marne	4	D	4 D	36	14.9	1 316	4.8	6.7	122	4	29	4.8	34

RAPPORT IGAS N°2023-014R (ANNEXES)

Mayenne	1	D	1 D	50	4.7	1 097	7.1	7.5	83	3	34	6.0	34
Meurthe-et-Moselle	4	B	4 B	34	12.5	855	3.5	7.2	126	4	29	4.8	23
Meuse	2	B	2 B	38	6.8	1 398	0.0	9.9	109	4	36	6.0	23
Morbihan	3	C	3 C	35	5.6	1 647	4.9	5.3	181	4	39	5.5	50
Moselle	4	D	4 D	30	7.9	865	3.5	6.2	194	4	33	5.9	35
Nièvre	1	B	1 B	46	3.3	968	4.4	9.0	99	3	43	7.4	17

RAPPORT IGAS N°2023-014R (ANNEXES)

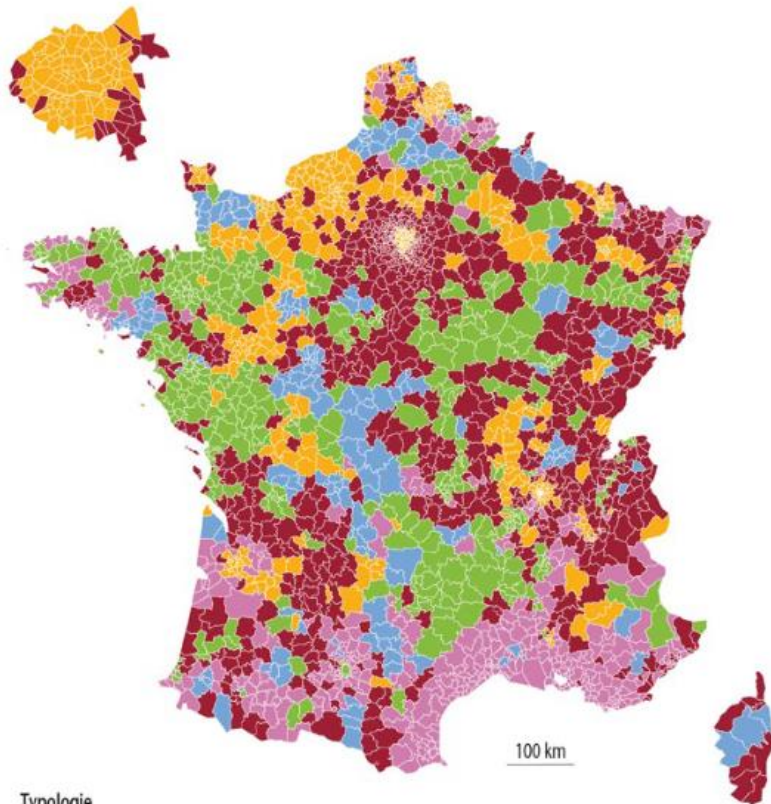
Département	Groupe	Classe	Catégorie	taux équipement Ehpa	taux d'équipement RA	Apl Saad	Apl infirmières	Apl médecins	Taux d'équipement des RSS	taux équipement SSIAD SPASAD	Part des seniors (2040)	Part des GIR 1 à 4 (2040)	Evolution GIR 1 à 4 en 2040
Nord	3	B	3 B	32	8.1	1 287	4.8	9.3	197	5	26	4.8	30
Oise	4	A	4 A	33	13.1	713	1.3	7.2	102	3	29	4.2	48
Orne	1	D	1 D	49	10.7	1 027	2.3	7.8	99	3	39	7.1	26
Paris	4	B	4 B	15	13.5	894	1.8	10.9	93	5	26	3.1	23
Pas-de-Calais	4	D	4 D	28	8.4	1 240	1.4	9.5	213	4	30	6.0	31
Puy-de-Dôme	2	D	2 D	40	4.1	932	2.7	5.8	133	4	30	5.6	33
Pyrénées-Atlantiques	3	D	3 D	35	2.8	1 498	5.5	6.8	178	5	37	5.9	36
Pyrénées-Orientales	3	D	3 D	26	3.4	1 072	9.3	7.9	245	4	38	6.2	39
Rhône	4	B	4 B	32	10.5	1 227	5.3	6.1	154	4	24	3.7	31
Sarthe	1	D	1 D	40	12.4	2 077	4.2	7.3	79	3	34	5.2	35
Savoie	4	C	4 C	32	7.4	717	4.9	6.7	115	4	34	5.8	51
Saône-et-Loire	1	D	1 D	42	11.0	1 136	4.4	7.3	112	3	39	7.2	28
Seine-Maritime	4	D	4 D	32	16.4	1 882	4.0	7.1	131	4	31	5.3	33
Seine-Saint-Denis	4	A	4 A	21	9.7	888	1.7	7.1	102	3	23	3.5	40
Seine-et-Marne	1	A	1 A	34	7.4	604	5.5	6.0	109	3	26	3.9	57
Somme	3	D	3 D	33	2.1	2 275	3.9	9.4	126	5	31	5.3	33
Tarn	2	D	2 D	42	2.2	2 063	1.4	8.6	182	4	36	6.5	30

RAPPORT IGAS N°2023-014R (ANNEXES)

Tarn-et-Garonne	2	A	2 A	36	1.8	1 555	2.7	8.5	200	4	34	5.6	45
Territoire de Belfort	2	D	2 D	34	3.2	1 190	3.1	7.2	131	4	28	4.5	33
Val-d'Oise	1	A	1 A	28	10.3	732	6.0	5.9	96	3	25	3.7	48
Val-de-Marne	4	A	4 A	24	12.0	870	5.6	6.5	90	3	26	4.0	39
Var	3	D	3 D	28	4.9	1 299	4.8	5.3	260	4	38	6.2	35
Vaucluse	3	D	3 D	27	6.4	1 067	5.4	6.6	224	4	35	5.7	40

Département	Groupe	Classe	Catégorie	taux équipement Ehpa	taux d'équipement RA	Apl Saad	Apl infirmières	Apl médecins	Taux d'équipement des RSS	taux équipement SSIAD SPASAD	Part des seniors (2040)	Part des GIR 1 à 4 (2040)	Evolution GIR 1 à 4 en 2040
Vendée	1	C	1 C	46	5.4	840	3.7	6.0	86	3	40	6.5	58
Vienne	1	D	1 D	44	11.2	1 575	2.9	7.2	89	4	31	5.1	36
Vosges	2	D	2 D	46	4.8	392	0.4	7.1	107	4	39	6.5	30
Yonne	2	D	2 D	53	0.3	734	1.4	7.2	104	3	37	6.8	31
Yvelines	1	A	1 A	28	8.2	718	6.5	5.6	67	3	27	3.8	43
Moyenne Nationale				37	6,0	1233	3,8	7,5	140	3,7	34	5,8	36
Médiane Nationale				36	4,8	1149	3,6	7,2	127	3,7	34	5,8	35

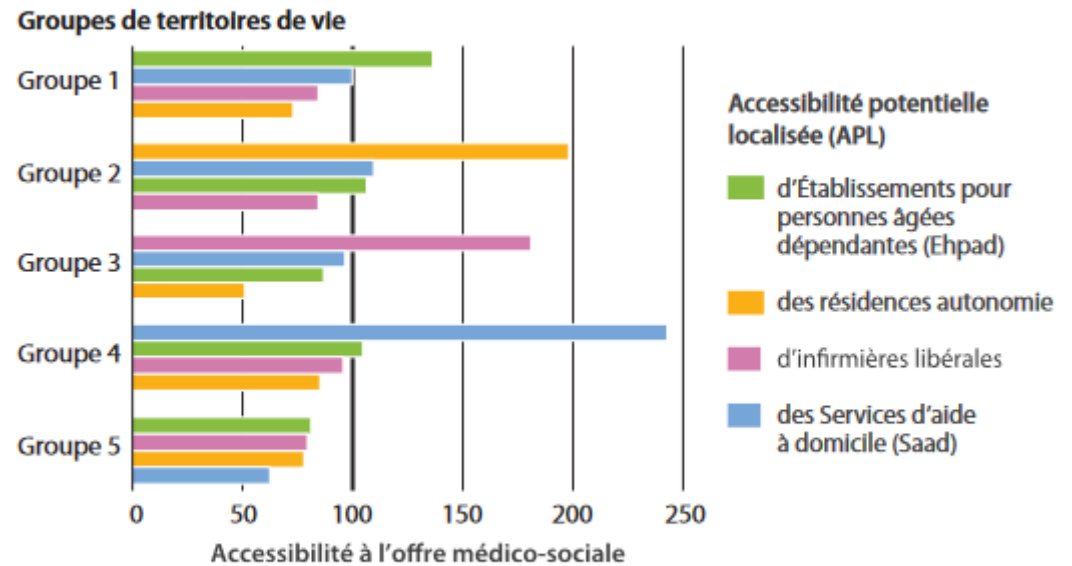
5.2 Typologie sur l'accessibilité à l'offre médico-sociale des territoires de vie de France métropolitaine (Irdes mai 2023, QES n°279)



Typologie

- **Groupe 1.** Offre importante d'Ehpad - 523 territoires
- **Groupe 2.** Offre importante de résidences autonomie - 617 territoires
- **Groupe 3.** Offre importante d'infirmières libérales - 465 territoires
- **Groupe 4.** Offre importante de Services d'aide et d'accompagnement à domicile (Saad) - 210 territoires
- **Groupe 5.** Faible accessibilité à l'ensemble des prestataires - 904 territoires

Accessibilité à l'offre médico-sociale par groupe de territoires de vie (Base 100 par rapport à la moyenne nationale)



Champ : 2 708 territoires de vie en France métropolitaine.

Sources : Données d'Accessibilité potentielle localisée (APL) aux structures médico-sociales et aux infirmières libérales de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees).

ANNEXE 14 : Scénarios prospectifs de répartition des personnes âgées en perte d'autonomie selon leur type d'habitat

ANNEXE 14 : SCENARIOS PROSPECTIFS DE REPARTITION DES PERSONNES AGEES EN PERTE D'AUTONOMIE SELON LEUR TYPE D'HABITAT	465
1 SCENARIO 1 : BAISSSE DU TAUX D'INSTITUTIONNALISATION POUR METTRE EN ŒUVRE UN REEL VIRAGE DOMICILIAIRE	469
1.1 EXPLICITATION DU SCENARIO ET DE SES IMPLICATIONS PRATIQUES.....	469
1.2 LES PUBLICS ACCUEILLIS EN USLD-EHPAD : LES DIFFERENTS SOUS SCENARIOS POSSIBLES	470
1.2.1 <i>Scénario 1a : le maintien du taux d'institutionnalisation des GIR 1-2 et des GIR 3 ayant des troubles neurocognitifs ou du comportement</i>	<i>470</i>
1.2.2 <i>Scénario 1b : l'accroissement du taux d'institutionnalisation des GIR 1-2 et des GIR 3 ayant des troubles neurocognitifs ou du comportement</i>	<i>485</i>
1.2.3 <i>Scénario 1c : le maintien, pour les Ehpad, du profil des publics qu'ils accueillent actuellement</i>	<i>487</i>
2 SCENARIO 2 : MAINTIEN DU TAUX D'INSTITUTIONNALISATION ACTUEL SANS REALISATION D'UN VIRAGE DOMICILIAIRE	490
2.1 EXPLICITATION DU SCENARIO ET DE SES IMPLICATIONS PRATIQUES.....	490
2.2 SCENARIO 2A : LA CONSTRUCTION MASSIVE DE PLACES D'USLD/EHPAD	491
2.2.1 <i>Eléments de justification : difficulté à prendre en charge demain à domicile des situations correspondant à des personnes aujourd'hui accueillies en Ehpad</i>	<i>491</i>
2.2.2 <i>Places à construire, publics accueillis.....</i>	<i>491</i>
2.2.3 <i>Enjeux et conséquences : des Ehpad mixant des publics au niveau de dépendance variable</i>	<i>493</i>
2.2.4 <i>A demande stable, la nécessaire construction de résidences autonomie</i>	<i>493</i>
2.2.5 <i>L'effort concomitant à réaliser sur la sphère du domicile</i>	<i>494</i>
2.2.6 <i>Ce qui pourrait empêcher le déploiement de ce scénario</i>	<i>494</i>
2.3 SCENARIO 2B : LA TRANSFORMATION DES RESIDENCES EN EHPAD DU POINT DE VUE DES PUBLICS ACCUEILLIS.....	495
2.3.1 <i>Eléments de justification : transformer une offre existante serait plus rapide que d'en créer une ex nihilo</i>	<i>495</i>
2.3.2 <i>Places à construire, publics accueillis.....</i>	<i>495</i>
2.3.3 <i>Enjeux et conséquences : transformation progressive des résidences autonomie en quasi Ehpad</i>	<i>498</i>
2.3.4 <i>Ce qui pourrait empêcher le déploiement de ce scénario</i>	<i>500</i>
2.3.5 <i>L'effort à réaliser sur la sphère du domicile.....</i>	<i>501</i>
2.4 SCENARIO 2C : DES INSTITUTIONNALISATIONS INCONTROLEES A L'HOPITAL	501
3 SCENARIO 3 : HAUSSE DU TAUX D'INSTITUTIONNALISATION CONDUISANT A UN « VIRAGE D'INSTITUTIONNALISATION » DANS LE SECTEUR DU GRAND AGE.....	502
3.1 EXPLICITATION DU SCENARIO ET DE SES IMPLICATIONS PRATIQUES.....	502
3.2 PLACES A CONSTRUIRE, PUBLICS ACCUEILLIS	503

RAPPORT IGAS N°2023-014R (ANNEXES)

3.3 ENJEUX ET CONSEQUENCES : UNE DESORGANISATION SYSTEMIQUE DES SPHERES MEDICO-SOCIALES ET SANITAIRES	504
3.4 CE QUI POURRAIT EMPECHER LE DEPLOIEMENT DE CE SCENARIO	504

Préambule méthodologique

L'objet de cette annexe consiste à modéliser les évolutions possibles de la population âgée en perte d'autonomie d'ici 2050 selon le mode d'hébergement des personnes. Les données d'offre (ex. places en Ehpad ou en résidences autonomie) correspondent pour l'essentiel à ce qu'elles sont aujourd'hui. Concernant la demande, le nombre de personnes âgées dépendantes provient du modèle Livia de la Drees.

Le terme « institutionnalisation » utilisé dans l'annexe correspond en premier lieu à l'hébergement actuel en Ehpad et en unités de soins de longue durée des établissements de santé⁶⁰⁷. Les services de soins de suite et de réadaptation (SSR) ne sont pas pris en compte ici, ce qui est potentiellement contestable dans la mesure où certaines personnes âgées dépendantes peuvent y résider pour des durées longues (plusieurs mois). L'expression « profils Ehpad » caractérise, au regard d'un taux d'institutionnalisation stable, les personnes qui aujourd'hui rejoignent un Ehpad mais qui demain ne le pourront/voudront pas faute de place/envie. Il est utilisé ici à des fins analytiques et statistiques sans examen des raisons pour lesquelles les personnes vont aujourd'hui en Ehpad. En pratique, la levée des limites au maintien en domicile ordinaire (voir l'annexe relative aux conditions et limites du domicile) vise justement à examiner comment prendre en charge demain des personnes qui aujourd'hui vont en Ehpad.

L'intérêt des simulations ci-dessous est de questionner la frontière du terme d'institutionnalisation au regard des évolutions observées des populations dans différents types d'habitat (ex. résidences autonomie). En effet, ce terme a des contours potentiellement mouvants selon le type des services délivrés (ex. en soins), le niveau de dépendance des personnes accueillies ou la nature même de l'hébergement (ex. chambre versus logement autonome).

Les scénarios reposent sur différentes hypothèses de modélisation :

- Les scénarios présentés reposent sur la modélisation du nombre de personnes âgées par département et par groupe de GIR (1-2, 3-4, 5-6) utilisée dans le modèle LIVIA DREES-INSEE (présenté dans l'annexe relative à l'évolution démographique de la population âgée dépendante).
- Le nombre de places disponibles par structure (EHPAD⁶⁰⁸ et résidences autonomie) et par département est également repris de LIVIA et correspond à des informations datant de 2019. Sauf mention contraire, on considère ici que l'offre depuis 2019 reste globalement inchangée. On applique à ces valeurs un coefficient minorant de 0.95 afin de tenir compte des mouvements. Cela correspond à un taux d'occupation en période de tension sur l'offre, ce qui paraît être une option réaliste quant aux années à venir (accroissement rapide de la demande)⁶⁰⁹.

⁶⁰⁷ La présente annexe ne prend pas en compte une baisse éventuelle du nombre de lits en USLD. Il se peut donc qu'elle présente une vision relativement optimiste du nombre de places en Ehpad-USLD pour les années à venir.

⁶⁰⁸ On entend par offre en EHPAD : EHPAD, USLD et EHPA hors EHPAD.

⁶⁰⁹ Le taux d'occupation dans un établissement correspond au ratio entre le nombre de résidents et le nombre de places dans l'établissement.

- Le nombre de places en résidences services correspond au nombre de places disponibles en 2023 selon le site www.conseildepdance.fr (cf. annexe relative aux résidences services). Les habitats inclusifs et accueillants familiaux représentent des volumes si faibles (respectivement quelques centaines et quelques milliers) qu'ils ne sont pas modélisés ici de façon spécifique et sont intégrés dans la catégorie du domicile ordinaire.
- Le taux d'institutionnalisation sur une population donnée correspond au ratio entre le nombre de personnes en Ehpad dans cette population et le nombre de personnes dans la population de référence.

Cette annexe décrit des grands scénarios qui ont valeur, par construction, d'archétypes. Ils permettent d'identifier des tendances générales et visent à donner des ordres de grandeur et non à décrire finement la réalité de chaque structure dans chaque territoire. En effet, en pratique, il est vraisemblable que tous les Ehpad ne suivront pas les mêmes dynamiques dans les années à venir : selon leur environnement proche (forte ou faible demande d'entrées en Ehpad, qualité de l'accompagnement à domicile, niveau d'équipement en établissements, stratégie locale de répartition des publics entre structures...) ou leurs contraintes propres (ex. manque de personnel), la répartition des publics ne se fera pas de la même façon.

A cela s'ajoute le fait que la mission considère qu'il serait particulièrement néfaste de conditionner l'entrée en Ehpad à l'obtention de tel ou tel GIR (niveau de dépendance tel que spécifié par la grille Aggir après évaluation médico-sociale de la personne âgée) ou de telle ou telle pathologie : en effet, les raisons conduisant les personnes et leurs familles à effectuer des demandes d'admission en Ehpad sont multiples, souvent mal connues et, pour un état de santé en apparence comparable, certaines personnes ne parviennent pas à se maintenir à domicile quand c'est possible pour d'autres (soutien des proches, caractéristiques de l'environnement de vie, anxiété ou non de la personne âgée et de ses aidants, capacités financières mobilisables, isolement social, disponibilité du personnel médical, para-médical et médico-social...). Les modélisations de la présente annexe ne consistent donc pas définir des horizons à atteindre mais plutôt des tendances possibles dans la répartition des publics par type d'habitat et les effets à prévoir. Ainsi, il n'existe pas aujourd'hui de filtre à l'entrée en Ehpad pour privilégier l'admission de certains profils de personnes âgées en perte d'autonomie plutôt que d'autres mais, au national, on observe bien un alourdissement progressif du niveau de dépendance des personnes âgées accueillies (voir l'annexe relative à l'accueil et à l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie en Ehpad) : examiner des tendances possibles ne signifie donc pas qu'elles soient pour autant souhaitables.

In fine, la mission présente ici trois grands types de scénarios :

- Ceux visant une réduction du taux d'institutionnalisation, ce qui fait écho à la volonté des pouvoirs publics ;
- Ceux produisant un maintien du taux d'institutionnalisation, dont l'analyse montre qu'il peut se faire de plusieurs manières différentes, maîtrisé ou non ;
- Ceux conduisant à une hausse du taux d'institutionnalisation, par exemple du fait d'une moindre capacité demain à soutenir le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie (notamment du fait de la baisse des aidants et de tension RH croissantes). Ce

dernier a été peu approfondi car il est opposé aux orientations politiques actuelles. Il se présente donc plus sous la forme d'un cas d'école théorique et général.

Le modèle LIVIA permet de faire des simulations selon différentes hypothèses qui concernent à la fois la démographie (espérance de vie centrale, haute ou basse) et sur l'évolution de la dépendance (scénario optimiste, pessimiste ou intermédiaire). Sur l'espérance de vie, le modèle LIVIA s'appuie sur le modèle de l'INSEE Omphale. La mission a choisi de retenir le scénario d'espérance de vie basse, car après échanges de la mission avec la Drees, il a été fait le constat qu'à horizon 2040/2050, le scénario d'espérance de vie basse du modèle Livia se rapproche du nouveau scénario central de l'INSEE.

Sur la question de la dépendance, trois scénarios sont possibles dans le modèle LIVIA. Le scénario optimiste estime que le gain d'espérance de vie se passe dans un niveau d'autonomie totale. Le scénario pessimiste estime que ce gain se traduit en années de dépendance modérée, et le scénario intermédiaire partage le gain d'espérance de vie entre dépendance modérée et autonomie totale, au prorata de ce qui est observé aujourd'hui. Quelle que soit l'hypothèse choisie, le temps passé en situation de dépendance totale, très lié à la fin de vie, reste constant et ne dépend pas des gains en espérance de vie. En articulation avec la Drees qui a été auditionnée à plusieurs reprises, la mission Igas a retenu le scénario de dépendance intermédiaire. En effet, les derniers travaux publiés par la Drees sur l'espérance de vie dans l'APA (2021) n'incitent pas à penser que le scénario pessimiste soit le plus probable (Drees, Allocation personnalisée d'autonomie : la part de l'espérance de vie passée en tant que bénéficiaire diminue depuis 2010, Études et résultats N° 1212, octobre 2021). L'hypothèse d'évolution de la dépendance retenue dans l'annexe sur la catégorisation des territoires, dans l'annexe sur les projections démographiques et dans l'annexe relative aux scénarios prospectifs est l'intermédiaire. Un encadré du rapport et de l'annexe scénario détaille néanmoins les écarts de projection par type d'habitat entre l'hypothèse optimiste et intermédiaire, car ils sont relativement marqués.

1 Scénario 1 : Baisse du taux d'institutionnalisation pour mettre en œuvre un réel virage domiciliaire

1.1 Explicitation du scénario et de ses implications pratiques

Plusieurs éléments plaident en faveur d'une baisse du taux d'institutionnalisation en France : les enquêtes d'opinion (ex. baromètre d'opinion de la Drees) montre une diminution au fil du temps du nombre de personnes se disant prêtes à aller en Ehpad si elles devenaient un jour dépendantes et une hausse du nombre de personnes qui estiment « pas du tout envisageables » d'aller en Ehpad (voir l'annexe relative à l'accueil et à l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie en Ehpad). Quoique le réalisme d'une telle opinion puisse être discuté⁶¹⁰, cette

⁶¹⁰ Il n'est pas aisé de se projeter en situation de dépendances quand on est en bonne santé et qu'il est par ailleurs incertain de connaître un jour la dépendance pour soi-même. Les prérequis d'un maintien à domicile ne sont pas non plus toujours évidents à percevoir (ex. ampleur du soutien des aidants, coût financier du maintien à domicile, nécessité de faire des travaux d'aménagement du domicile, voire de changer de logement pour disposer d'une meilleure accessibilité).

préférence pour le domicile est aussi portée par les pouvoirs publics (moratoire de fait sur la construction de places d'Ehpad depuis plusieurs années) sans que les présupposés d'une telle option soit toujours clairement énoncés (enjeux financier et RH du domicile par comparaison aux établissements, report de charge sur les aidants, notamment familiaux, dans un contexte de réduction du volume des aidants).

Dans cette hypothèse, la France devrait, dans les années à venir, faire face à deux défis distincts mais concomitants : l'accroissement fort de la population âgée dépendante (ex. +39 % à horizon 2040) et l'augmentation de la part de personnes prises en charge hors des Ehpad. Cela signifierait en d'autres termes que le nombre de personnes âgées dépendantes accompagnées hors des Ehpad augmenterait, lui, de presque 45 % d'ici 2040. Le besoin d'aide à mobiliser à domicile varierait, lui, en fonction de la capacité (ou non) des acteurs du domicile à prendre en charge des situations plus ou moins sévères de dépendance (voir l'annexe relative aux SAAD concernant l'accroissement d'heures d'aides à domicile professionnelles selon le degré de dépendance des personnes). Or, les profils accompagnés à domicile seront plus lourds qu'aujourd'hui dans la mesure où une part d'entre eux correspondront à des personnes n'entreront pas en Ehpad (saturation de l'offre) et qui resteront chez elles. Ces personnes mobiliseront vraisemblablement plus d'aide que les autres (c'est sans doute d'ailleurs une des raisons aujourd'hui de leur entrée en Ehpad). En conséquence, le renforcement des acteurs du domicile devrait être encore supérieur aux estimations présentées ci-dessus dans la mesure où une partie de la hausse du public accompagné à domicile correspondrait à ces publics lourds aujourd'hui logés en Ehpad⁶¹¹.

1.2 Les publics accueillis en Usld-Ehpad : les différents sous scénarios possibles

1.2.1 Scénario 1a : le maintien du taux d'institutionnalisation des GIR 1-2 et des GIR 3 ayant des troubles neurocognitifs ou du comportement

1.2.1.1 Eléments de justification : une raréfaction des places disponibles couplées à une volonté forte des personnes de retarder leur départ du domicile

Il est ici fait l'hypothèse que la baisse du taux d'institutionnalisation (c'est-à-dire la réalisation d'un virage domiciliaire dans les accompagnements) concernera demain davantage des personnes âgées dépendantes moins requérantes en soin (ex. GIR 4) et des personnes ne nécessitant pas une surveillance quasi continue (ex. les GIR 3 ne présentant pas de troubles lourds neurocognitifs et du comportement). A l'inverse, le taux d'institutionnalisation des personnes âgées dépendantes fortement requérantes en soin (les GIR 1 et 2) et de celles en GIR 3 avec des troubles

⁶¹¹ Il n'est pas aisé de quantifier le surcroît d'aides dont ces personnes ont besoin tant les facteurs d'entrée en Ehpad sont divers et que la grille Aggir spécifie mal l'ampleur des besoins d'aide à mobiliser (voir l'annexe 3 relative aux aides à domicile). Il est néanmoins réaliste de considérer que leurs besoins sont généralement supérieurs à ceux des personnes qui aujourd'hui sont accompagnées à leur domicile.

neurocognitifs lourds resterait stable⁶¹² (pour des raisons à la fois de capacité plus limitée d'accompagnement à domicile et d'efficacité RH).

De telles dynamiques auraient pour effet d'accentuer le phénomène observé ces dernières années d'augmentation de la part des GIR 1 à 3 en Ehpad et d'accroissement de la proportion de personnes présentant des troubles neurocognitifs (voir l'annexe relative aux Ehpad)⁶¹³.

1.2.1.2 Places disponibles, publics accueillis, publics non accueillis

Pour cette simulation, on doit, à taux d'institutionnalisation inchangé, estimer le nombre de personnes très dépendantes (en GIR 1-2) qui seraient en EHPAD, et celles en GIR3 qui seraient atteintes de troubles neurocognitifs et institutionnalisées.

Cette estimation se fait en trois temps. On commence par estimer par année jusqu'en 2050 le nombre de personnes par groupe de GIR qui seraient en EHPAD sous l'hypothèse d'un maintien du taux d'institutionnalisation. Ensuite par application des répartitions actuellement observées⁶¹⁴, on scinde le groupe 3-4, pour estimer le nombre de personnes en EHPAD en GIR3, pour ensuite estimer parmi elles le nombre de personnes atteintes d'un syndrome neurocognitif et institutionnalisées^{615, 616}.

Sous ces hypothèses, à une échelle nationale (c'est-à-dire en faisant l'hypothèse d'une mobilité interdépartementale des personnes âgées pour entrer en Ehpad dans des territoires où il y a des places vacantes si ceux où ils résident sont saturés), l'offre actuelle de places en EHPAD permet, à taux d'institutionnalisation constant, de loger tous les seniors en GIR 1-2 ou en GIR 3 atteints de troubles neurocognitifs qui seraient demandeurs, et cela jusqu'en 2050.

⁶¹² Pour ce faire, la mission s'est appuyée sur les travaux des professeurs Jeandel et Guérin (rapport de juin 2021 : 25 recommandations pour une prise en soins adaptée des patients et des résidents afin que nos établissements demeurent des lieux de vie). Le taux de personnes GIR 3 en Ehpad présentant des troubles neurocognitifs lourds (surveillance continue) est de 77 %.

⁶¹³ La simulation faite ici repose sur l'hypothèse selon laquelle, pour les territoires où le volume de places en Ehpad n'est pas saturé par des GIR 1-2 et des GIR 3 présentant des troubles neurocognitifs, des personnes GIR 3 à 6 pourraient être accueillies en Ehpad suivant des proportions relatives comparables à celles existantes aujourd'hui.

⁶¹⁴ Données du rapport [Jeandel et Guérin](#) de juillet 2021 34 % de GIR 1 parmi les GIR 1-2 et 49 % de GIR 3 parmi les GIR 3-4

⁶¹⁵ On fait donc ici l'hypothèse implicite que les publics sont homogènes entre les départements et que la prévalence des troubles neurocognitifs par GIR va rester constante dans le temps. Ces hypothèses sont vraisemblables, mais en l'absence de plus d'éléments pour les confirmer, il est préférable d'interpréter les résultats avec précaution sans aller chercher en précision mais en tenant compte des ordres de grandeur

⁶¹⁶ La mission s'appuie ici sur les travaux des professeurs Jeandel et Guérin qui estiment que 77 % des personnes GIR3 en EHPAD présentent des troubles neurocognitifs lourds (surveillance continue) (25 recommandations pour une prise en soins adaptée des patients et des résidents afin que nos établissements demeurent des lieux de vie, juin 2021).

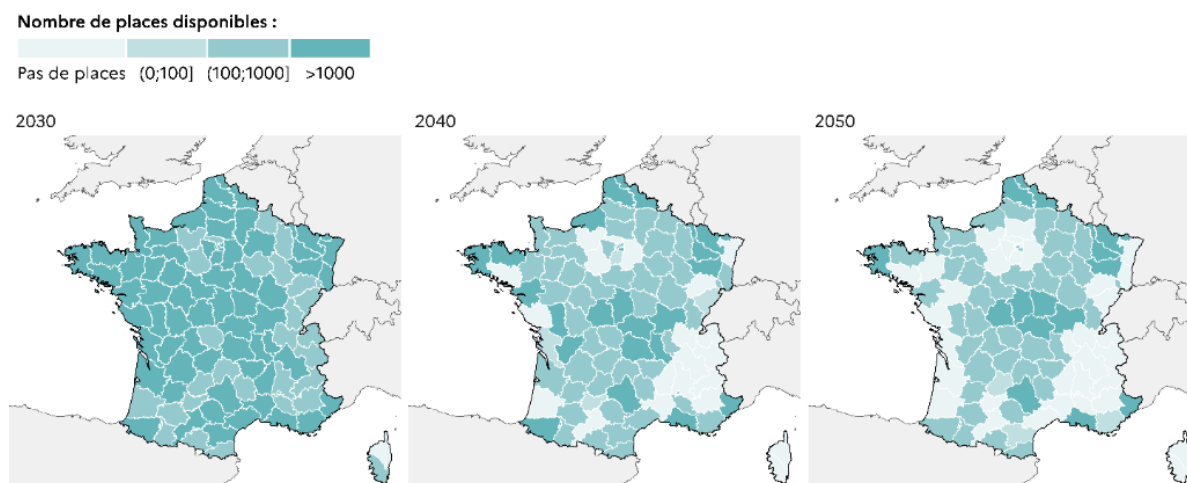
Tableau 1 : Nombre et proportion de places⁶¹⁷ restantes en EHPAD sous l’hypothèse du scénario 1a

Année	Nombre de places disponibles	Proportion de places restantes en EHPAD
2020	191 743	31 %
2030	143 027	23 %
2040	54 051	9 %
2050	22 483	4 %

Source : Données estimées par le pôle data de l’IGAS à partir de données issues du modèle LIVIA (DREES), sous l’hypothèse d’un scénario de la dépendance intermédiaire, Hypothèse démographique d’espérance de vie basse et des données du panorama de la statistique 2021 (INSEE).

Si l’on ajoute au modèle des contraintes territoriales (liées au fait que rien ne garantit une mobilité géographique complète des personnes âgées dépendantes pour aller vers les Ehpad encore disponibles, ce qui s’explique aisément par le fait que les personnes choisissent leur Ehpad tantôt à proximité de leur domicile, tantôt à proximité du domicile de leurs proches, notamment de leurs enfants, mais plus rarement ailleurs), dès 2030 l’offre départementale en France métropolitaine ne répondrait pas à cette demande dans l’ensemble des départements : la Haute-Corse serait déjà en déficit d’une centaine de places. La situation se tendrait au fil des années et, en 2040, 23 départements seraient potentiellement en manque de places, mais à des niveaux très hétérogènes (de 1 à 980 places manquantes) comme le montre la carte ci-dessous.

Carte 1 : Différence entre le nombre de personnes à loger en EHPAD et le nombre de places



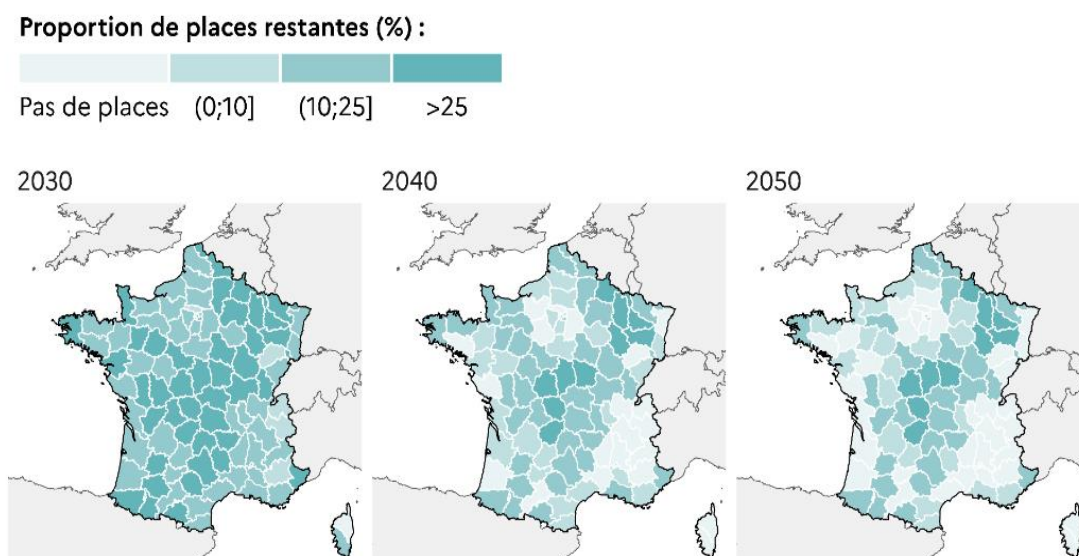
Source : Données estimées par le pôle data de l’IGAS à partir de données issues du modèle LIVIA (DREES), sous l’hypothèse d’un scénario de la dépendance intermédiaire, Hypothèse démographique d’espérance de vie basse et des données du panorama de la statistique 2021 (INSEE).

⁶¹⁷ On entend par place, capacité à accueillir une personne de plus.

En 2050, plus d'un tiers des départements de France métropolitaine seraient en déficit de places (36) dans des proportions très variables (de 6 à 2123 places manquantes). A contrario, 64 départements auraient encore de la capacité d'accueil, soit pour ce public dans le cadre de mobilités interdépartementales, soit pour accueillir un public élargi (c'est-à-dire autre que les GIR 1-2 et 3 avec troubles neurocognitifs détaillés ci-dessus – cf. taux d'institutionnalisation stable pour ces publics). Encore une fois, et le nombre et la proportion de places disponibles varient dans le temps et selon les régions. Certains départements comme la Creuse, l'Indre ou la Nièvre disposeraient encore en 2050 de plus de 30 % de places disponibles. La carte ci-dessous illustre l'évolution dans le temps, en proportion et en volume, des places disponibles.

Dans les DOM, la Guyane serait en manque de places dès 2030 (sans prise en compte du plan de création de places adoptées fin 2022 – voir l'annexe relative à la catégorisation des territoires pour plus de détails). Elle serait rejointe en 2040 par la Réunion. Le modèle indique qu'il manquerait en Guyane près de 90 places en 2030⁶¹⁸, plus de 250 places en 2040, et plus de 450 en 2050, soit l'équivalent de plus de six Ehpad⁶¹⁹. A la Réunion, il manquerait plus de 200 places en 2040 et près de 550 en 2050.

Carte 2 : Evolution par département de la part de places disponibles (en %) en Ehpad sous l'hypothèse du scénario 1.a.



Source : Données estimées par le pôle data de l'IGAS à partir de données issues du modèle LIVIA (DREES), sous l'hypothèse d'un scénario de la dépendance intermédiaire, Hypothèse démographique d'espérance de vie basse et des données du panorama de la statistique 2021 (INSEE).

⁶¹⁸ Pour mémoire, le plan du gouvernement officialisé en 2022 en prévoit près du double à créer en crédits d'investissement (voir l'annexe relative à la catégorisation des territoires).

⁶¹⁹ On fait l'hypothèse qu'un EHPAD accueille 80 personnes en moyenne

L'examen des dynamiques départementales sur la proportion de places d'Ehpad restantes (qui reflètent dans une certaine mesure une tension sur l'offre) fait apparaître que dès 2030 :

- Une grosse trentaine de départements auront moins de 20 % de places restantes pour d'autres profils que ceux simulés dans le présent scénario (GIR 1-2 et GIR 3 avec troubles neurocognitifs), alors même qu'au national, en 2019, ces personnes moins dépendantes représentaient plus de trois résidents sur dix en Ehpad. Pour que chaque département ait a minima 20 % de places d'Ehpad disponibles pour des profils autres que ceux simulés dans le présent scénario, il faudrait construire plusieurs milliers de places d'Ehpad, en particulier dans certains départements tels que l'Isère ou la Seine-et-Marne. Avec une marge légèrement plus grande d'un quart des places (25 %), ce seraient plusieurs dizaines de milliers de places d'Ehpad qu'il faudrait construire d'ici 2030⁶²⁰.
- 8 départements (Guyane, Haute-Corse, Savoie, Réunion, Haute-Savoie, Alpes de Haute-Provence, Haute-Saône et Val d'Oise) consacraient même plus de 90 % de leurs places d'Ehpad à des personnes très dépendantes (GIR1-2) ou dépendantes (GIR 3) avec des troubles neurocognitifs. Autrement dit, ils seraient dès 2030, en l'absence de mobilités interdépartementales, en limite de capacité pour accueillir les personnes de leur propre territoire répondant au profil institutionnalisé dans ce scénario. Ils seraient 51 dans cette situation en 2040, dont 23 à ne pas même avoir un nombre suffisant de places à proposer (les principales zones concernées seraient : la Corse, Rhône-Alpes, le Bassin parisien, l'Alsace, l'arc atlantique).

Discussion relative aux hypothèses de mobilité géographique des personnes âgées en situation de perte d'autonomie

L'hypothèse d'une faible mobilité interdépartementale des personnes âgées entrant en Ehpad est celle qui semble la plus réaliste à la mission dans la mesure où, d'après ses retours de terrain et les travaux effectués par la Caisse des dépôts et consignation, les mobilités aux âges élevés sont relativement faibles et tendent principalement à s'orienter vers des rapprochements familiaux. Or, les départements qui auraient ici des places restantes (ex. Creuse, Indre, Nièvre) correspondent peu à des territoires à forte densité de population active (cf. lieu de vie des enfants) et donc pas à des territoires attractifs en termes de mobilité interdépartementale des personnes âgées en perte d'autonomie recherchant une admission en Ehpad dans ces endroits. L'hypothèse d'une relative rigidité des mobilités géographiques au moment des entrées en Ehpad paraît donc relativement réaliste concernant les territoires moins en tension sur les places d'Ehpad. Elle ne signifie cependant pas qu'il n'y ait pas un surcroît de demande dans des territoires déjà en manque de places comme l'Île-de-France ou Rhône-Alpes, qui sont par ailleurs des territoires relativement jeunes qui pourraient donc être, eux, attractifs pour des mobilités interdépartementales de personnes âgées en perte d'autonomie.

⁶²⁰ Au seuil d'un quart de places restantes (25 %) en 2030, ce seraient plus de la moitié des départements français qui seraient concernés pour près de 25 000 places d'Ehpad à créer suivant ce scénario.

De tels constats pointent une double nécessité : construire a minima plusieurs milliers de places d'Ehpad en France dans les années à venir (voire dizaines de milliers selon le profil des publics accueillis en Ehpad et la tension projetée sur les places disponibles) et concentrer ces créations dans les territoires où la demande prévisionnelle d'admission en Ehpad va être la plus forte.

1.2.1.3 Enjeux et conséquences : transformation progressive des Ehpad en unité de soins de longue durée

Un tel scénario aurait pour effet de progressivement rapprocher le profil des publics dépendants accueillis en Ehpad de celui accueilli en USLD (pour mémoire, en 2019, d'après les données de l'enquête EHPA de la Drees, près de 80 % des personnes âgées accueillies en USLD sont sévèrement dépendantes, à savoir GIR 1-2).

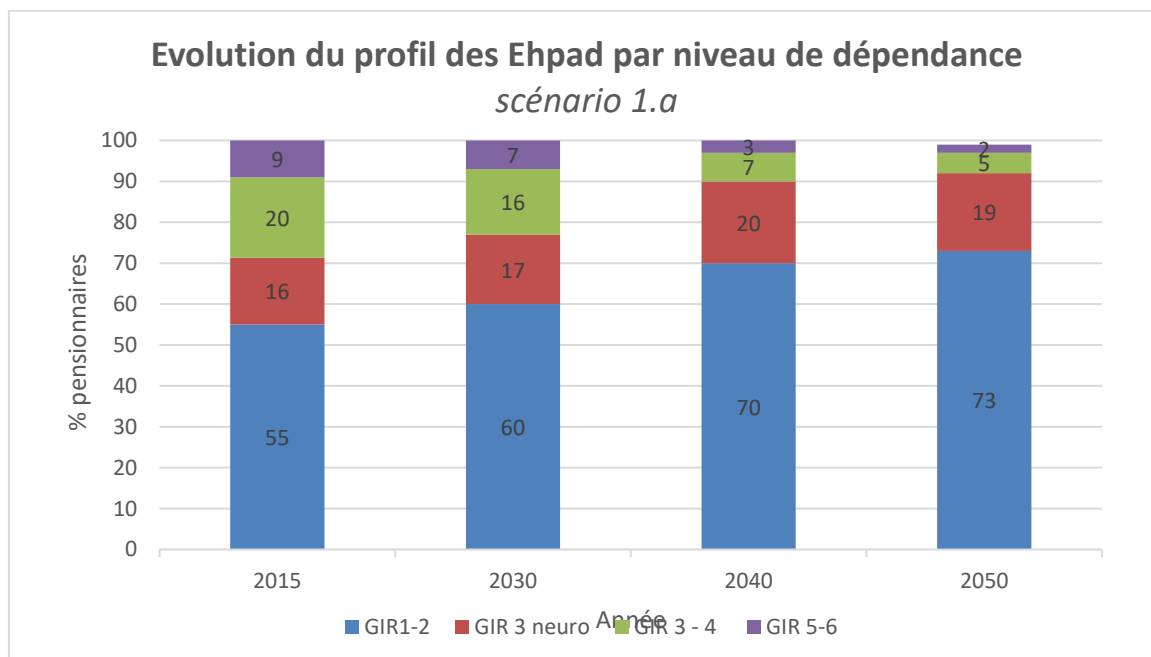
Cette nouvelle attribution des places aurait un retentissement significatif sur le profil du public accueilli en Ehpad. Si on fait l'hypothèse que les places restantes, après accueil des GIR 1-2 et 3 avec troubles neurocognitifs, seraient attribuées aux autres personnes dépendantes ou pas (GIR 3-4 et GIR 5-6) dans des proportions comparables à celles observées aujourd'hui, le public des Ehpad aurait le profil suivant :

Tableau 2 : Scénario 1a : profils prospectifs par GIR des personnes accueillies en Ehpad, 2030-2050

Année	GIR 1-2 (%)	GIR 3 syndrome démentiel (%)	GIR 3-4 sans syndrome démentiel (%)	GIR 5-6 (%)
2030	60	17	16	7
2040	70	20	7	3
2050	73	19	5	2

Source : Données estimées par le pôle data de l'IGAS à partir de données issues du modèle LIVIA (DREES), sous l'hypothèse d'un scénario de la dépendance intermédiaire, Hypothèse démographique d'espérance de vie basse

Graphique 1 : Scénario 1a : profils prospectifs par GIR des personnes accueillies en Ehpad, 2030-2050



Source : Données estimées par le pôle data de l'IGAS à partir de données issues du modèle LIVIA (DREES), sous l'hypothèse d'un scénario de la dépendance intermédiaire, Hypothèse démographique d'espérance de vie basse et des données du panorama de la statistique 2021 (INSEE).

Cet alourdissement des profils logés en Ehpad pourrait induire une baisse plus marquée de la durée de séjour en Ehpad avec des entrées plus tardives dans des états de santé plus dégradés, conduisant à des enjeux accrus d'accompagnement à la fin de vie, et notamment de soins palliatifs.

Certes, la durée médiane de séjour en Ehpad baisse très lentement depuis quinze ans : un mois de moins tous les quatre ans pour une durée médiane légèrement supérieure à deux ans aujourd'hui. Même si cette tendance se poursuivait et avec une concentration de publics très dépendants en Ehpad, on aurait cependant des personnes qui resteraient souvent plusieurs années dans les lieux, ce qui rend indispensable de penser et organiser ces espaces comme des lieux de vie et d'engager de façon résolue leur transformation dans une logique domiciliaire.

L'accroissement du GMP (GIR moyen pondéré) en Ehpad consécutif des profils plus dépendants accueillis nécessiterait une augmentation substantielle du taux d'encadrement en personnels sanitaires (médecins, professionnels paramédicaux). La potentielle pénibilité qu'il y aurait pour les personnels à travailler avec des profils fréquemment grabataires ou déments pourrait avoir un impact fort sur l'attractivité de telles structures en termes RH. Cela justifierait donc de mener un travail spécifique pour fidéliser les personnels présents et en attirer des nouveaux (salaires, conditions et qualités de vie au travail, déroulé de carrière...). Cela peut notamment justifier une plus grande ouverture des Ehpad qui suivront cette dynamique vers les autres acteurs du territoire afin d'offrir à leur personnel une variété de mode d'exercice (ex. Ehpad à domicile, expertise dans un centre de ressources territoriales, articulation avec des SAAD et SSIAD).

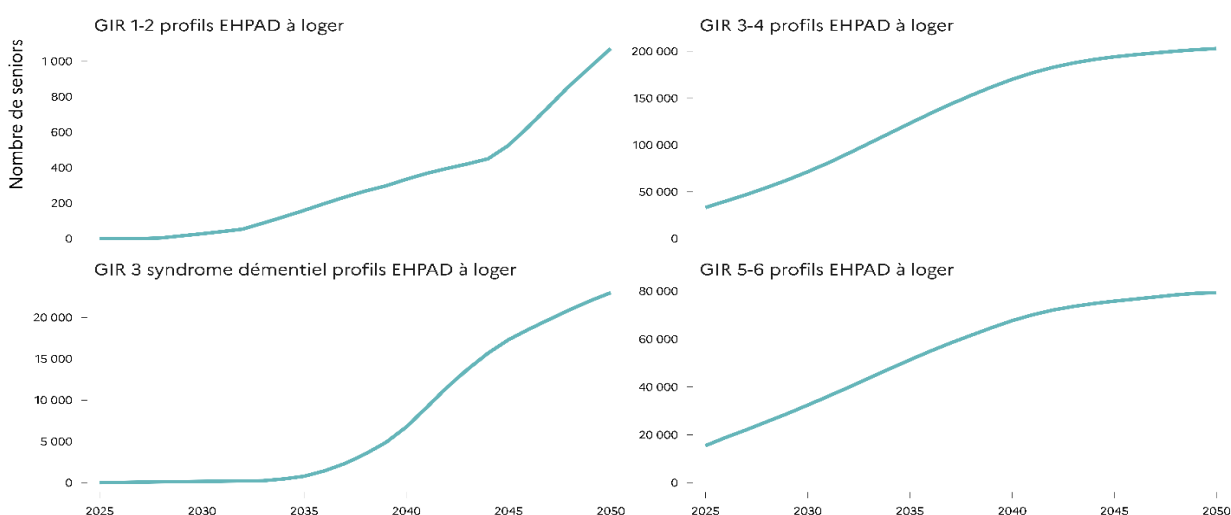
Il serait aussi souhaitable de resserrer les liens avec l'hôpital, notamment au sein de filières gériatriques, afin de réduire les hospitalisations évitables, au bénéfice tant de l'hôpital (ex. moins de passages aux urgences) que des personnes (toute hospitalisation comporte un risque accru de dégradation de l'état de santé du fait de l'inadaptation de l'hôpital à prendre en charge la dépendance : ex. faible stimulation quotidienne, absence d'activité d'animation).

L'ouverture sur la cité de tels Ehpad représentera un défi majeur du fait des capacités de mobilisation réduite des personnes sévèrement dépendantes. Elle devra donc faire l'objet d'une attention toute particulière pour prévenir tout repli progressif sur soi des Ehpad concernés. En conséquence, la question d'un transfert de gestion complet aux ARS des Ehpad suivant ce chemin pourrait se poser tant l'articulation avec les hôpitaux et les acteurs sanitaires va se poser de façon cruciale. Un tel choix emporterait du même coup une refonte des modalités de financement, notamment pour les conseils départementaux.

1.2.1.4 Un effet ricochet sur les résidences autonomie

Si l'accueil des personnes âgées dépendantes en Ehpad se concentrait principalement sur les GIR 1-2 et les GIR 3 avec troubles neurocognitifs, une grande partie des personnes aujourd'hui candidates à l'Ehpad ne seraient pas accueillies. Le graphique ci-dessous représente par niveau de dépendance (groupe de GIR) le nombre de seniors qui auraient un « profil de résidents d'Ehpad » (avec les taux d'institutionnalisation d'aujourd'hui) mais qui ne seraient pas demain accueillis en Ehpad. En 2030, cela représenterait un nombre négligeable de personnes très dépendantes ou dépendantes avec un syndrome démentiel (GIR 1-2 et GIR 3 avec un syndrome démentiel) mais environ 104000 personnes modérément dépendantes (GIR 3 sans syndrome démentiel ou GIR 4) ou autonomes (GIR 5 ou 6). En 2040, ils seraient respectivement 7000 et 238000.

Graphique 2 : Scénario 1a : Nombre de seniors ayant un « profil Ehpad » mais ne pouvant être accueillis en Ehpad. Evolution 2025-2050 selon le niveau de dépendance



Source : Données estimées par le pôle data de l'IGAS à partir de données issues du modèle LIVIA (DREES), sous l'hypothèse d'un scénario de la dépendance intermédiaire, Hypothèse démographique d'espérance de vie basse et des données du panorama de la statistique 2021 (INSEE).

On fait alors l'hypothèse que ces personnes ayant un profil d'Ehpad (avec nos critères actuels) mais qui n'y seront pas accueillies demain pourraient être logées prioritairement en résidence autonomie. Les places des résidences autonomie éventuellement restantes après cette attribution seraient dévolues à des publics aux profils semblables à ceux qui sont aujourd'hui en résidence autonomie selon la même répartition de GIR que celle observée actuellement. Les publics des résidences autonomie seraient alors substantiellement modifiés comme l'illustrent les projections suivantes :

Tableau 3 : Scénario 1a : Profil des résidences autonomie par niveau de dépendance jusqu'à 2050

Année	GIR 1-2 (%)	GIR 3(%)	GIR 4 (%)	GIR 5-6 (%)
2030	1.0	12.7	45.6	40.7
2040	0.2	30.7	55.7	13.4
2050	0.5	39.8	50.2	9.6

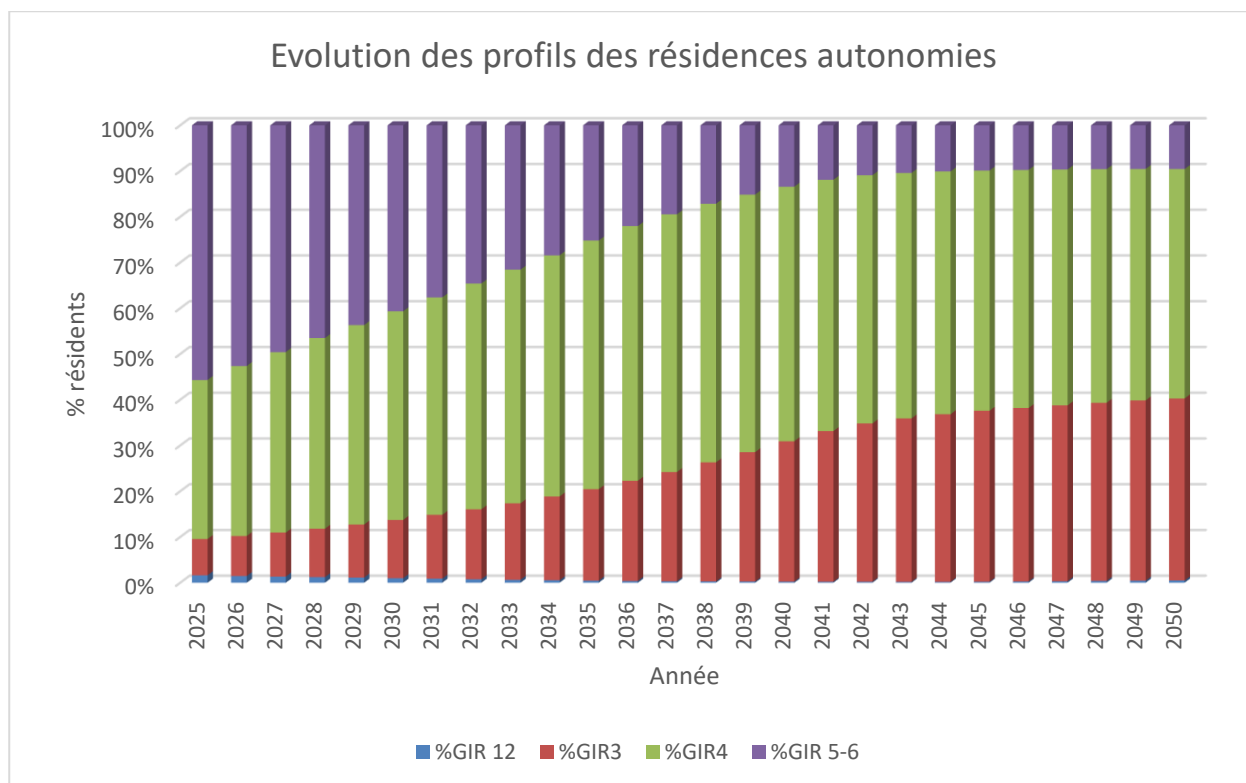
Source : Données estimées par le pôle data de l'IGAS à partir de données issues du modèle LIVIA (DREES), sous l'hypothèse d'un scénario de la dépendance intermédiaire, Hypothèse démographique d'espérance de vie basse et des données du panorama de la statistique 2021 (INSEE).

La part des personnes dépendantes deviendrait prépondérante dans les résidences autonomie au détriment des non-dépendantes qui passeraient de 73,5 %⁶²¹ à 40,7 % en 2030. Sous ces hypothèses, il y aurait en résidence autonomie en 2030 une majorité de personnes âgées dépendantes parmi les résidents (elles sont autour d'un quart aujourd'hui). C'est donc un changement radical de modèle des résidences autonomie qui s'opérerait dans ces conditions, car elles ne sont pas armées aujourd'hui pour prendre en charge autant de personnes âgées dépendantes, avec parmi elles des personnes ayant des troubles neurocognitifs (notamment parmi les GIR 4). Or, les résidences autonomie auditionnées par la mission considèrent toutes aujourd'hui qu'elles ne sont pas équipées pour héberger des personnes ayant ce type de troubles et elles les orientent donc, en lien avec les familles, vers d'autres types d'hébergement, en particulier des Ehpad.

Dès 2028, un tiers des départements dépasserait le seuil de 15 % de GIR1-2-3 au sein des résidences autonomie (le code de l'action sociale et des familles prévoit un seuil maximal de 15 % de GIR 1 à 3 en RA). Il s'agit aussi bien de départements ruraux comme la Lozère, les Hautes-Alpes ou l'Ariège que de départements plus peuplés comme l'Hérault, la Loire-Atlantique, la Côte-d'Or et l'Ille-et-Vilaine. En 2032, le seuil de 15 % de GIR 1-2-3 serait atteint au niveau national pour être dépassé ensuite.

⁶²¹ Enquête EHPA 2019

Graphique 3 : Profil des personnes logées en résidences autonomie sous l'hypothèse d'un report des seniors avec un « profil Ehpad non accueillis en Ehpad » vers les résidences autonomie



Source : Données estimées par le pôle data de l'IGAS à partir de données issues du modèle LIVIA (DREES), sous l'hypothèse d'un scénario de la dépendance intermédiaire, Hypothèse démographique d'espérance de vie basse et des données du panorama de la statistique 2021 (INSEE).

Notons toutefois que les disparités régionales en termes d'offre et d'inadéquation face à la demande feraient que certains départements ne rempliraient pas avant la fin des années 2030 l'ensemble de leurs résidences autonomie avec des personnes ayant un profil actuel de personnes hébergées en Ehpad (2037 en Meurthe-et-Moselle par exemple), quand celles d'autres départements seraient saturées par ce type de profil dès 2025 (Loire-Atlantique). Or, pour les raisons évoquées précédemment, il n'apparaît pas très probable que les mobilités inter-départementales conduisent à une forte optimisation des logements disponibles.

Etant donné la saturation rapide de l'offre dans certaines régions, on envisage le même scénario sous l'hypothèse d'une augmentation de 100 000 places en résidences autonomie.

A pratiques inchangées d'institutionnalisation (taux de personnes âgées dépendantes en Ehpad stable) et de capacités de maintien à domicile (taux de personnes âgées dépendantes à domicile stable), la Drees prévoit, à horizon 2030, un besoin de 103 000 à 140 000 places supplémentaires en Ehpad, USLD et résidences autonomie (voir encadré ci-dessous).

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

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

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

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

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

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

La volonté des pouvoirs publics étant de baisser le taux d'institutionnalisation en Ehpad, plusieurs dizaines de milliers de personnes qui, aujourd'hui seraient allés en Ehpad, demain seront accompagnées hors des Ehpad, c'est-à-dire à domicile, que ce domicile soit leur domicile ordinaire « historique » (logement privé dans le diffus) ou un domicile alternatif (ex. résidences autonomie).

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

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

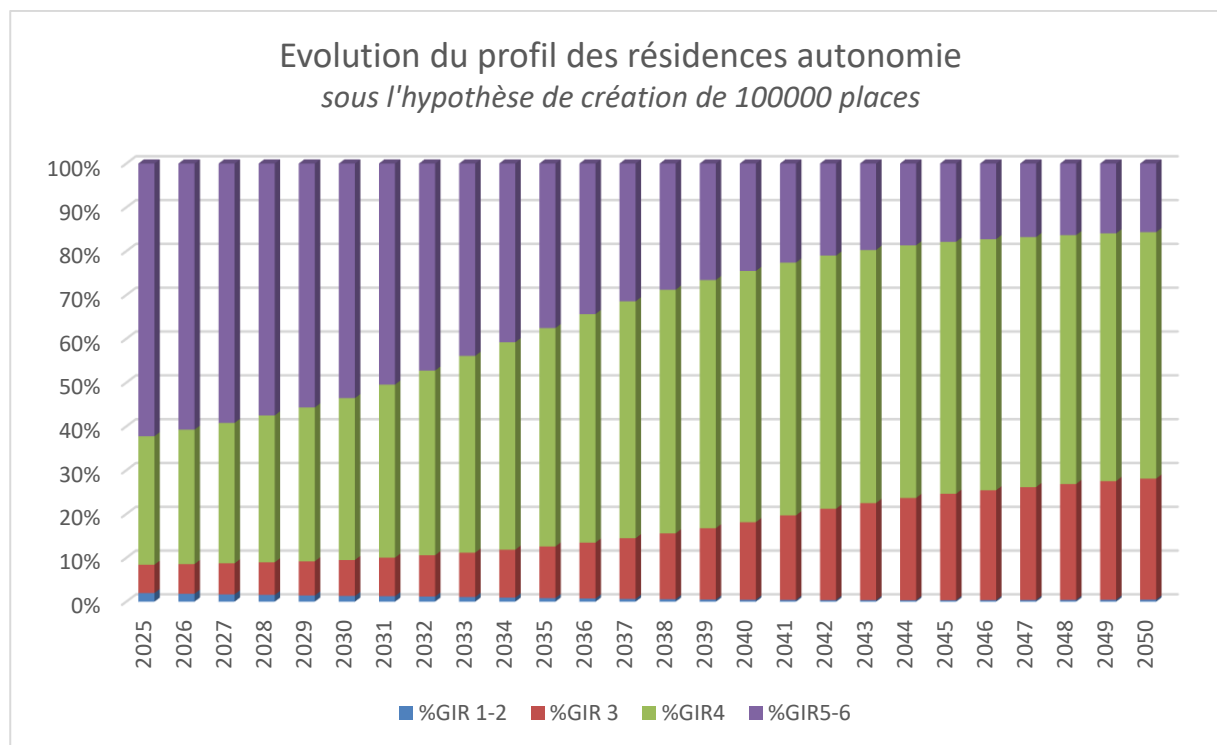
Les résidences autonomie sont la forme d'habitat intermédiaire qui permet les mutualisations RH et logistiques les plus fortes en plus d'être le plus accessible financièrement pour la population (voir l'annexe 5 relative aux résidences autonomie pour une comparaison avec les résidences services). C'est donc prioritairement vers ce type d'habitat intermédiaire qu'il faut orienter les créations d'offre pour les années à venir. Au regard des volumes identifiés par la Drees ci-dessus, cela conduit la mission à préconiser à horizon 2030 la création de 100 000 logements en résidence autonomie, d'un peu plus de 15 000 places en colocation Alzheimer (sous une forme adaptée des habitats inclusifs pour personnes âgées actuellement soutenus par la prestation d'aide à la vie partagée (AVP)) et de créations de places d'Ehpad dans les territoires qui vont connaître les tensions les plus fortes.

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

On réalise donc les simulations en conjecturant la création de 100 000 places de RA au prorata par département du nombre de personnes qui ne pourraient pas être accueillies en Ehpad en 2030 faute de places. Dans ce contexte, 7 départements n'auraient pas de places construites (car en excès de places en 2030), quand d'autres devraient initier des plans massifs de construction de logement en résidences (ex. la Loire-Atlantique, le Nord et la Seine-et-Marne).

Encore une fois, la création de places, ne sature pas complètement l'offre du fait des inégalités départementales. Il faut attendre 2033 pour que l'offre soit totalement utilisée.

Ces créations de places permettraient d'amortir la part de personnes âgées très dépendantes et moyennement dépendantes (GIR 1 à GIR 3) en dehors des RA dans les années 2030. Toutefois, le seuil de 15 % de GIR 1, 2, 3 au sein de ces résidences serait dépassé dès 2038.



Source : Données estimées par le pôle data de l'IGAS à partir de données issues du modèle LIVIA (DREES), sous l'hypothèse d'un scénario de la dépendance intermédiaire, Hypothèse démographique d'espérance de vie basse et des données du panorama de la statistique 2021 (INSEE).

1.2.1.5 L'effort à réaliser sur la sphère du domicile

Sous ces hypothèses, sans création de places en résidences autonomies, le nombre de personnes sévèrement dépendantes en domicile ordinaire augmenterait de 9,3 % entre 2020 et 2030 (+40 000). En parallèle, la croissance du nombre de personnes moyennement dépendantes à domicile serait nettement plus conséquente, augmentant de 20 % entre 2020 et 2030 (+340 000) et 32 % sur la période 2030-2040 (+430 000).

Tableau 4 : Répartition par niveau de dépendance en domicile selon le scénario 1.a

Année	Nombre de GIR 1 et 2 hors structures	Proportion de GIR 1 et 2 hors structures (%)	Nombre de GIR 3 et 4 hors structures	Proportion de GIR 3 et 4 hors structures (%)	Nombre de GIR 5 et 6 hors structures	Proportion de GIR 5 et 6 hors structures (%)
2020	394 693	53.5	1 690 676	87.3	14 892 064	99.2
2030	431 373	53.7	2 029 217	88.2	17 274 085	99.5
2040	496 234	53.3	2 454 748	90.3	18 550 946	99.8
2050	509 899	53.0	2 683 622	91.3	19 229 692	99.9

Source : Données estimées par le pôle data de l'IGAS à partir de données issues du modèle LIVIA (DREES), sous l'hypothèse d'un scénario de la dépendance intermédiaire, Hypothèse démographique d'espérance de vie basse et des données du panorama de la statistique 2021 (INSEE).

Si ce scénario devait être mis en œuvre, il sera primordial de préparer les départements à cet accueil, notamment dans ceux où l'offre sanitaire libérale est la plus fragile (cf. annexe catégorisation des départements).

1.2.1.6 Ce qui pourrait empêcher le déploiement de ce scénario

Plusieurs phénomènes pourraient retarder, voire empêcher, la concrétisation d'un tel scénario. Notons tout d'abord qu'aujourd'hui la moyenne des durées de séjour en Ehpad est nettement supérieure à la durée médiane (plus de 3 ans versus environ 2 ans). Cet écart reflète le fait qu'un certain nombre de résidents (souvent admis peu après 60 ans) ont des durées de séjour beaucoup plus longues que les autres. Leur présence en Ehpad représente, à court terme, autant de places qui ne seront pas disponibles pour des personnes âgées plus lourdement dépendantes.

Par ailleurs, si la durée de séjour vient tout de même à fortement baisser du fait de l'entrée plus tardive de résidents à la santé plus dégradée, cela aura comme effet d'accroître la rotation de résidents et donc la vacance. En effet, après le départ de chaque résident, il existe un temps administratif (contacter des demandeurs) et logistique (remise en état des lieux) pendant lequel les lieux sont inoccupés. Il se pourrait donc que la tension sur l'offre de places en Ehpad ait pour effet d'accroître le niveau de dépendance des profils accueillis mais aussi la vacance des chambres (ce qui en pratique implique une baisse du taux d'occupation des établissements).

Contrairement au secteur du handicap, il n'existe pas à ce jour de dispositif de préorientation du type MDPH (maison départementale des personnes handicapées) qui constitue une forme de filtre à l'entrée avant de pouvoir être admis dans un établissement. En conséquence, rien ne garantit que l'accentuation du niveau de dépendance des résidents accueillis se poursuive. De fait, la mission a relevé lors de ses investigations plusieurs paramètres qui tendent à limiter le phénomène :

- l'absence de solution alternative d'hébergement concernant l'entrée de certains publics (ex. personnes handicapées vieillissantes, personnes âgées présentant des troubles psychiatriques ; personnes fortement isolées socialement).
- la priorité communale donnée pour certaines admissions : on relève ainsi que, en particulier dans les zones rurales (communes très peu denses), les profils de dépendance en Ehpad ont tendance à être moins lourds qu'ailleurs (GIR moyen pondéré inférieur d'après EHPA 2019), phénomène qui peut s'expliquer par la faible diversité locale des offres d'hébergement. En conséquence de quoi, une demande émanant d'une personne âgée par exemple GIR 4 vivant dans la commune pourrait être privilégiée à celle provenant d'une personne GIR 2 résidant dans un autre département.
- le manque de personnel, notamment médical : plusieurs directeurs et directrices d'Ehpad ont fait part à la mission lors de ses auditions de pratiques d'admission consistant à ajuster la lourdeur des profils accueillis aux capacités RH de leur Ehpad. Ainsi, il peut arriver que le dossier de certains demandeurs soit écarté car ils n'ont pas de médecin traitant ou que leur médecin traitant refuse d'effectuer des visites au sein de l'Ehpad (une telle pratique entrave a fortiori une allocation optimale interdépartementale des places d'Ehpad). Ce mode de fonctionnement des admissions s'explique par la volonté de ne pas mettre en difficulté les personnels en place (généralement en net sous-effectif, notamment médicaux, mais pas que) et de ne pas dégrader l'accompagnement des personnes déjà accueillies.

Pour autant, il n'apparaît pas souhaitable à la mission Igas de mettre en place des barrières à l'entrée, par exemple en conditionnant l'entrée en Ehpad au fait d'avoir un GIR 1 à 3 ou 1 à 4. En effet, la gestion d'un Ehpad nécessite des compétences managériales fines que des seuils théoriques pourraient lourdement fragiliser. Développer l'offre d'accompagnement à domicile ou en habitats alternatifs (par exemple pour les personnes handicapées vieillissantes en accueil familial ou pour les personnes isolées en résidences et habitats inclusifs) sera le moyen le plus pertinent de réduire la demande d'admission qui s'adresse aux Ehpad, sachant qu'au regard des données de la Drees (baromètre d'opinion) les entrées en Ehpad ne sont, dans bien des cas, pas souhaitées par les personnes, et ne sont envisagées par leur entourage qu'en ultime recours, une fois que les autres modes d'organisation ont été essayés.

Il se pourrait par ailleurs que, contrairement à une idée largement répandue, les situations complexes dans le maintien à domicile (qui du même coup basculent en Ehpad) ne sont pas nécessairement traduites par les degrés de dépendance sévère (au sens du GIR). En effet, comme l'ont rappelé plusieurs acteurs auditionnés par la mission, une personne GIR 1 alitée requiert beaucoup de soins et d'aides quotidiennes mais elle est relativement simple à prendre en charge, contrairement à une personne GIR 4 déambulante (donc avec de meilleures capacités fonctionnelles) ayant des troubles neurocognitifs. Or, dans le présent scénario, les personnes GIR 4 ayant des troubles neurocognitifs ne sont pas prioritairement logées en Ehpad, mais préférentiellement en résidences. Ces dernières nous ont pourtant souvent rappelé qu'elles ne sont pas outillées aujourd'hui pour accompagner des personnes ayant ce type de troubles. S'il reste difficile dans les années à venir de retarder l'entrée en Ehpad des personnes GIR 4 ayant des troubles neurocognitifs, le volume de places d'Ehpad va saturer beaucoup plus rapidement que ce qui a été présenté ici. La mission préconise néanmoins de développer le recours aux habitats inclusifs axés sur le public dépendant ayant des troubles neurocognitifs, ce qui pourrait permettre d'éviter cet écueil.

1.2.2 Scénario 1b : l'accroissement du taux d'institutionnalisation des GIR 1-2 et des GIR 3 ayant des troubles neurocognitifs ou du comportement

1.2.2.1 Éléments de justification : la tension croissante sur le domicile pourrait conduire à une moindre capacité dans les années à venir à accompagner les personnes lourdement dépendantes à domicile

L'accroissement du taux d'institutionnalisation des GIR 1-2 et des GIR 3 ayant des troubles neurocognitifs et du comportement ne correspond pas à la volonté des pouvoirs publics. Pour autant, la tension probable sur les aides professionnelles à domicile (voir l'annexe relative aux SAAD) et la baisse prévisible du volume d'aidants dans la population française conduit à entrevoir un potentiel effet de ciseaux, particulièrement pour les publics dépendants très demandeurs de soins ou de surveillance. Dans cette hypothèse, une hausse non désirée du taux d'institutionnalisation des profils lourds pourrait advenir.

1.2.2.2 Places disponibles, publics accueillis, publics non accueillis

Le principe général de la méthode pour estimer le volume de recours à l'EHPAD sous l'hypothèse 1.b est identique à celle employée au scénario 1.a. A la troisième étape, le taux d'institutionnalisation des personnes avec troubles neurocognitifs est augmenté de 10 pourcents⁶²² par rapport au scénario 1.a. Les précautions émises sur la précision des estimations demeurent.

Sous ces hypothèses, à une échelle nationale, l'offre actuelle de places en EHPAD permet d'accueillir toutes les personnes GIR1-2 et 3 atteintes de troubles neurocognitifs jusqu'en 2030. A la fin des années 2030 le nombre de places disponibles ne serait plus suffisant pour accueillir ce public, et en 2050, on estime le nombre de places manquantes à 37000 environ, soit 6 % des places disponibles actuellement.

Tableau 5 : Nombre de places disponibles sous l'hypothèse 1b

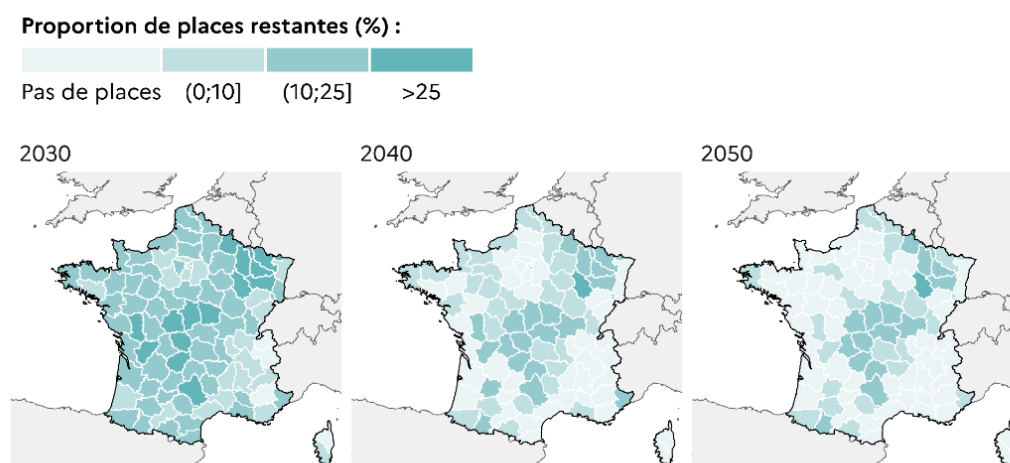
Année	Différence entre le nombre de places en EHPAD et le nombre de seniors en GIR 1-2 et 3 atteints d'un syndrome démentiel à placer en EHPAD	Proportion de places restantes en EHPAD
2020	149 102	24 %
2030	95 508	15 %
2040	-2 364	0 %
2050	-37 088	0 %

Source : Données estimées par le pôle data de l'IGAS à partir de données issues du modèle LIVIA (DREES), sous l'hypothèse d'un scénario de la dépendance intermédiaire, Hypothèse démographique d'espérance de vie basse et des données du panorama de la statistique 2021 (INSEE).

⁶²² Par exemple si le taux d'institutionnalisation des GIR 1-2 est de 50 %, on réalise la simulation avec un taux à 55 % : $50 \% \times (1 + 10 \%) = 55 \%$

Si l'on ajoute au modèle des contraintes territoriales, l'offre départementale en France métropolitaine serait en tension, comme dans le scénario précédent, dès les années 2030.

Carte 3 : Evolution par département de la part de places disponibles en EHPAD sous l'hypothèse 1.b



Source : Données estimées par le pôle data de l'IGAS à partir de données issues du modèle LIVIA (DREES), sous l'hypothèse d'un scénario de la dépendance intermédiaire, Hypothèse démographique d'espérance de vie basse et des données du panorama de la statistique 2021 (INSEE).

En 2030, la Haute-Corse, la Savoie et la Haute Savoie seraient en grande tension quand les Hautes-Alpes seraient complètement saturées. Cette situation s'aggraverait au fil du temps, et en 2040 47 départements seraient en déficit de places. Enfin en 2050 dans 61 départements le nombre de personnes à accueillir aurait dépassé la capacité. Dans les DOM, la Guyane et la Réunion entreraient en difficulté dès la fin des années 2020. La Guadeloupe entrerait en tension en 2040. En 2050, les 4 DOM seraient en manque de places.

Le scénario 1.a a montré qu'à une échelle nationale l'offre en EHPAD serait juste suffisante en termes de places pour maintenir le niveau d'accueil actuel des personnes très dépendantes (GIR 1-2) ou dont la prise en charge à domicile est difficile (GIR3 atteintes de troubles neurocognitifs ou du comportement). Toutefois, le scénario 1.b montre qu'avec un élargissement même limité des publics accueillis certains départements se trouveraient en difficulté dès les années 2030, et dès 2040 l'offre globale ne suffirait pas à accueillir ce public.

1.2.2.3 Enjeux et conséquences : transformation accélérée des Ehpads en unités de soins de longue durée

Ce scénario aurait des conséquences similaires, quoique plus marquées et plus précoces, à celles du scénario précédent, avec une transformation cette fois-ci accélérée des Ehpads en unités de soins de longue durée au regard du profil des publics accueillis.

1.2.2.4 L'effort concomitant à réaliser sur la sphère du domicile

On constate que l'accroissement du taux d'institutionnalisation des personnes âgées très dépendantes ou atteintes d'un trouble neurocognitif aurait un effet marginal sur la part de ces personnes à domicile respectivement au scénario précédent. La part de personnes très dépendantes à domicile resterait relativement contenue (par construction du scénario lui-même), en revanche, la part de personnes modérément dépendantes à domicile prendrait une place plus importante.

Tableau 6 : Répartition des personnes âgées au domicile par niveau de dépendance selon le scénario 1.b

Année	Nombre de GIR 1 et 2 hors structures	Proportion de GIR 1 et 2 hors structures (%)	Nombre de GIR 3 et 4 hors structures	Proportion de GIR 3 et 4 hors structures (%)	Nombre de GIR 5 et 6 hors structures	Proportion de GIR 5 et 6 hors structures (%)
2020	363 038	49.2	1 622 188	83.7	14 967 279	99.7
2030	395 509	49.3	2 003 720	87.1	17 332 602	99.8
2040	453 138	48.7	2 472 617	90.9	18 576 160	100.0
2050	465 346	48.4	2 709 482	92.2	19 248 379	100.0

Source : Données estimées par le pôle data de l'IGAS à partir de données issues du modèle LIVIA (DREES), sous l'hypothèse d'un scénario de la dépendance intermédiaire, Hypothèse démographique d'espérance de vie basse et des données du panorama de la statistique 2021 (INSEE).

En termes de volumes, entre 2020 et 2040, le nombre de personnes très dépendantes à domicile passerait de 363 000 à 453 000, quand celles moyennement dépendantes passeraient de 1,6 million à 2,47 millions. C'est sur cette frange de la population que tout l'enjeu d'accueil va résider.

1.2.2.5 Ce qui pourrait empêcher le déploiement de ce scénario

Toutes les limites détaillées dans le scénario précédent valent qualitativement ici, mais elles seraient toutes plus prononcées quantitativement.

1.2.3 Scénario 1c : le maintien, pour les Ehpad, du profil des publics qu'ils accueillent actuellement

1.2.3.1 Éléments de justification : le nécessaire mixage des publics en Ehpad ou l'incapacité RH à prendre des profils plus lourds en Ehpad

Comme indiqué dans le premier scénario, plusieurs facteurs peuvent justifier de ne pas alourdir le niveau de dépendance moyen des résidents en Ehpad par rapport à ce qu'il est aujourd'hui : l'attractivité de ces structures pour les personnels, la volonté de les ouvrir sur la cité et d'en faire

des lieux de vie, la nécessité d’opérer une transformation des Ehpad dans une logique domiciliaire ou encore la préférence de certains commissions locales d’admission à prendre des personnes âgées résidant sur leur commune d’appartenance.

1.2.3.2 Places disponibles, publics accueillis, publics non accueillis

Le nombre de personnes considérées « en institution » correspond aux volumes observés en 2015. Il sera retranché du nombre de personnes estimé par groupe de GIR dans les prochaines années à partir du modèle LIVIA, afin d’obtenir l’estimation du « nombre de personnes par groupe de GIR hors EHPAD ». Les simulations sont résumées dans le tableau suivant :

Tableau 7 : Estimation par groupe de dépendance du nombre de personnes accompagnées « hors Ehpad »

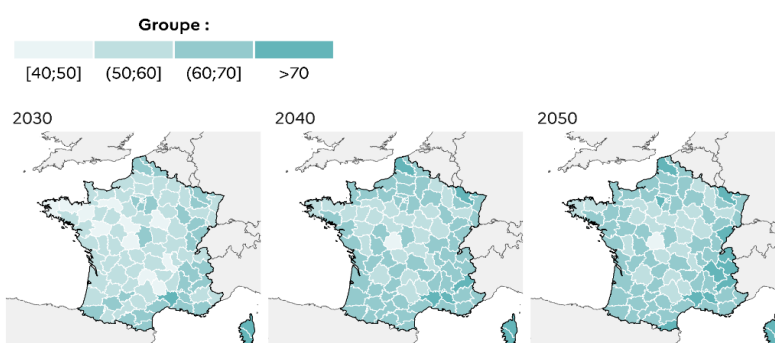
Année	Nombre de GIR 1 et 2 hors EHPAD	Proportion de GIR 1 et 2 hors EHPAD (%)	Nombre de GIR 3 et 4 hors EHPAD	Proportion de GIR 3 et 4 hors EHPAD (%)	Nombre de GIR 5 et 6 hors EHPAD	Proportion de GIR 5 et 6 hors EHPAD (%)
2020	410 990	55.7 %	1 723 728	89.0 %	14 956 261	99.6 %
2030	475 990	59.3 %	2 087 514	90.7 %	17 307 272	99.7 %
2040	604 328	64.9 %	2 505 703	92.1 %	18 530 829	99.7 %
2050	635 461	66.0 %	2 725 756	92.7 %	19 200 936	99.7 %

Source : Données estimées par le pôle data de l’IGAS à partir de données issues du modèle LIVIA (DREES), sous l’hypothèse d’un scénario de la dépendance intermédiaire, Hypothèse démographique d’espérance de vie basse et des données du panorama de la statistique 2021 (INSEE).

Sous cette hypothèse, on observerait un taux de désinstitutionnalisation particulièrement croissant parmi les personnes les plus dépendantes (GIR 1-2).

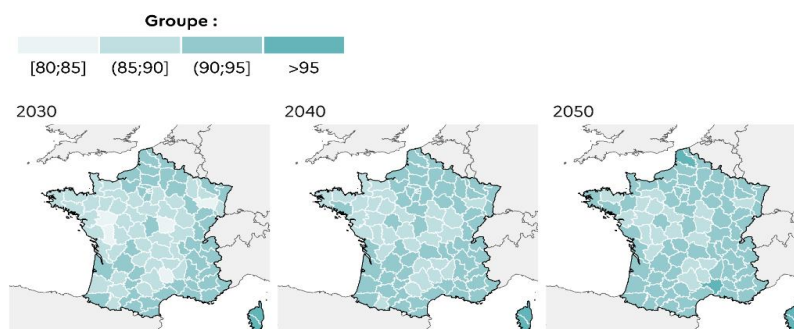
L’évolution sur les prochaines décennies de la répartition départementale de la proportion de personnes hors EHPAD pour ce niveau de dépendance serait la suivante :

Carte 4 : Proportion de GIR 1-2 hors EHPAD (en %)



Source : Données estimées par le pôle data de l’IGAS à partir de données issues du modèle LIVIA (DREES), sous l’hypothèse d’un scénario de la dépendance intermédiaire, Hypothèse démographique d’espérance de vie basse et des données du panorama de la statistique 2021 (INSEE).

Carte 5 : Proportion de GIR 3-4 hors EHPAD



Source : Données estimées par le pôle data de l'IGAS à partir de données issues du modèle LIVIA (DREES), sous l'hypothèse d'un scénario de la dépendance intermédiaire, Hypothèse démographique d'espérance de vie basse et des données du panorama de la statistique 2021 (INSEE).

1.2.3.3 Enjeux et conséquences : transformation progressive des résidences en Ehpad du point de vue des publics accueillis

Par comparaison avec le scénario 1a, le public qui serait accueilli en Ehpad étant moins lourdement dépendant, celui qui serait candidat pour loger en résidences aurait des chances de l'être plus que précédemment. Cela tendrait à rapprocher progressivement le profil de public accueilli en résidences de celui des Ehpad.

1.2.3.4 L'effort concomitant à réaliser sur la sphère du domicile

Afin de mieux appréhender l'ampleur du phénomène sur le volet domiciliaire, on peut comparer ce scénario à un scénario où le taux d'institutionnalisation resterait inchangé. En effet, si l'on considère que la part de personnes relevant de l'EHPAD est constante au fil du temps et qu'il correspond au taux d'institutionnalisation observé en 2015, on peut estimer ce nombre de personnes pour les années futures, et sous l'hypothèse du scénario 1.c le nombre de personnes qui ne pourraient être accueillies en EHPAD.

Tableau 8 : Evolution du nombre de personnes à domicile alors qu'elles auraient un « profil EHPAD » par comparaison au taux d'institutionnalisation actuel

Année	GIR 1 et 2 profil EHPAD à domicile	GIR 3 et 4 profil EHPAD à domicile	GIR 5 et 6 profil EHPAD à domicile
2030	45 092	60 810	13 936
2040	104 985	111 138	18 506
2050	119 511	137 174	20 857

Source : Données estimées par le pôle data de l'IGAS à partir de données issues du modèle LIVIA (DREES), sous l'hypothèse d'un scénario de la dépendance intermédiaire, Hypothèse démographique d'espérance de vie basse et des données du panorama de la statistique 2021 (INSEE).

A horizon 2030, il faudrait accueillir à domicile pratiquement 120 000 personnes qui ont un profil d'Ehpad, 235 000 en 2040 et 278 000 en 2050. En d'autres termes, parmi les personnes à domicile, ce serait presque une personne sur dix qui en 2030 serait en GIR 1 ou 2 sachant qu'elle aurait correspondu au profil d'une personne allant en Ehpad en 2020 (45 092 sur 475 990) ; l'accroissement du volume de personnes de GIR 1 et 2 à prendre en charge à domicile proviendra très majoritairement (plus des deux tiers) de ce type de public (des personnes qui en 2020 auraient été en Ehpad mais n'y seraient plus en 2030) : en effet, entre 2020 et 2030, le nombre de GIR 1 et 2 hors de l'Ehpad en plus n'est que de 65 000.

Si ces personnes étaient aiguillées vers les résidences autonomie (cf. Tableau 8), ces dernières seraient pleinement occupées dès 2030, avec un public ne correspondant pas du tout à la cible de public (autonome) pour laquelle les résidences autonomie ont jusqu'à présent été conçues. Plus d'un tiers des résidents seraient alors sévèrement dépendants (GIR 1-2) et environ 9/10 seraient dépendants (modérément ou sévèrement).

1.2.3.5 Ce qui pourrait empêcher le déploiement de ce scénario

Plusieurs facteurs pourraient empêcher en pratique les Ehpad de conserver un profil de publics accueillis proche de celui d'aujourd'hui. Le premier tient au fait que le nombre de personnes lourdement dépendantes à prendre en charge en dehors des Ehpad serait fortement accru, alors même que le contexte général (RH, aidants) ne va pas le faciliter. Or, la pression des familles et des médecins traitants, dépassés par un accompagnement devenant parfois trop lourd à domicile, peut être forte sur les directions d'Ehpad pour des admissions. A cela s'ajoute le fait que, lorsque les personnes âgées dépendantes ont été hospitalisées mais que l'option d'un retour à domicile n'est plus envisagée, ce sont les services hospitaliers qui poussent à des entrées en Ehpad de sorte à ne pas dégrader leur durée moyenne de séjour (DMS), sans quoi le budget de l'hôpital s'en trouve impacté (financement à l'activité avec la T2A).

2 Scénario 2 : Maintien du taux d'institutionnalisation actuel sans réalisation d'un virage domiciliaire

2.1 Explication du scénario et de ses implications pratiques

Comme indiqué précédemment, l'accroissement fort de la population âgée dépendante dans les années à venir va obliger, indépendamment de tout virage domiciliaire dans les accompagnements, à une hausse forte des capacités de prise en charge à domicile (cf. +45 % à horizon 2050 par rapport à 2020), et ce, dans un contexte de tensions RH forte (absence de croissance de la population active, voire baisse à partir de 2040). Dans un tel contexte, il pourrait donc se produire un maintien du taux d'institutionnalisation des personnes âgées dépendantes, maintien qui peut se faire soit de façon accompagnée (par la construction d'établissements médico-sociaux) soit de façon incontrôlée (par une embolie progressive des hôpitaux avec des hospitalisations en masse de personnes âgées dépendantes mal accompagnées à domicile).

2.2 Scénario 2a : la construction massive de places d'Usld/Ehpad

2.2.1 Éléments de justification : difficulté à prendre en charge demain à domicile des situations correspondant à des personnes aujourd'hui accueillies en Ehpad

Les données d'enquête précitées (ex. baromètre d'opinion de la Drees) montrent que, d'ores et déjà et dès avant la crise covid et le scandale Orpea, l'Ehpad a une image repoussoir : les personnes souhaitent souvent ne pas y aller même dans l'éventualité où elles deviendraient dépendantes. Ce phénomène se traduit aujourd'hui par l'augmentation de l'âge d'entrée en Ehpad et, comme l'ont relevé nombre de responsables d'Ehpad, par des entrées fréquemment précipitées et impréparées. Or, la mise sous tension RH de la sphère du domicile par l'augmentation forte des personnes à accompagner ces prochaines années risque de ne pas faciliter le maintien à domicile de personnes ayant un profil proche de celui des publics qui entrent en Ehpad (cf. épuisement des aidants, incapacité à réorganiser les accompagnements à domicile ou à réaménager les logements après une aggravation de l'état de santé, faiblesse de l'offre d'hébergement alternatif à l'Ehpad).

Par ailleurs, il n'est pas du tout évident, qu'en l'absence de solutions autres, il soit si aisé dans les années à venir de limiter les entrées en Ehpad de personnes en GIR 5 ou 6 ou des personnes de moins de 75 ans (profil PHV, profils psychiatrique, grands précaires...).

Le travail comparatif mené par la mission avec le Danemark (voir l'annexe 15) tend ainsi à montrer qu'après une phase de désinstitutionnalisation forte, le Danemark est aujourd'hui à la croisée des chemins : parti d'un taux d'institutionnalisation nettement plus élevé que la France, il se situe aujourd'hui à un niveau proche, certains acteurs sociaux appelant désormais à la construction massive de logements spécialisés grand âge fortement médicalisés (correspondant à une version domiciliaire des Ehpad en France) pour faire face à l'arrivée dans la dépendance des générations du baby-boom d'après-guerre.

Dans ce contexte, envisager un maintien du taux d'institutionnalisation permet de mesurer l'ampleur de l'effort qu'il y aurait à fournir en termes de constructions si la proportion de gens à domicile, en Ehpad et en résidence autonomie restait la même qu'aujourd'hui.

2.2.2 Places à construire, publics accueillis

Sous l'hypothèse d'un taux d'institutionnalisation inchangé, on peut estimer le nombre de personnes à héberger dans les EHPAD (nommées « profil EHPAD » dans le scénario 1.c). Le nombre de places qui manqueraient passe de 100 000 environ en 2030 au triple en 2050. Ces résultats sont convergents avec ceux publiés par la Drees fin 2020. Ce nombre de places manquantes peut se traduire en nombre d'EHPAD à construire⁶²³ si tous ces candidats potentiels devaient trouver une

⁶²³ On estime à qu'un EHPAD accueille en moyenne 80 personnes et on fixe un taux d'occupation à 95 % pour tenir compte du turn over.

place, on peut également regarder quelle proportion de « candidats » à l’EHPAD sans place cela représente.

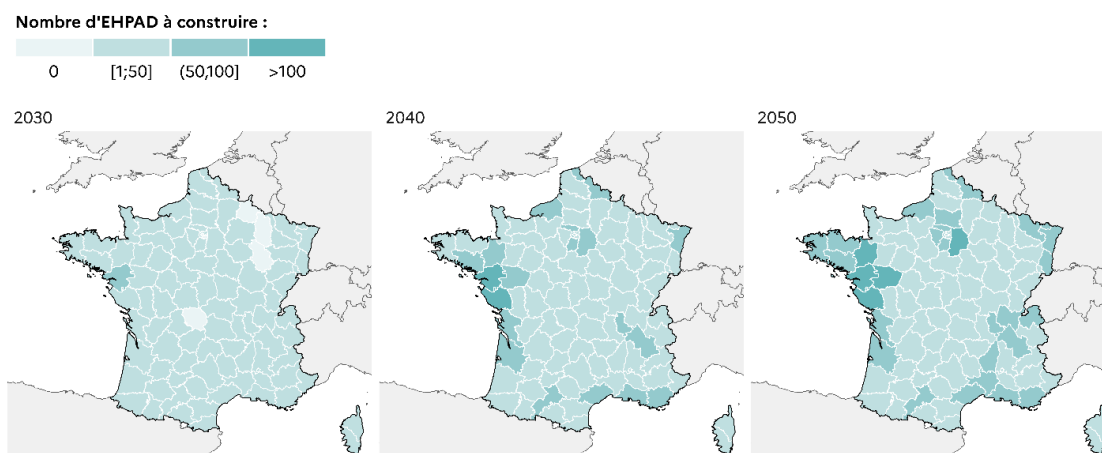
Tableau 9 : Nombre de places manquantes sous l’hypothèse d’un taux d’institutionnalisation inchangé

Année	Places manquantes	Proportion hors EHPAD (%)	Nombre d'EHPAD à construire
2030	103 672	14 %	1 364
2040	244 890	28 %	3 222
2050	306 468	33 %	4 032

Source : Données estimées par le pôle data de l’IGAS à partir de données issues du modèle LIVIA (DREES), sous l’hypothèse d’un scénario de la dépendance intermédiaire, Hypothèse démographique d’espérance de vie basse et des données du panorama de la statistique 2021 (INSEE).

Encore une fois, on observe de grosses hétérogénéités départementales qui reflètent les perspectives démographiques. Notons qu’en 2030, seulement 6 départements auraient une offre en EHPAD suffisante (Ardennes, Creuse, Haute-Marne, Meuse, Paris et le Val-de-Marne)

Carte 6 : Nombre d’Ehpad à construire



Source : Données estimées par le pôle data de l’IGAS à partir de données issues du modèle LIVIA (DREES), sous l’hypothèse d’un scénario de la dépendance intermédiaire, Hypothèse démographique d’espérance de vie basse et des données du panorama de la statistique 2021 (INSEE).

2.2.3 Enjeux et conséquences : des Ehpad mixant des publics au niveau de dépendance variable

Le maintien du taux d'institutionnalisation actuel permettrait de conserver des Ehpad avec des profils de résidents proches de ceux que l'on connaît aujourd'hui. Cela présenterait des avantages similaires à ceux détaillés ci-dessus pour le scénario 1c (maintien des mêmes profils de résidents en Ehpad) : meilleure attractivité de ces structures pour les personnels, plus grande facilité à ouvrir l'Ehpad sur la cité, d'en faire des lieux de vie, et d'opérer sa transformation domiciliaire...

La construction de nouveaux Ehpad pourrait présenter plusieurs atouts : accélérer la transformation domiciliaire des Ehpad par la construction d'établissements repensés dans leur architecture et leur fonctionnement interne ; resserrer le maillage territorial en Ehpad en France permettant une plus grande proximité entre enfants et parents ou entre domicile historique et Ehpad ; coller à l'évolution des besoins territoires par territoires (c'est-à-dire construire des Ehpad là où l'augmentation de la population âgée dépendante va être la plus forte – voir l'annexe relative à l'évolution démographique de la population âgée dépendante qui détaille les différences départementales considérables à l'œuvre dans les années à venir).

Une telle dynamique présenterait par ailleurs l'intérêt pour les résidences de conserver un modèle fortement tourné vers les publics autonomes : en effet, en l'absence de construction de places d'Ehpad, le risque est grand pour ces dernières de voir progressivement le niveau de dépendance de leurs résidents s'élever sans parvenir à orienter les personnes vers les Ehpad du fait de la saturation des Ehpad par des profils très lourds (cf. scénarios 1).

Il se pourrait par ailleurs que le maintien du taux d'institutionnalisation soit plus efficient en termes RH et financiers qu'un virage domiciliaire mal maîtrisé : en effet, si le monde du domicile n'est pas suffisamment armé pour faire face à la forte montée en charge qui se profile, il est vraisemblable que les difficultés d'entrée en Ehpad conduisent à des hospitalisations incontrôlées (DMS en hausse) dont la pertinence socio-économique serait très discutable (voir ci-dessous).

2.2.4 A demande stable, la nécessaire construction de résidences autonomie

Une part non négligeable des personnes âgées réside aujourd'hui en résidence autonomie et il est nécessaire de prendre en compte également leur prise en charge. Si l'on considère que la demande en résidence autonomie va rester stable par niveau de dépendance (ie. taux d'institutionnalisation inchangé par groupe de GIR), l'offre actuelle serait loin de répondre à la demande future. En effet, il faudrait dès 2030 offrir 811 résidences autonomie⁶²⁴ en plus, et pratiquement 1500 à horizon 2050.

⁶²⁴ Hypothèse de capacité de 50 places et taux d'occupation de 0,95

Tableau 10 : Nombre de logements en résidences autonomie à construire sous l'hypothèse d'un taux d'institutionnalisation inchangé

Année	Nombre de places à construire	Nombre de RA à construire
2030	36655	811
2040	55575	1214
2050	67768	1478

Source : Données estimées par le pôle data de l'IGAS à partir de données issues du modèle LIVIA (DREES), sous l'hypothèse d'un scénario de la dépendance intermédiaire, Hypothèse démographique d'espérance de vie basse et des données du panorama de la statistique 2021 (INSEE).

2.2.5 L'effort concomitant à réaliser sur la sphère du domicile

Parallèlement à l'ensemble des constructions nécessaires pour assurer un maintien du taux d'institutionnalisation, il faudrait également se préparer à accueillir un nombre croissant de personnes dépendantes à domicile (stricto sensu sans prendre en compte les résidences autonomie). En effet, le nombre de personnes dépendantes au domicile évoluerait lui aussi à la hausse, suivant la pente démographique. Ainsi le nombre de personnes très dépendantes à domicile augmenterait d'environ 29 000 entre 2020 et 2030, et de 75 000 entre 2030 et 2050, quand celui des personnes dépendantes de 335 000 entre 2020 et 2030 puis de 525 000 entre 2030 et 2050. La répartition par type de GIR est donnée dans le tableau 11 ci-dessous.

Tableau 11 : Répartition par niveau de dépendance des personnes à domicile de 2030 à 2050

Année	Nombre de GIR 1 et 2 hors structures	Proportion de GIR 1 et 2 hors structures (%)	Nombre de GIR 3 et 4 hors structures	Proportion de GIR 3 et 4 hors structures (%)	Nombre de GIR 5 et 6 hors structures	Proportion de GIR 5 et 6 hors structures (%)
2030	428 890	53.4	1 990 755	86.5	17 181 691	99.0
2040	491 914	52.8	2 337 072	85.9	18 377 294	98.9
2050	504 959	52.5	2 516 921	85.6	19 030 414	98.8

Source : Données estimées par le pôle data de l'IGAS à partir de données issues du modèle LIVIA (DREES), sous l'hypothèse d'un scénario de la dépendance intermédiaire, Hypothèse démographique d'espérance de vie basse et des données du panorama de la statistique 2021 (INSEE).

2.2.6 Ce qui pourrait empêcher le déploiement de ce scénario

Outre le fait qu'un tel scénario ne correspond pas aux orientations actuelles de la politique publique du grand âge (moratoire de fait sur la construction de places d'Ehpad), il ne semble pas évident à réaliser en pratique. En effet, plusieurs acteurs auditionnés par la mission ont fait part du fait qu'il faut plusieurs années pour ouvrir un Ehpad (identification du foncier et du porteur du

projet, montage financier, construction), dont il faut rappeler que les normes de construction sont particulières et exigeantes (du fait des publics vulnérables accueillis).

2.3 Scénario 2b : la transformation des résidences en Ehpad du point de vue des publics accueillis

2.3.1 Éléments de justification : transformer une offre existante serait plus rapide que d'en créer une ex nihilo

Face à l'accroissement de la population âgée dépendante, il se pourrait qu'une piste à envisager concerne la transformation des résidences en Ehpad. Un tel mouvement n'est pas juridiquement possible pour les résidences autonomie qui sont contraintes par des seuils réglementaires à ne pas dépasser (moins de 10 % de GIR1-2 et moins de 15 % de GIR1-3) mais la requalification récente d'une résidence services en Ehpad de fait montre que ce mouvement n'a rien d'impossible.

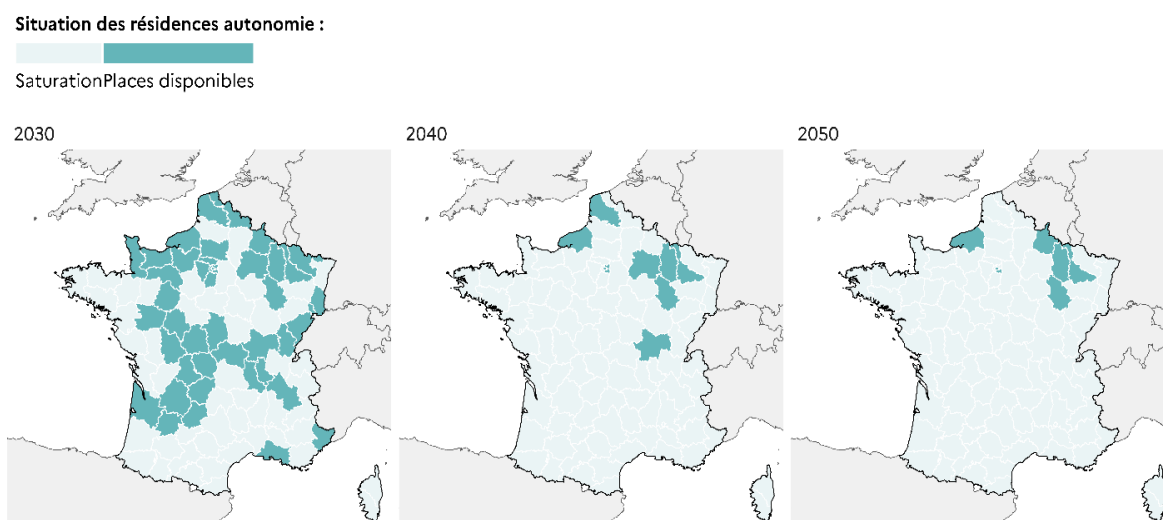
Un tel scénario présenterait plusieurs intérêts : accompagner l'accroissement de la population âgée dépendante en résidences et assurer ainsi des prises en charge adéquates aux publics logés ; opérer la transformation domiciliaire des Ehpad (les résidences sont organisées par logements et non par chambres) ; répondre aux besoins d'une façon rapide et souple en fonction des contraintes propres à chaque territoire.

Un tel scénario pourrait s'accompagner de la construction concomitante de nouvelles résidences autonomie afin que ne disparaisse pas un segment alternatif de l'offre à destination des personnes âgées autonomes, qui plus est concernant des publics à revenus modérés.

2.3.2 Places à construire, publics accueillis

Sous l'hypothèse que les résidences autonomie pourraient accueillir un public plus large, on simule leur occupation par les personnes qui n'étaient pas accueillies au scénario 2a en l'absence de constructions nouvelles d'Ehpad. La situation par département est décrite dans les cartes ci-dessous. On constate que dès 2030 les résidences autonomie ne suffiraient pas à absorber la demande dans plus de la moitié des départements (51) et dans 95 % des cas le seuil réglementaire de 15 % de GIR 1-2-3 serait dépassé. En 2040, seuls 10 départements ne verraient pas l'ensemble de leurs résidences autonomies saturées (et 82 dépasseraient le seuil de 15 % GIR1 2 ou 3), ils seraient 7 en 2050.

Carte 7 : Répartition des places disponibles en résidences autonomie sous l'hypothèse d'un accueil des personnes avec un profil d'EHPAD



Source : Données estimées par le pôle data de l'IGAS à partir de données issues du modèle LIVIA (DREES), sous l'hypothèse d'un scénario de la dépendance intermédiaire, Hypothèse démographique d'espérance de vie basse et des données du panorama de la statistique 2021 (INSEE).

Si l'on pousse le raisonnement plus loin, on peut simuler la création de résidences autonomie pour accueillir ce public⁶²⁵. Sous ces hypothèses de taux d'institutionnalisation inchangés les volumes seraient les suivants (approche nationale avec mobilité géographique interdépartementale des personnes âgées dépendantes) :

Tableau 12 : Scénario 2b : Nombre de logements manquants en résidences autonomie

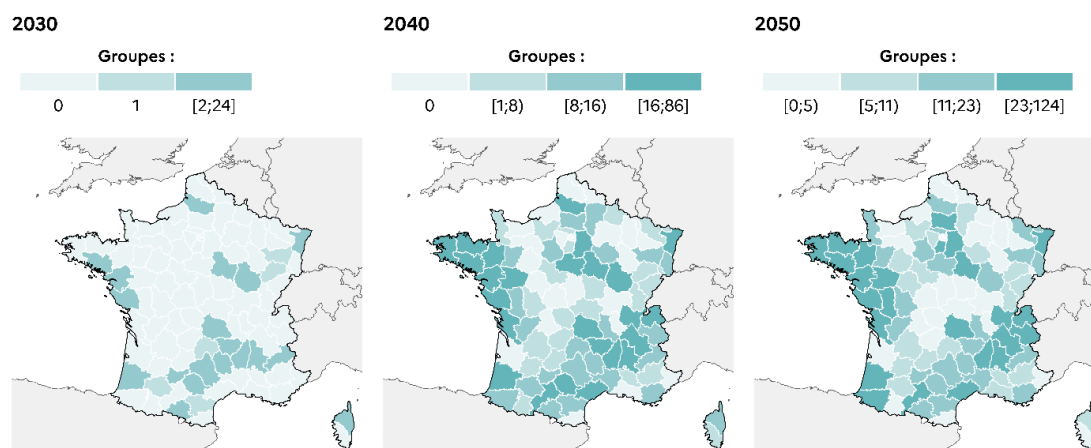
Année	Places restantes	Nombre de résidences autonomie à construire	Proportion hors EHPAD et RA (%)
2030	10 682	0	0 %
2040	-130 536	2 748	15 %
2050	-192 114	4 045	21 %

Source : Données estimées par le pôle data de l'IGAS à partir de données issues du modèle LIVIA (DREES), sous l'hypothèse d'un scénario de la dépendance intermédiaire, Hypothèse démographique d'espérance de vie basse et des données du panorama de la statistique 2021 (INSEE).

⁶²⁵ Sous l'hypothèses de 50 places par résidences et un taux d'occupation à 95 %

La répartition géographique du nombre de RA à créer serait la suivante pour faire face aux places manquantes.

Carte 8 : Nombre de résidences autonomes à construire par département sous l'hypothèse d'un accueil des personnes avec un profil d'EHPAD



Source : Données estimées par le pôle data de l'IGAS à partir de données issues du modèle LIVIA (DREES), sous l'hypothèse d'un scénario de la dépendance intermédiaire, Hypothèse démographique d'espérance de vie basse et des données du panorama de la statistique 2021 (INSEE).

Il est important de garder à l'esprit que les simulations précédentes ne prennent pas en compte les personnes qui iraient en résidence autonomie selon les critères actuels (tableau 10). Ainsi si on les ajoute à la demande résumée dans le tableau 12, la demande en résidences autonomie serait très forte :

Tableau 13 : Nombre de résidences autonomie à construire sous l'hypothèse d'un accueil des personnes âgées avec un profil d'EHPAD et résidence autonomie

Année	Nombre de logements RA à construire	Nombre de RA à construire
2030	36 655	772
2040	191 111	4024
2050	259 882	5472

Source : Données estimées par le pôle data de l'IGAS à partir de données issues du modèle LIVIA (DREES), sous l'hypothèse d'un scénario de la dépendance intermédiaire, Hypothèse démographique d'espérance de vie basse et des données du panorama de la statistique 2021 (INSEE).

On peut également imaginer que les résidences services pourraient accueillir les résidents qui n'auraient pas pu être accueillis en RA ou en Ehpad. Ainsi en se basant sur les nombres de places de résidences services⁶²⁶ (cf. annexe 6 résidences services) le nombre de places en résidences autonomes à construire serait très sensiblement revu à la baisse comme le montre le tableau 14, notamment dans les années 2030, mais dès 2040 cette nouvelle offre ne suffirait pas à absorber la demande.

Tableau 14 : Nombre de RA à construire sous l'hypothèse d'accueil de personnes à profil Ehpad en RA et RSS

Année	Nombre de places RA à construire	Nombre de RA à construire
2030	11095	234
2040	175635	3698
2050	250913	5283

Source : Données estimées par le pôle data de l'IGAS à partir de données issues du modèle LIVIA (DREES), sous l'hypothèse d'un scénario de la dépendance intermédiaire, Hypothèse démographique d'espérance de vie basse et des données du panorama de la statistique 2021 (INSEE).

2.3.3 Enjeux et conséquences : transformation progressive des résidences autonomie en quasi Ehpad

Un tel scénario aura pour effet d'accroître fortement le profil de personnes âgées dépendantes en résidences (plus ou moins selon la nature des publics accueillis en Ehpad et selon le volume de logements en résidences disponibles). Armer ces structures sur les volets soins et aides à domicile constituerait donc des enjeux de premier ordre.

En effet si l'on fait l'hypothèse que les personnes les plus dépendantes sont placées prioritairement en Ehpad, puis en résidences (services et autonomie), la répartition par GIR dans les Ehpad et les résidences services et résidences autonomie serait la suivante.

⁶²⁶ La capacité d'accueil des résidences services est estimée selon la taille du logement avec 1 personne par F1 ou F2 et 1.5 à partir d'une F3

Tableau 15 : Répartition par niveau de dépendance des résidents en Ehpad selon l'hypothèse d'un maintien du taux d'institutionnalisation (Ehpad) et priorité donnée aux cas les plus dépendants

Année	GIR 1-2 (%)	GIR 3-4 (%)	GIR 5-6 (%)
2030	59.9	38.8	1.2
2040	70.3	29.7	0.0
2050	73.1	26.9	0.0

Source : Données estimées par le pôle data de l'IGAS à partir de données issues du modèle LIVIA (DREES), sous l'hypothèse d'un scénario de la dépendance intermédiaire, Hypothèse démographique d'espérance de vie basse et des données du panorama de la statistique 2021 (INSEE).

Tableau 16 : Répartition en résidences par niveau de dépendance et par origine des résidents

Année	GIR 1-2 profils EHPAD (%)	GIR 3-4 profils EHPAD (%)	GIR 5-6 profils EHPAD (%)	GIR 1-2 profils RA (%)	GIR 3-4 profils RA (%)	GIR 5-6 profils RA (%)
2030	0.0	16.3	28.1	1.5	13.1	40.9
2035	0.1	41.1	33.7	0.8	5.9	18.5
2039	0.1	62.8	36.0	0.0	0.2	0.8

Source : Données estimées par le pôle data de l'IGAS à partir de données issues du modèle LIVIA (DREES), sous l'hypothèse d'un scénario de la dépendance intermédiaire, Hypothèse démographique d'espérance de vie basse et des données du panorama de la statistique 2021 (INSEE).

Note de lecture : 16, 3 % des habitants de résidences auraient en 2030 un profil GIR 3-4 et vivraient en résidences faute de places suffisantes en Ehpad ; dans le même temps, les résidences continueraient d'accueillir des personnes en GIR 3-4 correspondant à des personnes qui aujourd'hui ne vont pas en Ehpad (13,1 %). Le tableau ne présente pas de données au-delà de 2039 car après cette date le volume de place d'Ehpad n'est plus suffisant pour accueillir le public ciblé dans ce scénario pour les Ehpad.

Ainsi, en 2030, près d'un tiers des habitants de résidences (31 %) seraient dépendants ou très dépendants. La croissance serait ensuite très rapide puisque dès 2035 ce serait presque la moitié (48 %) (sachant qu'à cette date, les trois quarts des résidents auraient un profil pouvant correspondre à des personnes qui aujourd'hui vont en Ehpad) et 63 % en 2050 (sachant qu'à cette date, la quasi-totalité des résidents auraient un profil pouvant correspondre à des personnes qui aujourd'hui vont en Ehpad). La distinction entre ce qui est ici dénommé « profils Ehpad » et « profils RA » a son importance dans la mesure où, à même GIR, la capacité à réaliser des actes de la vie quotidienne est moindre en Ehpad aujourd'hui qu'en RA, ce qui signifie que le GIR ne rend

pas à lui seul compte de la lourdeur des accompagnements en Ehpad (pour plus de détails, voir la publication DREES n°1284 de novembre 2023 et l'annexe relative aux résidences autonomie).

En l'absence de construction de places d'Ehpad et dans l'hypothèse où les personnes ne parviendraient pas plus (mais pas moins non plus) à se maintenir en domicile ordinaire (par exemple du fait d'une montée en puissance insuffisante des acteurs du domicile), nous pourrions observer une augmentation du public âgé dépendant en résidences autonomies comme en résidences services, au point que dans une dizaine d'années, la majorité des habitants des résidences seraient dépendants (pour l'essentiel en GIR 3 ou 4). Les résidences n'auraient donc pas le profil de public accueilli en Ehpad (dont la dépendance est en moyenne nettement plus forte), mais leur public dépendant serait rapidement majoritaire, les positionnant sur un segment intermédiaire, entre l'Ehpad et le domicile ordinaire en termes de public logé.

2.3.4 Ce qui pourrait empêcher le déploiement de ce scénario

Plusieurs éléments pourraient empêcher le déploiement de ce scénario de transformation des résidences en Ehpad. Tout d'abord, les départements ne sont pas tous aussi bien dotés en résidences, autonomie ou services (voir l'annexe 13 relative à la catégorisation des territoires) : l'Yonne, les Landes ou l'Hérault comptent très peu de résidences autonomie quand, à l'inverse, la Marne, la Seine-Maritime et le Maine-et-Loire sont très équipés. Concernant les résidences services, le Lot et les Ardennes n'en ont pas alors que l'Indre-et-Loire, la Charente-Maritime et les Pyrénées-Orientales en sont bien pourvus. Ces écarts entre départements ne mettent pas les territoires en capacité d'opérer des transformations comparables de leur offre d'hébergement.

A cette première limite, s'en ajoute une seconde : les contraintes bâtimentaires à respecter pour l'ouverture au public d'un Ehpad (norme J ERP) ne sont pas les mêmes que celles des résidences, ce qui peut rendre la transformation complexe techniquement et coûteuse financièrement, quand elle n'est parfois purement et simplement pas possible (ex. escalier non transformable, absence d'ascenseur, largeur de portes ne permettant pas le passage d'un lit médicalisé). Etant donné la faible proportion de personnes sévèrement dépendantes constatées (voir ci-dessus), on pourrait néanmoins se demander quelles seraient les normes bâtimentaires indispensables à la prise en charge de ce nouveau public qui seraient pour l'essentiel modérément dépendants et non sévèrement.

De plus, avec une augmentation forte des publics âgés dépendants en résidences, c'est fondamentalement le modèle même des résidences qui se trouverait remis en cause : ces dernières sont aujourd'hui très majoritairement tournées vers l'accueil de publics autonomes, les publics dépendants qui s'y trouvent étant pour l'essentiel des personnes qui sont entrées autonomes et qui ont vieilli sur place. Avec une proportion beaucoup plus forte de publics âgés dépendants demain, on pourrait se demander si elle ne perdrait pas leur attractivité pour les publics autonomes, ces derniers pouvant avoir le souhait de ne pas vivre auprès de personnes dépendantes. Les résidences pourraient dès lors pâtir de l'image repoussoir qu'ont aujourd'hui les Ehpad, quoique dans une moindre mesure, vu que la dimension domiciliaire des résidences les rend par construction plus attractive.

Se poserait par ailleurs la question de la sécurité des prises en charge pour des publics plus requérants en soins et en surveillance et la façon de faire monter en charge les résidences sur ses aspects-là (bascule dans le régime des Ehpad ou système ad hoc prenant en compte la dépendance moindre (à savoir modérée) des publics logés en résidences). La problématique de l'accès aux médecins se poserait avec une particulière acuité dans un contexte de fortes tensions sur l'offre médicale libérale. Il est aussi vraisemblable que les personnes ayant des troubles neuro-cognitifs y seraient plus nombreuses dans la mesure où la saturation des Ehpad sur des personnes fortement requérantes en soins limiterait les départs de résidences vers les Ehpad pour les personnes ayant des troubles neuro-cognitifs en résidences. Cela nécessiterait à la fois de soutenir la montée en compétence des personnels des résidences dans l'accompagnement de ce type de public, de mieux organiser la surveillance continue des lieux et personnes et de travailler l'articulation avec des équipes mobiles spécialisées du territoire en lien avec la stratégie du plan national Alzheimer.

Se poserait aussi la question du profil des personnels, notamment de direction, des résidences. Ces structures remplissent aujourd'hui une fonction pour l'essentiel hôtelière et d'animation. Avoir demain une fonction médico-sociale prononcée nécessiterait vraisemblablement d'élever le niveau de qualification du fait de la complexité croissante des besoins des personnes accueillies et de leur plus grande vulnérabilité.

Du côté des Ehpad, l'accroissement de la part de profils lourdement dépendants ne pourrait se faire qu'en augmentant substantiellement le taux d'encadrement et en parvenant à maintenir une certaine attractivité pour les résidents comme pour les personnels à rejoindre ces structures (cf. précédemment).

2.3.5 L'effort à réaliser sur la sphère du domicile

Compte-tenu du fait que les personnes en résidences font appel aux mêmes services (SSIAD SPASAD) que celles en domicile ordinaire, l'accroissement du nombre de personnes en résidences se traduirait par une tension plus forte sur la demande d'aide à domicile qui est par ailleurs très hétérogène sur le territoire (cf. annexe catégorisation de l'offre).

2.4 Scénario 2c : des institutionnalisations incontrôlées à l'hôpital

Il pourrait se produire dans les années à venir une hausse incontrôlée de la présence de personnes âgées dépendantes au sein des services hospitaliers, indépendamment de la hausse prévisible de la population âgée au sein des hôpitaux⁶²⁷. En effet, entre d'un côté des Ehpad potentiellement saturés de cas lourds et en sous-effectif (faible taux d'encadrement au regard d'une évolution rapide des besoins des résidents) et d'un autre côté une éventuelle difficulté à accompagner

⁶²⁷ Le taux d'hospitalisation augmente à mesure que l'âge s'élève et la durée de moyenne de séjour est d'autant plus longue que les personnes sont âgées. En conséquence, le vieillissement de la population française va plus ou moins mécaniquement conduire à une augmentation forte de la part des personnes âgées dans l'activité hospitalière, qui pourraient dépasser, pour les personnes de plus de 75 ans, la moitié des journées d'hospitalisation en 2050 alors qu'elles ne représentent aujourd'hui qu'un peu plus du tiers (ce changement de nature s'accompagnerait de plus d'une augmentation intrinsèque du volume d'activités des hôpitaux, les personnes âgées étant plus requérantes en soins hospitaliers : environ +40 % d'ici 2050).

correctement les personnes à domicile (manque d'aidants, manque d'aides à domicile et pénuries médicales et paramédicales dans certains territoires), un afflux de personnes âgées dépendantes aux urgences est une perspective qu'il faut envisager. Le déplacement de la mission en Savoie (en particulier à Aix-les-Bains et dans ses environs) a montré à quel point une telle éventualité, pour peu souhaitable qu'elle soit, pourrait se transformer en réalité.

Un peu plus de 100 000 personnes âgées dépendantes ayant un profil correspondant à des personnes hébergées en institution aujourd'hui ne trouveront pas de places en 2030 en Ehpad si le moratoire de fait constaté sur la construction de places en Ehpad se poursuit dans les années à venir (cf. ci-dessus). A titre de comparaison, la France compte actuellement près de 120 000 lits en service de soins de suite et de réadaptation⁶²⁸ et 370 000 en services de médecine et chirurgie⁶²⁹.

Les auditions menées par la mission dans plusieurs hôpitaux indiquent que l'hospitalisation de personnes âgées dépendantes dont le retour à domicile est délicat peut rapidement les transformer en « bed-blockers » (c'est-à-dire des personnes dont le motif initial de leur venue a été traité par l'hôpital mais qui ne sortent pas de l'hôpital faute de solution adaptée d'hébergement et qui occupent donc un lit d'hôpital en attendant) (voir l'annexe 10 relative aux personnes âgées et le système de santé). Le risque est donc celui d'une institutionnalisation de fait de personnes âgées dépendantes qui, dans l'incapacité de retourner à leur domicile après une hospitalisation, se trouveraient pendant des durées longues à l'hôpital.

Outre le fait que cette issue serait très dommageable pour les personnes âgées dépendantes du fait des risques accrus de perte de capacités fonctionnelles associée à une hospitalisation (voire de décès), l'impact pour le système de santé serait problématique : en effet, le coût d'un séjour hospitalier est beaucoup plus élevé (du fait de la mobilisation forte de personnel soignant).

3 Scénario 3 : Hausse du taux d'institutionnalisation conduisant à un « virage d'institutionnalisation » dans le secteur du grand âge

3.1 Explication du scénario et de ses implications pratiques

Ainsi que le rappelle la Cour des comptes son rapport de 2022 sur les services de soins infirmiers à domicile, « l'accompagnement en Ssiad ou Spasad, [est une] alternative efficace à l'Ehpad, pour des personnes dépendantes qui bénéficient d'un entourage social aidant ». Or, la France va connaître une baisse du volume d'aidants par rapport à la croissance du nombre de personnes âgées dépendantes. En effet, les personnes âgées dépendantes actuelles correspondent aux

⁶²⁸ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-03/21-14.pdf>

⁶²⁹ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-09/ER1208.pdf> ; <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-07/Fiche%20201%20-%20La%20naissance%20-%20les%20maternit%C3%A9s.pdf>

parents de la génération des baby-boomers d'après-guerre tandis que la génération des baby-boomers a eu, elle, moins d'enfants que ses parents (baisse de la fécondité).

Si, en plus de cela, la montée en puissance des services d'aide à domicile peinait à se faire dans les années à venir (tensions RH probables dans un contexte d'augmentation de 36 % d'ici 2040 des prises en charge à domicile à taux d'institutionnalisation inchangée, voir ci-dessus), une partie croissante des familles françaises pourrait se trouver en difficulté pour garder à domicile leur proche parent dépendant, quand bien même rejoindre un Ehpad ne serait par leur souhait.

D'autres facteurs pourraient conduire aussi à une hausse du taux d'institutionnalisation en France. Ainsi, l'augmentation du nombre de personnes handicapées vieillissantes (PHV) dont un nombre élevé est hébergé en Ehpad (voir le rapport de la Cour des comptes de mi-2023 sur le sujet) et l'accroissement de l'espérance de vie des personnes à la rue (dont nombre sont hébergés en Ehpad après 60 ans, faute de solutions alternatives d'hébergement – voir l'annexe relative aux Ehpad) pourraient conduire à accroître la demande sociale d'admission en Ehpad de façon plus que proportionnelle par rapport à ce qu'elle est aujourd'hui.

Pour toutes ces raisons, il n'est pas absurde – même si cela correspondrait à l'inverse des politiques publiques menées aujourd'hui en France pour un virage domiciliaire – d'envisager un scénario qui simule une hausse du taux d'institutionnalisation, sans pour autant prédire de quelle façon en pratique se passerait cette hausse (construction d'Ehpad, transformation de résidences en Ehpad, hospitalisation prolongée...).

3.2 Places à construire, publics accueillis

On suppose ici que le taux d'institutionnalisation augmente de 5 %⁶³⁰ quel que soit le niveau de dépendance sur l'ensemble du territoire. Le tableau ci-dessous illustre l'évolution du nombre de la demande et des constructions qu'elle impliquerait. Les cartes ci-dessous illustrent les situations départementales.

Tableau 17 : Scénario 3 : Evolution de la demande 2030-2050

Année	Places en EHPAD	Places manquantes	Proportion de places manquantes (%)
2030	618 171	139 774	23 %
2040	618 171	288 044	47 %
2050	618 171	352 701	57 %

Source : Données estimées par le pôle data de l'IGAS à partir de données issues du modèle LIVIA (DREES), sous l'hypothèse d'un scénario de la dépendance intermédiaire, Hypothèse démographique d'espérance de vie basse et des données du panorama de la statistique 2021 (INSEE).

⁶³⁰ Par exemple si le taux d'institutionnalisation d'un département est de 25 %, on réalise les simulations avec un taux d'institutionnalisation de 27,5 % : $25 \% \times (1+5 \%) = 27,5 \%$

3.3 Enjeux et conséquences : une désorganisation systémique des sphères médico-sociales et sanitaires

Le risque majeur d'un tel scénario est celui d'une désorganisation systémique du monde médico-social mais aussi de la sphère sanitaire et notamment hospitalière, avec une hausse non maîtrisée de la durée moyenne de séjour et des personnes âgées dépendantes mal prises en charge.

3.4 Ce qui pourrait empêcher le déploiement de ce scénario

L'absence de plan de constructions d'Ehpad paraît indiquer qu'un tel scénario a peu de chance de se produire. Mais, comme cela été évoqué précédemment, l'institutionnalisation peut en réalité advenir par d'autres canaux (ex. transformation de résidences autonomie en Ehpad, hospitalisation durable).

Les conditions du maintien à domicile sont pour l'essentielle cumulatives : demande solvabilisée, personnel professionnel en nombre suffisant avec les qualifications requises, proches aidants disponibles en particulier pour les personnes sévèrement dépendantes, environnement de vie adapté aux contraintes de la perte d'autonomie, vie sociale assez intense, coordination efficiente des interventions quotidiennes auprès des personnes... (voir l'annexe 3 relative aux conditions et limites du domicile). En conséquence de quoi, seule une action simultanée sur l'ensemble de ces éléments permettra d'éviter une hausse non maîtrisée de la demande d'institutionnalisation dans les années à venir.

ANNEXE 15 : Accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie au Danemark

ANNEXE 15 :	ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES AGEES EN PERTE D'AUTONOMIE AU DANEMARK	505
1	REPOSANT SUR DES PRESTATIONS EN NATURE ET FINANCE PAR L'IMPOT, LE SOUTIEN AUX PERSONNES AGEES DEPENDANTES AU DANEMARK DOIT FAIRE FACE A UNE FORTE ACCELERATION DU VIEILLISSEMENT ET A D'IMPORTANTES PROBLEMES DE MAIN D'ŒUVRE	508
1.1	UN SYSTEME GENEREUX REPOSANT SUR UNE PRISE EN CHARGE UNIVERSELLE ET PUBLIQUE, DONT L'ORGANISATION INSTITUTIONNELLE A ETE REFORMEE EN 2007	508
1.1.1	<i>Un système typique du modèle « scandinave »</i>	<i>508</i>
1.1.2	<i>Une organisation institutionnelle revue dans les années 2000 pour renforcer la prévention et le contrôle des dépenses de santé</i>	<i>510</i>
1.1.3	<i>Un secteur privé dont la place reste limitée.....</i>	<i>511</i>
1.2	UN SYSTEME SOUS LA DOUBLE PRESSION DU VIEILLISSEMENT DEMOGRAPHIQUE ET DU MANQUE DE MAIN D'ŒUVRE	511
1.2.1	<i>Une forte augmentation du nombre de personnes âgées</i>	<i>511</i>
1.2.2	<i>Des perspectives de vieillissement en bonne santé dans la moyenne des pays de l'Union de l'Union européenne.....</i>	<i>513</i>
1.2.3	<i>Le manque de main d'œuvre constitue désormais une préoccupation majeure.....</i>	<i>515</i>
2	REFONDEE DANS LES ANNEES 80, L'OFFRE RESIDENTIELLE POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES N'A PAS AUGMENTE AVEC LE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION, ABOUTISSANT A UN NIVEAU D'INSTITUTIONNALISATION HISTORIQUEMENT BAS.....	516
2.1	UNE REFOUNDATION DU MODELE DES RESIDENCES POUR PERSONNES AGEES QUI DATE DES ANNEES 1980 ET 1990	516
2.2	UNE OFFRE RESIDENTIELLE QUI N'A PAS AUGMENTE AVEC LE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION, ABOUTISSANT A UN NIVEAU DE « DESINSTITUTIONNALISATION » HISTORIQUEMENT BAS MAIS DIFFICILE A COMPARER	518
2.3	UN HABITAT INTERMEDIAIRE QUI EVOLUE, SANS QU'APPARAISSE CLAIREMENT UNE VISION STRATEGIQUE DE SON ROLE DANS LES EVOLUTIONS EN COURS	521
2.3.1	<i>Le public et la nature des logements adaptés évoluent sous l'effet de la modernisation du parc immobilier et du resserrement des critères d'entrée en hébergement pour personnes âgées dépendantes.....</i>	<i>522</i>
2.3.2	<i>Des habitats partagés qui se développent, sans que leur potentiel impact socio-économique sur le « bien vieillir » et la prise en charge de la dépendance puisse être étayé</i>	<i>522</i>
3	UNE TRANSFORMATION DOMICILIAIRE QUI S'EST TRADUITE PAR UN FORT ACCENT MIS SUR LA PREVENTION ET L'AUTONOMIE DES PERSONNES A DOMICILE, MAIS PAS PAR UNE AUGMENTATION DES PRESTATIONS D'AIDES ET DE SOINS A DOMICILE.....	524

3.1	UN FORT ACCENT MIS SUR LE « BIEN VIEILLIR » ET L'AUTONOMIE DES PERSONNES AGEES A DOMICILE	524
	524
3.1.1	<i>Les programmes de réhabilitation ont été généralisés dans le but de renforcer l'autonomie des personnes et de limiter le recours aux aides</i>	<i>524</i>
3.1.2	<i>Les aides techniques sont également fortement mises en avant, même si les données comparatives manquent.....</i>	<i>527</i>
3.2	LE NOMBRE DE BENEFICIAIRES ET D'HEURES D'AIDE A DOMICILE ACCORDEES PAR LES COMMUNES DIMINUE SIGNIFICATIVEMENT DEPUIS 2010.....	527
3.3	VERS UNE REFAMILIALISATION ET UNE PRIVATISATION DE FAIT DE LA PRISE EN CHARGE DE LA DEPENDANCE ?	530
4	FACE AUX DEFIS A VENIR, DES REFLEXIONS SUR LES INVESTISSEMENTS A REALISER DANS L'OFFRE RESIDENTIELLE, LA PART DU FINANCEMENT PUBLIC ET L'ORGANISATION DES SOINS A DOMICILE	531
4.1	L'EMERGENCE D'UN DEBAT PUBLIC SUR LA NECESSITE D'AUGMENTER LE NOMBRE D'HEBERGEMENTS POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES	531
4.2	LE DEBAT SUR LE FINANCEMENT ET L'OPPORTUNITE D'UN FINANCEMENT ASSURANTIEL	533
4.3	DES REFLEXIONS AUTOUR DE L'ORGANISATION DE L'AIDE A DOMICILE	533
5	CONCLUSION	534
6	PERSONNES RENCONTREES.....	536
7	BIBLIOGRAPHIE.....	537

Comme les pays occidentaux confrontés aux enjeux du vieillissement et de la perte d'autonomie, le Danemark promeut depuis de nombreuses années la priorité donnée au « vieillir chez soi ». Avec les autres pays scandinaves, le Danemark est fréquemment cité parmi les pays ayant mené dès les années 80 une politique de « désinstitutionnalisation » de l'accompagnement des personnes âgées dépendantes dans le but de favoriser leur maintien à domicile et la possibilité de vivre une vie autonome le plus longtemps possible.

Dès le début des années 80, l'accent a été mis sur l'importance de la politique du logement pour améliorer la qualité de vie des personnes âgées et sur le développement d'une offre d'hébergement complète et diversifiée qui ne soit pas uniquement centrée sur les besoins médico-sociaux des personnes les plus dépendantes. Afin de garantir à chaque personne un logement autonome, les recommandations de la 1^{ère} commission des personnes âgées en 1982 portaient à la fois sur le maintien des personnes âgées dans leur propre domicile, mais également sur l'atténuation des frontières entre le domicile et l'institution. Elles ont ouvert la voie à un processus de transformation des hébergements spécialisés pour personnes âgées, concrétisé par une rénovation complète de leur cadre juridique en 1987.

La présente annexe vise à appréhender ce que recouvre cette transformation au Danemark, en le situant dans la dynamique d'un processus initié dès les années 80 et qui connaît une évolution rapide – et en partie spontanée, avec l'accélération du vieillissement de la population. Elle vise à explorer dans quelle mesure le cas danois peut éclairer une réflexion française sur les alternatives à l'Ehpad – et ce en dépit d'une différence d'échelles, d'histoires et de modèles d'Etat providence (modèle social-démocrate danois ayant précocement bâti les services aux personnes âgées sur un financement par l'impôt et des prestations gratuites versées en nature sans distinction de revenus). Les données démographiques et épidémiologiques développées en première partie tendent à montrer que les deux pays font face à des défis comparables dans les prochaines années.

Le travail s'est principalement fondé sur un travail bibliographique de la littérature académique et administrative, ainsi que sur l'exploitation des données statistiques disponibles. Il a été complété par des entretiens avec des parties prenantes de la société danoise (municipalité de Copenhague, association des municipalités danoises, association représentative des personnes âgées, ambassade du Danemark en France) et la visite d'une maison de retraite (plejeboliger) et de logements adaptés (almene aeldreboliger) à Copenhague. Les comparaisons avec la France sont développées autant que possible mais demeurent à prendre avec précaution, tant les conditions culturelles et les organisations administratives déterminent les conditions de recueil des données. L'étude se concentre sur le Danemark, mais des éclairages sont aussi également donnés pour élargir les perspectives à l'échelle de la Scandinavie et de l'Europe du Nord.

Reposant sur des prestations en nature et financé par l'impôt, le soutien aux personnes âgées dépendantes au Danemark doit faire face à une forte accélération du vieillissement et à d'importants problèmes de main d'œuvre (partie I). Refondée dans les années 80, l'offre résidentielle pour personnes âgées dépendantes n'a pas augmentée avec le vieillissement de la population, aboutissant à un niveau d'institutionnalisation historiquement bas (partie 2). Cette transformation domiciliaire s'est accompagnée d'un fort accent mis sur la prévention et l'autonomie des personnes à domicile, mais également depuis dix ans par une baisse des prestations d'aides et de soins à domicile dont les déterminants et les effets restent à éclairer (partie 3). Outre l'accent mis sur les moyens de résorber la pénurie de main d'œuvre, les débats

portent principalement sur les investissements à réaliser dans l'offre résidentielle, la part du financement public et l'organisation des soins à domicile (partie 4).

1 Reposant sur des prestations en nature et financé par l'impôt, le soutien aux personnes âgées dépendantes au Danemark doit faire face à une forte accélération du vieillissement et à d'importants problèmes de main d'œuvre

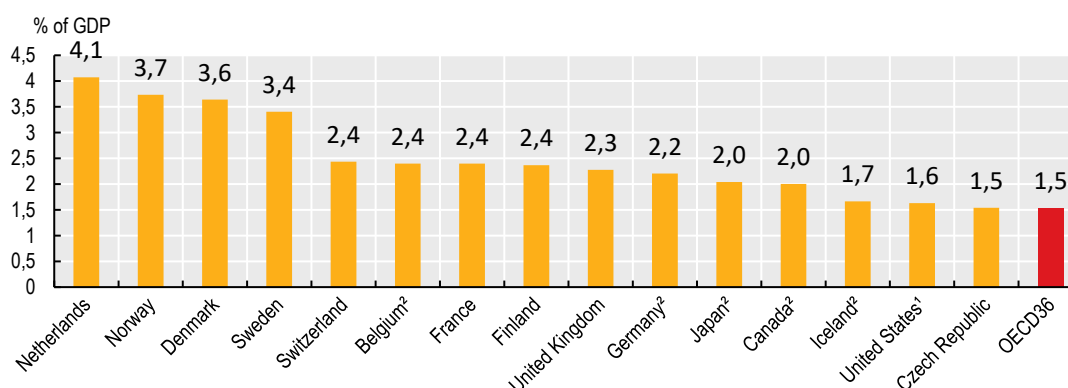
1.1 Un système généreux reposant sur une prise en charge universelle et publique, dont l'organisation institutionnelle a été réformée en 2007

1.1.1 Un système typique du modèle « scandinave »

Le Danemark fait partie, avec les Pays-Bas et les autres pays scandinaves (Suède, Norvège), des pays qui dépensent la part la plus importante de leur richesse nationale aux soins de longue durée, avec plus de 3,5 % du PIB. Ces pays devancent un second groupe de pays à fort niveau de revenus, incluant la Suisse, la France, le Royaume-Uni, l'Allemagne ou le Japon qui y allouent entre 2 et 2,5 % de leur richesse nationale.

Les pays scandinaves et les Pays-Bas sont aussi les pays où la part des financements publics est la plus élevée (92-94 %) et le reste à charge limité pour les personnes.

Graphique 1 : Dépense de soins de longue durée en pourcentage du PIB en 2019 (ou année la plus proche)



Source : OECD Health Statistics 2021; OECD (2020), "Focus on spending on long-term care"

La notion de soins de longue durée (Long-term care – LTC)

Long-term care (health and social) consists of a range of medical, personal care and assistance services that are provided with the primary goal of alleviating pain and reducing or managing the deterioration in health status for people with a degree of long-term dependency, assisting them with their personal care (through help for activities of daily living, ADL, such as eating, washing and dressing) and assisting them to live independently (through help for instrumental activities of daily living, IADL, such as cooking, shopping and managing finances).

OECD Health Statistics 2023

Ce niveau élevé de dépenses s'explique par un haut degré de générosité du soutien public aux personnes âgées, que ce soit à domicile ou en établissement, rattachant le Danemark à un modèle « universaliste », caractérisé par une forte professionnalisation et une large couverture de la population, ne laissant qu'une part résiduelle aux familles et aux marchés pour répondre aux besoins (Ranzi and Pavolini, 2015).

Les prestations sont versées en nature : les interventions à domicile sont généralement financées par les municipalités et dans leur majorité gratuites pour les bénéficiaires (seules les interventions ponctuelles, répondant à un besoin limité dans le temps, peuvent donner lieu à une contribution financière de la personne aidée). Elles sont dues indépendamment de la situation économique ou familiale des personnes sur la base de la seule évaluation de leurs besoins. Le rôle de la famille est subsidiaire, aucune obligation de solidarité familiale n'existant dans la loi.

Les communes sont compétentes pour financer, organiser et réaliser les aides et les soins, que ce soit au domicile ordinaire ou en hébergement spécialisé. Elles décident des critères d'éligibilité et de l'attribution des prestations, ainsi que de la composition de l'offre de service et de sa déclinaison sur le territoire. L'évaluation des besoins est réalisée par une équipe commune pluridisciplinaire sous la coordination d'un « care assessor » :

- elle doit être multidimensionnelle et prendre en compte tous les aspects du « bien-être » de la personne, en incluant notamment le besoin de lien social ;
- elle ne s'appuie pas sur une grille nationale standardisée – l'attribution des prestations étant pensée comme complètement individualisée, même si l'offre des municipalités est de fait construite autour de « package » correspondant à des situations-types ;
- quand une personne demande un soutien à la commune, cette dernière doit en premier lieu évaluer dans quelle mesure les personnes peuvent retrouver leurs capacités et leur autonomie et leur proposer le cas échéant des solutions pour faire un maximum de choses par elles-mêmes. Ce n'est que de façon subsidiaire que doivent être prescrites des aides à domicile dans une logique compensatoire.

Le champ des prestations fournies par les communes est large et inclut :

- **des mesures de prévention**, incluant des visites de prévention à domicile proposées systématiquement à toute personne de plus 75 ans, voire avant pour les personnes considérées comme « à risque » (suite à la perte d'un conjoint, à une sortie d'hôpital, ou dans le cas d'un isolement social). Les visites doivent être proposées annuellement à partir de 80 ans.

- **des mesures de « réhabilitation »** (« rehabilitating ») incluant des revues de traitements médicamenteux, des consultations nutritionnelles, des entraînements aux activités de la vie quotidienne, des aides techniques et des mesures pour lutter contre l'isolement.
- **des prestations d'aide à domicile** incluant les soins à la personne, l'aide pratique et la préparation des repas. Les aidants familiaux peuvent être salariés par les municipalités, sous certaines conditions et pour un temps limité.
- **des logements en hébergement spécialisé** pour personnes âgées. Depuis 2009, les communes ont l'obligation de fournir dans un délai de deux mois un logement dans une résidence spécialisée pour toute personne dont il est estimé qu'elle ne peut pas rester chez elle. Le cadre général est donc celui d'une obligation de résultat (répondre à un besoin) et non d'une obligation de moyen (simplement autoriser les personnes à déposer une demande d'entrée en hébergement spécialisé). Les communes sont toutefois à la fois les prescriptrices (par la fonction d'évaluation des besoins) et les financeurs du service, ce qui peut les conduire à adapter implicitement les pratiques d'évaluation à la réalité de l'offre (Rostgaard et Mattiesen, 2019).

1.1.2 Une organisation institutionnelle revue dans les années 2000 pour renforcer la prévention et le contrôle des dépenses de santé

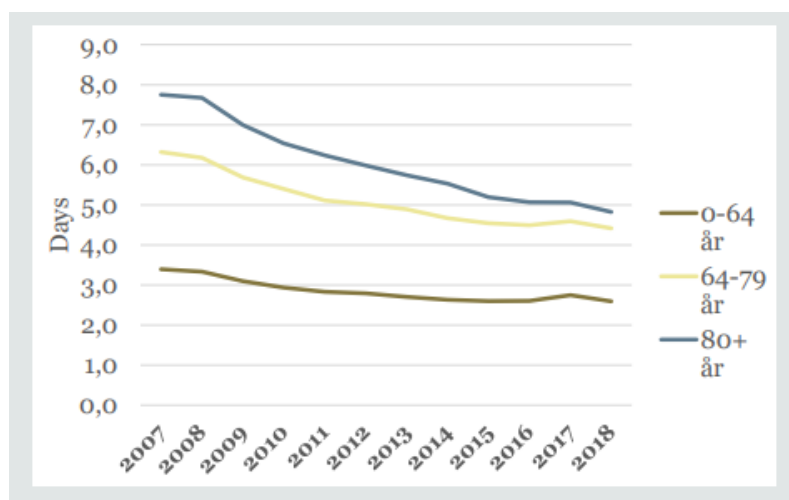
Avec la réforme du système de santé en 2007, les communes ont été fusionnées, leur nombre passant de 275 à 98, avec un nombre moyen d'habitants d'environ 59 000 habitants. Outre les soins de longue durée, elles sont en charge de la promotion de la santé et de la prévention primaire (incluant la santé scolaire), de l'accompagnement des personnes souffrant d'addictions et des soins de rééducation ambulatoires (hors suites de soins hospitaliers).

Les services sont financés par les impôts locaux et des subventions nationales. Ils sont assurés majoritairement par des personnels salariés des communes, une part devant toutefois être déléguée à des opérateurs privés. L'autonomie fiscale des communes est encadrée par un taux d'imposition maximal recommandé et par un système de péréquation négocié chaque année dans le cadre du budget national.

Cinq conseils régionaux, issus de la fusion de 14 comtés, sont responsables du fonctionnement des hôpitaux et du conventionnement avec les médecins de ville, qui sont pour leur grande majorité des médecins libéraux. Depuis 2007, les régions n'ont plus le pouvoir de prélever l'impôt, mais sont financées à 80 % par des subventions nationales et à 20 % par les communes. Ce financement communal est destiné à inciter les communes à limiter la consommation de soins de leurs habitants par une politique active de prévention.

Chaque commune doit en outre négocier tous les quatre ans une convention avec la région. La convention, agréée par le gouvernement central, précise comment les deux autorités coopèrent pour promouvoir la santé publique et réduire la consommation de soins hospitaliers ; elle inclut des indicateurs de performance, sur les réadmissions, les patients en attente de sortie, les temps d'attente pour l'accès aux soins de rééducation. En servant de cadre aux coopérations portant sur les parcours des patients ou sur la création d'unités de soins temporaires destinées à limiter les hospitalisations des personnes âgées, elles ont participé à la réduction significative des durées moyennes d'hospitalisation pour les personnes âgées.

Graphique 2 : Durée moyenne d'hospitalisation par année et par tranches d'âge de 2007 à 2018



Source : Graphique transmis par KL, l'association des communes danoises.

1.1.3 Un secteur privé dont la place reste limitée

En matière de fourniture des soins de longue durée, la part du secteur privé s'est développée dans tous les pays scandinaves dans les années 90 et 2000 sous l'effet de politiques publiques libérales centrées sur la diversification de l'offre et le libre choix des usagers.

- Depuis 2002, les bénéficiaires danois d'aide à domicile doivent avoir la liberté de choisir un prestataire privé (lucratif ou non-lucratif) – la loi obligeant les municipalités à déléguer une part de la réalisation des prestations. En 2022, 41 % des bénéficiaires d'aide à domicile ont recours à au moins un prestataire privé proposé par la commune.
- Depuis 2007, il est possible d'ouvrir des résidences pour personnes âgées dépendantes privées, qui doivent être agréées par le ministère de la santé danois. Ces établissements représentent en 2022 seulement 3 % de l'offre d'hébergement financée par l'aide sociale des communes.

Le secteur privé demeure toutefois peu développé en comparaison à d'autres pays nordiques, comme la Suède ou la Finlande. Il reste par ailleurs fortement régulé, puisque les prestations et les tarifs sont encadrés par les municipalités.

1.2 Un système sous la double pression du vieillissement démographique et du manque de main d'œuvre

1.2.1 Une forte augmentation du nombre de personnes âgées

Comme les autres pays d'Europe, le Danemark connaît un vieillissement rapide de sa population. Avec 20 % de sa population âgée de plus de 65 ans en 2020 et 5 % de plus de 80 ans en 2020, sa pyramide des âges se rapproche de celle de la Suède et des Pays-Bas – avec un vieillissement moins marqué que celui de la France (respectivement 21 % et 6 %) ou l'Allemagne (22 % et 7 %).

Le nombre de personnes âgées de plus de 80 ans augmente toutefois très rapidement pendant la décennie 2020-2030, avec l'arrivée dans cette tranche d'âge de la génération née entre 1940 et 1950⁶³¹.

Tableau 1 : Personnes âgées de 65 ans et plus – comparaison entre cinq pays

	Nombre en 2020 (milliers)	Nombre en 2030 (milliers)	Progression prévue en 10 ans	Part dans la population totale 2020	Part dans la population totale 2030
France	13 546,97	16 006,13	18 %	21 %	24 %
Danemark	1 167,86	1 376,33	18 %	20 %	23 %
Suède	2 077,17	2 403,98	16 %	20 %	22 %
Allemagne	18 302,16	21 839,98	19 %	22 %	26 %
Pays-Bas	3 425,38	4 282,19	25 %	20 %	24 %

Source : Données United Nations

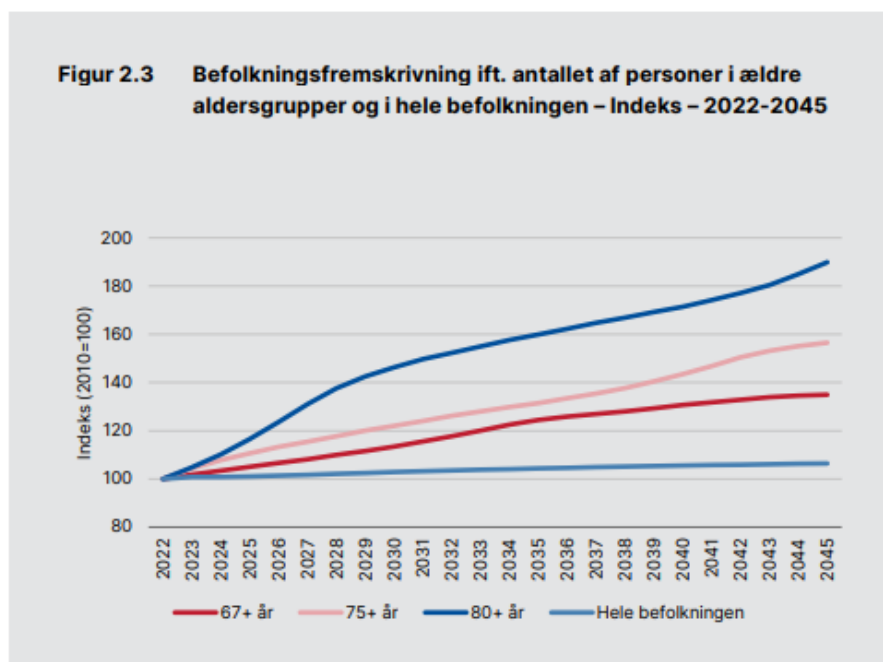
Tableau 2 : Personnes âgées de 80 ans et plus – comparaison entre cinq pays

Progression	Nombre en 2020 (milliers)	Nombre en 2030 (milliers)	Progression prévue en 10 ans	Part dans la population totale 2020	Part dans la population totale 2030
France	4 069,84	5 225,57	28 %	6 %	8 %
Danemark	278,07	434,76	56 %	5 %	7 %
Suède	540,19	816,39	51 %	5 %	7 %
Allemagne	5 919,35	6 408,91	8 %	7 %	8 %
Pays-Bas	829,51	1 240,47	50 %	5 %	7 %

Source : Données United Nations

⁶³¹ Cf. Sardon et Calot 2018 : « Au Danemark, l'attaque allemande du 9 avril 1940 ne produit guère d'effet sur le niveau de la fécondité qui poursuit sa lente croissance commencée à la fin de l'année 1933. De même, l'occupation et le durcissement du régime à partir d'août 1943 ne semblent pas influencer sur le comportement fécond des couples. À partir de 1941-1942, l'indice de fécondité se relève vigoureusement pour augmenter en moyenne chaque année de 0,2 enfant par femme entre 1941 et 1944 et culminer au début de l'année 1946. L'évolution de la fécondité au Danemark s'apparente beaucoup plus à celle des pays neutres, que nous examinerons plus loin, qu'à celle de la Norvège, de la Finlande ou des autres pays occupés. »

Graphique 3 : Projection de l'évolution de population danoise par groupe d'âge (indice 100 = 2022)



Source : graphique tiré de l'étude de l'institut VIVE, *Kortlægning af udviklingen på plejehjemsområdet, 2023*, à partir des données de l'institut nationale danois. Légende de gauche à droite : 67 ans et plus, 75 ans et plus, 80 ans et plus et population totale.

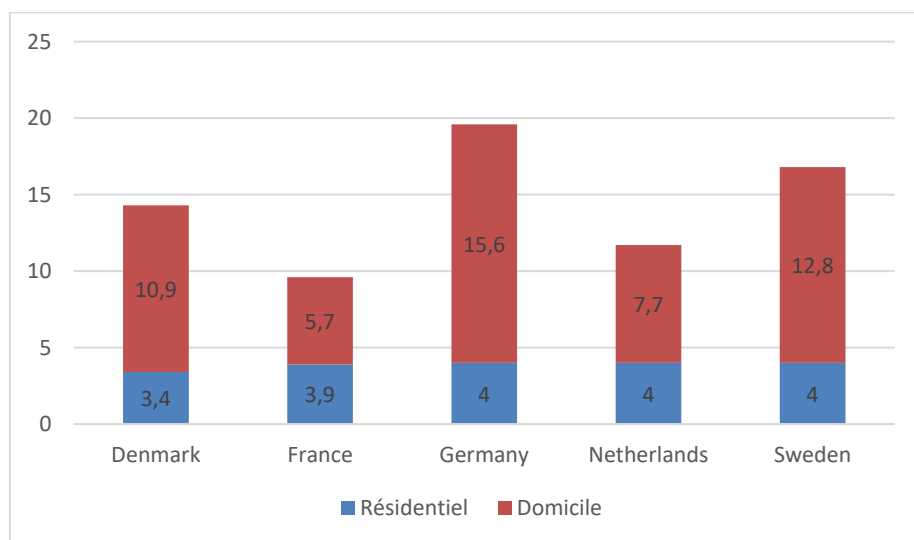
1.2.2 Des perspectives de vieillissement en bonne santé dans la moyenne des pays de l'Union de l'Union européenne

Plus que l'âge, c'est l'état de santé en vieillissant qui affecte les besoins de soins et d'accompagnement des personnes âgées. Comme le rappelle la note HCFEA (2019), « on peut approcher ces besoins de deux manières : une approche épidémiologique, par l'espérance de vie en bonne santé, et une approche plus administrative, en mesurant le nombre et le taux de bénéficiaires des soins de longue durée ».

L'usage des données administratives s'avère très délicat pour comparer les besoins respectifs de compensation des pays. D'une part, il n'existe pas de données sur le nombre de personnes âgées dépendantes au Danemark équivalentes à celle produite à partir de la grille Aggir en France. D'autre part, les données publiées par l'OCDE sur le taux et le nombre de personnes âgées bénéficiaires de soins de longue durée sont très dépendantes des organisations administratives et des conditions de recueil des données.

Ainsi, le Danemark se caractérise par une part de bénéficiaires d'aides et de soins à domicile parmi les personnes âgées de 65 ans nettement plus élevée qu'en France. Toutefois, ce nombre de bénéficiaires correspond au Danemark à l'ensemble des personnes auxquelles les communes ont attribué au moins une heure d'aides ou de soins à domicile – ce qui correspond potentiellement à un public beaucoup plus large que les seuls bénéficiaires de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (GIR 1 à 4) tels qu'ils sont comptabilisés en France.

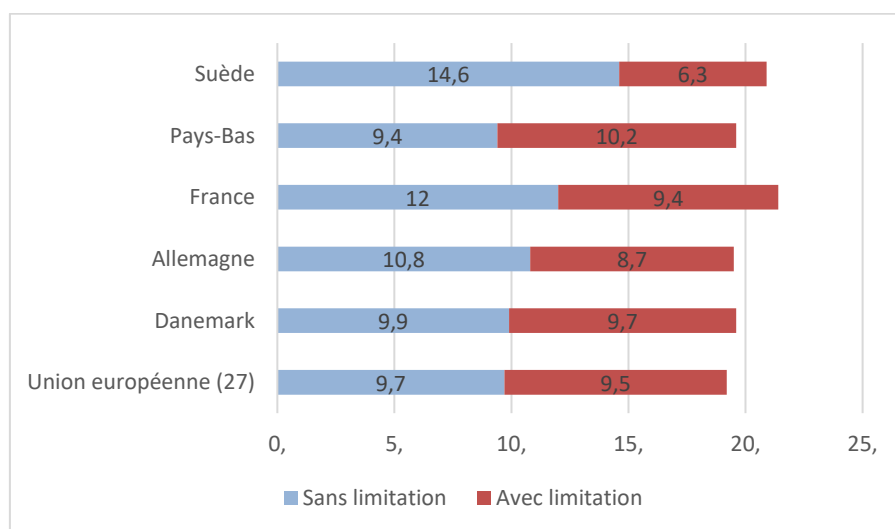
Graphique 4 : Part des bénéficiaires de soins de longue durée parmi les personnes âgées de 65 ans et plus en 2020



Source : OCDE, Health statistics, 2023.

D'un point de vue épidémiologique, les données disponibles sur l'espérance de vie et l'espérance de vie en bonne santé montrent que le pays se situe légèrement au-dessus du niveau moyen des pays de l'UE.

Graphique 5 : L'espérance de vie à 65 ans avec ou sans limitation d'activité dans 5 pays européens en 2021



Source : Eurostat, 2023.

A 65 ans, un Danois (tout sexe confondu) peut espérer vivre 9,9 années sans limitation d'activités et 9,7 années avec des limitations. Le nombre d'années passées avec des limitations d'activité est supérieur à la Suède (6,3), l'Allemagne (8,7) ou la France (9,4). Un Danois âgé de 65 ans et plus déclare au moins une maladie chronique. Un sur huit déclare des limitations dans les activités de la vie quotidienne (European Commission, 2019).

L'espérance de vie sans incapacité

L'indicateur d'espérance de vie en bonne santé à 65 ans mesure le nombre d'année qu'une personne âgée de 65 ans peut espérer vivre sans limitation irréversible d'activité. En Europe, l'indicateur est calculé chaque année par Eurostat.

La mesure de l'incapacité repose sur la question relative à l'indicateur général de limitation de l'activité (GALI) de l'enquête EU-SILC : « Êtes-vous limité(e), depuis au moins six mois, en raison d'un problème de santé, dans vos activités habituelles ? ». Les réponses possibles sont : « Oui, fortement limité(e) ; Oui, limité(e) ; Non, pas limité(e) du tout ». Des écarts importants apparaissent entre les pays, dont une partie est liée à la manière de mesurer la santé et les incapacités.

En revanche, pour ce qui est des situations les plus sévères de restrictions dans les activités de soins personnels, « elles représentent 5 années de l'espérance de vie totale, quel que soit le pays. Ces années surviennent majoritairement aux grands âges et ce chiffre semble assez stable au cours du temps, des années 1980 au début des années 2000 » (Bonnet, Cambois, Fontaine, 2021).

1.2.3 Le manque de main d'œuvre constitue désormais une préoccupation majeure

Dans un contexte de marché de l'emploi très tendu, de manque d'attractivité des métiers du médico-social et de politique migratoire restrictive, les municipalités ont de plus en plus de mal à recruter. D'après une étude de l'association des communes danoises (KL) de 2022, il manquera en 2030 près de 16 000 personnels dits « SOSU » à rapporter aux 93 000 salariés recensés aujourd'hui (aides à domicile et aides soignant travaillant dans le secteur médico-social) pour maintenir le ratio personnel/nb personnes âgées à son niveau actuel (il en manquerait 37 000 en 2045). D'après l'étude, 8000 personnels devraient être formés chaque année, contre seulement 5200 en 2017.

Ce manque de main d'œuvre serait à l'origine d'une dégradation des conditions de travail et les risques de négligence et de maltraitance, plusieurs scandales ayant fait la une des médias danois ces dernières années⁶³².

⁶³² Cf. informations transmises par l'ambassade de France : « En octobre 2020, un reportage en caméra cachée diffusé par TV2 en pleine campagne électorale des élections législatives, avait révélé des situations de négligence et de maltraitance des résidents âgés de la maison de retraite Nørremarken dans la municipalité de Køge. TV2 rapportait par la suite que les scènes montrées n'étaient pas une exception dans le pays, et qu'elles s'expliquaient en grande partie par le manque de personnel dans les maisons de retraite. En effet, des employés pas assez bien formés étaient recrutés pour combler le manque de main-d'œuvre. Après la diffusion du reportage, les différents partis en campagne avaient critiqué la prise en charge des personnes âgées dans le pays, et quasiment tous avaient proposé des mesures à mettre en place pour éviter les dérives. ».

2 Refondée dans les années 80, l'offre résidentielle pour personnes âgées dépendantes n'a pas augmenté avec le vieillissement de la population, aboutissant à un niveau d'institutionnalisation historiquement bas

2.1 Une refondation du modèle des résidences pour personnes âgées qui date des années 1980 et 1990

Dès 1979-1981, une commission gouvernementale pour les personnes âgées a établi le principe que chaque personne âgée doit bénéficier de son propre logement. En parallèle d'une priorité donnée au maintien au domicile ordinaire de la personne et au développement de services à domicile, le pays a totalement rénové sa politique d'hébergement pour les personnes âgées en posant le principe que la personne âgée doit toujours être « chez elle » même si son état de santé la conduit à être logée dans une résidence spécialisée lui offrant un environnement ou des services adaptés à ses besoins.

A la suite de différentes initiatives communales, la loi pour le logement des personnes âgées a posé en 1987 le principe d'un logement autonome pour toutes les personnes : les maisons de retraite et les résidences adaptées traditionnelles ont été vouées à disparaître en tant qu'établissements médico-sociaux, pour être remplacées par des résidences pour personnes âgées relevant des règles communes du logement social.

Les personnes sont considérées en premier lieu comme des locataires d'un appartement offrant une gamme plus ou moins large de services et non comme des clients ou des patients d'une institution. Les personnes âgées touchent directement leur pension et décident des services dont ils souhaitent disposer (contrairement à la pratique antérieure qui consistait à retenir leur pension et à ne leur verser que de « l'argent de poche »). Les aides et les soins sont financés par la commune.

Depuis cette réforme, deux principaux types de logement sont proposés aux personnes âgées dans le cadre de l'aide sociale des communes :

- les logements adaptés aux personnes âgées et handicapées situés dans des résidences sans personnel permanent, les « *almene ældreboliger* » – les résidents pouvant bénéficier le cas échéant des services communaux d'aide à domicile ; 32 426 logements de ce type sont recensés en 2022, soit 42 % de l'offre. Ce sont de petits appartements d'une ou deux pièces adaptées pour les personnes avec des limitations physiques.
- Les logements situés dans des résidences avec du personnel permanent 24h/24h qui assure l'ensemble des soins personnels et de l'aide pratique, les « *plejeboliger* » ; 32 426 sont recensés en 2022, soit 51 % de l'offre. On parle bien ici de « logement » et non de « chambre ». Ces résidences accueillent des publics avec un haut degré de dépendance et offrent des services tout à fait comparables à ceux d'un EHPAD en France. Les « *plejeboliger* » accueillent un public plus âgé en moyenne que les « *Almene ældreboliger* ». Les durées de séjour y sont plus courtes, avec une durée moyenne de séjour d'environ 2 ans (soit proche, voire inférieure, de celle en Ehpads en France en 2019 qui est de 3 ans et 3 mois en moyenne).

Ces deux types de logement représentent la majorité de l'offre disponible au Danemark, les maisons de retraite et les logements adaptés traditionnels représentant désormais une part très minoritaire (5 %). Les résidences privées, offrant une surveillance 24/24h et des soins comme les « *plejeboliger* », complètent l'offre (2 %).

Tableau 3 : Nombre de logements pour personnes âgées par catégorie en 2022 (hors hébergement temporaire et hébergements qui ne relèvent pas de l'aide sociale)

Plejhjemsboliger (maison de retraite antérieure à la loi de 1987)	2716	4 %
Beskyttede boliger (logement adapté antérieur à la loi de 1987)	458	1 %
Plejeboliger (logements en résidences avec personnel permanent réalisant les soins)	38 893	51 %
Almene ældreboliger (logements en résidences adaptées sans personnel permanent)	32 426	42 %
Friplejeboliger (résidences privées avec personnel permanent réalisant les soins)	2021	2 %
Total	76 514	100 %

Source : Danmarks Statistik

S'il est fréquent de lire qu'à partir de la réforme de 1987, « on ne construit plus de maisons de retraite au Danemark », il ne faut pas se méprendre sur le sens de cette affirmation : s'il n'a plus été possible de construire des établissements médico-sociaux au sens traditionnel du terme pour les Danois après 1987, une offre de logements spécialisés dans des résidences pour personnes âgées dépendantes a continué à répondre aux besoins en offrant des services similaires à ceux d'un Ehpad en France. Comme le souligne dans une annexe consacrée au Danemark la Cour des comptes en 2021, « *il faut donc bien comprendre que le « virage domiciliaire » au Danemark constitue plus une transformation de l'offre par rapport à un modèle unique d'établissement, qu'une politique uniquement centrée sur le maintien au domicile « historique » de la personne.* »⁶³³

Les « *plejeboliger* » danois se distinguent par le fort attachement au principe selon lequel leurs résidents occupent des logements privés. Les résidences sont majoritairement composées de petits appartements comprenant une salle de bain privée et un coin cuisine. Les résidents peuvent y accueillir leurs proches sans restriction d'heures ou de durée, disposent de leurs clés et d'une boîte aux lettres individuelles à l'entrée.

Le fait que les communes gèrent à la fois l'aide à domicile et les résidences pour personnes âgées facilite les interactions et les mutualisations entre les deux secteurs. La résidence de Bonderupgård, visitée par la mission, accueille également au rez-de-chaussée un centre d'activités pour les personnes âgées du quartier et peut offrir des services communs aux deux publics comme le jardin, la salle de sport, le coiffeur...

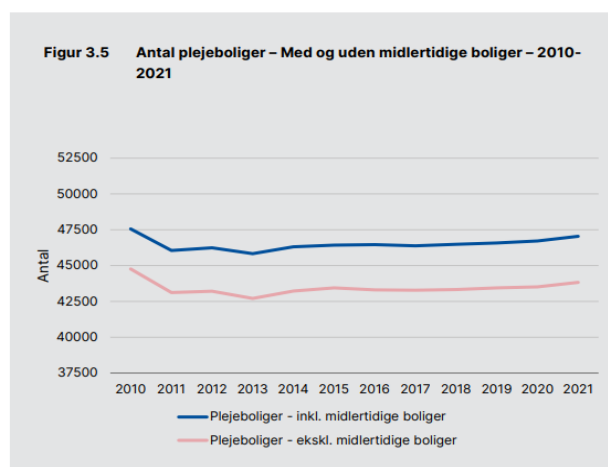
⁶³³ Cour des comptes, *Les services de soins à domicile*, Annexe 4, 2021.

2.2 Une offre résidentielle qui n’a pas augmenté avec le vieillissement de la population, aboutissant à un niveau de « désinstitutionnalisation » historiquement bas mais difficile à comparer

Pour mesurer l'évolution des logements spécialisés dans l'accueil des personnes âgées dépendantes, une récente étude danoise⁶³⁴ fait le choix d'intégrer sous le terme générique de « plejeboliger », les « plejeboliger » au sens strict du terme, leurs pendants privés les « friplejeboliger », ainsi que les « plejehjemsboliger » et les « beskyttede boliger » qui ont vocation depuis 1987 à être transformés en « plejeboliger ». Le choix d'intégrer les « beskyttede boliger », qui correspondent historiquement à des logements adaptés, est justifié par le fait que la division nette entre les types d'hébergement a été abandonné par de nombreuses communes, qui ont aligné, ou « quasiment aligné » le niveau de soins de ces logements sur celui des « plejeboliger ». Les « almene ældreboliger », hébergements adaptés sans services associés, sont en revanche exclus du champ.

Le nombre d'hébergements spécialisés pour personnes âgées dépendantes a légèrement diminué depuis 2010, en passant d'environ 45 000 logements à 44 000 en 2021 (hors logement temporaire), soit une baisse de 2 %.

Graphique 6 : Nombre de logements pour personnes âgées dépendantes

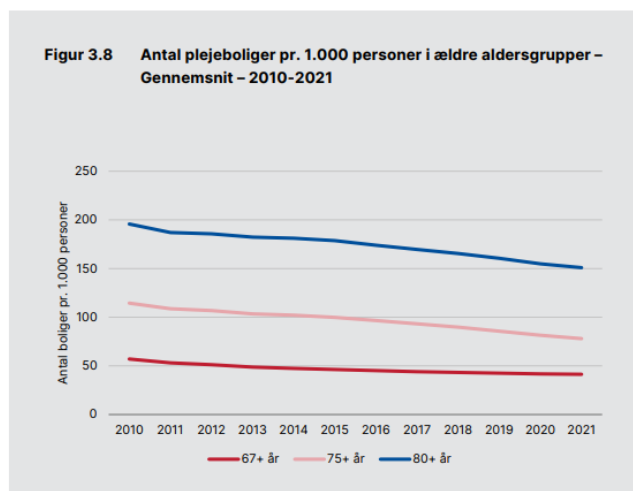


Source : Etude VIVE précitée, 2023, à partir des données que les services statistiques font remonter des communes. Légende : en bleu, avec les logements temporaires ; en rose, sans les logements temporaires.

Ramené au nombre de personnes âgées de plus de 80 ans, le nombre d'hébergements est en nette baisse : il y avait en 2010 196 logements pour 1000 habitants de plus de 80 ans contre seulement 150 en 2021, soit une baisse de 23 %. Cette tendance a touché tous les types de communes au Danemark.

⁶³⁴ Hesselberg Lauritzen Heidi, Mads Lybech Christensen og Michell Wello Steen Andersen, *Kortlægning af udviklingen på plejehjemsområdet*, VIVE, 2023. Les analyses et données qui suivent sont tirées de cette étude.

Graphique 7 : Nombre de logements pour personnes âgées dépendantes pour 1000 habitants par groupe d'âge



Source : Etude VIVE précitée, 2023, à partir des données que les services statistiques font remonter des communes. Légende : en bleu, avec les logements temporaires ; en rose, sans les logements temporaires.

Si la tendance à la désinstitutionnalisation au Danemark est claire, le niveau atteint reste toutefois difficile à comparer au niveau international.

Il est commun de considérer le Danemark comme un exemple abouti du « virage domiciliaire » et au contraire la France comme un pays dans lequel « l'accompagnement des personnes âgées dépendantes est principalement effectué au sein des structures d'hébergement collectif »⁶³⁵. Cette idée est reprise par exemple dans le rapport de la concertation Grand âge et autonomie de 2019, qui y consacre un encadré⁶³⁶.

Ainsi que le souligne le rapport de la Cour précité, ce constat doit cependant « être traité avec prudence » : « en tout état de cause, ces études ne peuvent servir à caractériser un retard français dans l'accompagnement à domicile. Tout au plus, peut-on relever que le nombre de places en institutions médicalisées, rapporté à la population des personnes de 65 ans et plus, reste stable en France quand il diminue dans les pays nordiques ».

Les données de l'OCDE sur le nombre de personnes hébergés en établissement ramené à la population montrent effectivement que les pays d'Europe du Nord (Danemark, Suède, Pays-Bas) se sont engagés depuis les années 2000 dans une importante désinstitutionnalisation. Ils partaient toutefois de points sensiblement plus hauts que la France ou l'Allemagne. Les taux de tous ces pays tendent à converger pendant la décennie 2010-2020, autour de 4 % pour les plus de 65 ans et de 10-12 % pour les plus de 80 ans en 2019.

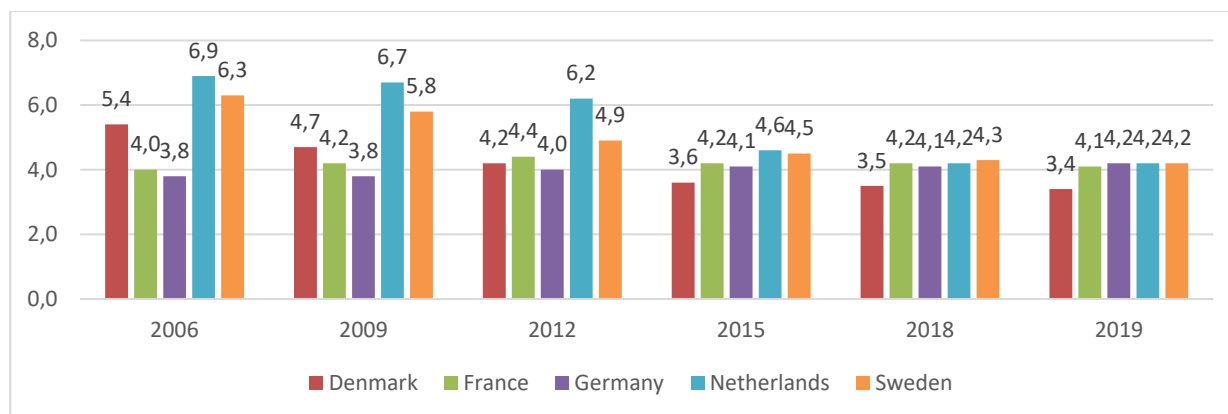
Ces différences renvoient à des modèles historiques d'Etat-providence, qui ont connu des trajectoires inversées : sans instruire de réformes institutionnelles majeures, les pays relevant des modèles « universalistes » ont depuis les années 1990 cherché à restreindre et à rationaliser l'accès

⁶³⁵ Cour des comptes, *Les service de soins à domicile*, décembre 2021.

⁶³⁶ Dominique Libault, *Rapport de la concertation Grand âge et autonomie*, 2019.

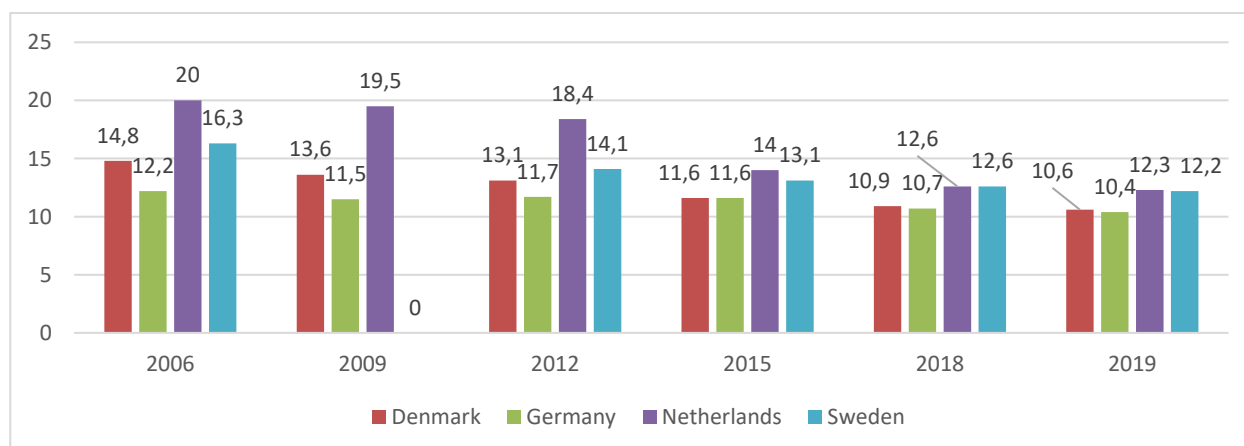
à l'offre en la concentrant sur les personnes les plus dépendantes, alors que les pays relevant de modèles plus « résiduels » (ex. France, Allemagne) ont au contraire tendu à renforcer leur degré d'universalisme par des réformes structurelles (cf. création de l'APA en France 2022) (Ranci, Pavolini 2015).

Graphique 8 : Part de bénéficiaires de soins de longue durée (« long-term care ») en établissement parmi les 65 ans et plus



Source : OCDE Health statistics 2022. Les établissements de soins de longue durée sont des structures de soins et d'hébergement qui fournissent à la fois des soins et un hébergement, dont l'objet principal est de fournir des soins de longue durée à destination de personnes avec des limitations fonctionnelles modérées à sévères.

Graphique 9 : Part de bénéficiaires de soins de longue durée (« long-term care ») en établissement parmi les 80 ans et plus



Source : OCDE Health statistics 2022. La série n'est pas disponible pour la France.

Les données pour la France ne sont pas disponibles pour les personnes âgées de 80 et plus. Les pourcentages calculés à partir des données de l'enquête EHPA sur les résidents des EHPAD et des USLD au 31 décembre de l'année, soit le champ des établissements dits « médicalisés » retenu par l'OCDE montrent toutefois des ordres de grandeur comparable (proche de 12 % en 2019).

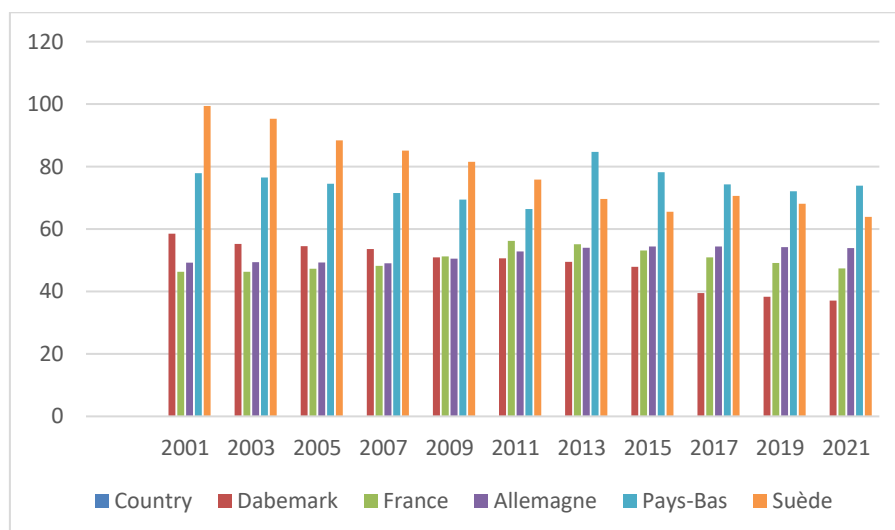
Tableau 4 : Part des personnes de plus 80 ans hébergés en EHPAD ou en USLD en France

	Nbre de résidents de plus de 80 ans	Population de 80 ans et plus	Taux
2011	459 972	3 493 841	13 %
2015	502 246	3 862 103	13 %
2019	505 510	4 104 501	12 %

Source : Mission, à partir des enquêtes EPHA

Les données en nombre de lits en institutions de soins de longue durée pour 1000 personnes âgées de 65 ans depuis 2001 et plus confirment ces tendances.

Graphique 10 : Lits en institutions de soins de longue durée pour 1000 personnes âgées de 65 ans et plus



Source : OCDE Health statistics 2022

Le Danemark se distingue toutefois de la Suède et les Pays-Bas par des taux d'équipement et d'institutionnalisation sensiblement plus bas. Ces taux deviennent inférieurs à ceux de la France et de l'Allemagne depuis le début des années 2010.

2.3 Un habitat intermédiaire qui évolue, sans qu'apparaisse clairement une vision stratégique de son rôle dans les évolutions en cours

Le parc de logements adaptés (sans personnel permanent, pour des personnes n'ayant pas besoin d'une surveillance 24/24) reste important numériquement, mais la modernisation du parc immobilier ordinaire rend de moins en moins nécessaire l'existence de logements adaptés aux personnes souffrant de problème de mobilité. A l'inverse, un besoin d'habitats « inclusifs » répondant davantage à des besoins d'accompagnement social semble émerger, en lien avec le

resserrement du public des hébergements spécialisés avec une surveillance 24/24 sur les personnes les plus dépendantes.

Répondant à une demande proche de celle des résidences seniors en France, des habitats groupés pour seniors se développent sans intervention publique, mais sans répondre à ce stade à des besoins d'aide et d'accompagnement dans la perte d'autonomie.

2.3.1 Le public et la nature des logements adaptés évoluent sous l'effet de la modernisation du parc immobilier et du resserrement des critères d'entrée en hébergement pour personnes âgées dépendantes

Comme vu *supra*, les communes danoises disposent d'un parc de logements adaptés à des personnes âgées ou handicapées, les « **Almene ældreboliger** » : ce sont des résidences composées de petits appartements adaptés à des personnes en mobilité réduite. A la différence des « *Plejeboliger* », ils ne disposent pas de personnels permanents dédiés à l'aide et aux soins, leurs résidents bénéficiant le cas échéant des prestations d'aides et de soins à domicile de la commune. 32 426 logements relèveraient de cette catégorie, soit 42 % de l'offre de logements pour personnes âgées dont l'accès est régulé dans le cadre de l'aide sociale des communes.

D'après plusieurs des interlocuteurs de la mission, cette offre paraît parfois désuète et n'occupe pas une place importante dans les stratégies communales d'adaptation au vieillissement. Selon les endroits, des logements resteraient vacants et une partie d'entre eux seraient loués à des locataires ordinaires. L'amélioration progressive du bâti général, sous l'effet de normes exigeantes en matière d'adaptation des logements aux personnes en situation de handicap, les rendrait de moins en moins utiles.

A l'inverse, il émerge une demande pour des logements inclusifs pour des personnes qui, sans relever de l'intensité des soins requises pour désormais obtenir une place en résidences médicalisées, souffrent d'isolement et d'insécurité à domicile. La municipalité de Copenhague a créé un nouveau type de logement, les Tryghedsbolig (de « Tryghed », sécurité) pour les personnes âgées seules qui ont besoin d'être rassurées et aidées dans leur vie quotidienne, sans nécessiter toutefois des soins importants. Des personnels présents en journée, le soir et le week-end, les aident dans leur vie quotidienne, l'entretien du lien social et les activités. Ils peuvent le cas échéant bénéficier d'aides et de soins à domicile.

2.3.2 Des habitats partagés qui se développent, sans que leur potentiel impact socio-économique sur le « bien vieillir » et la prise en charge de la dépendance puisse être étayé

Se développent depuis la fin des années 90 au Danemark des formes d'habitat communautaire – appelé « seniorbofølleskaber » (littéralement « communautés de vie pour seniors »). Il n'existe pas de définition juridique de ce type de logement. Ce sont dans la majorité des cas des ensembles de 10 à 30 logements, répondant à trois critères : elles sont destinées aux personnes de plus de 50 ans qui n'ont plus d'enfants à charge ; elles offrent en plus de logements privés des espaces partagés ; leurs résidents sont censés participer à des activités communes ou développer des interactions sociales privilégiées – la nature et l'intensité de ce volet social pouvant fortement varier selon les résidences. Ce type d'habitat n'est pas lié à une prescription

des services sociaux et ne donne pas lieu à un accompagnement pour favoriser l'inclusion sociale des personnes (il se distingue donc de l'habitat inclusif tel que défini en France) Son public s'apparente plutôt à celui des résidences sénior en France, tout en relevant juridiquement très majoritairement du secteur non-lucratif.

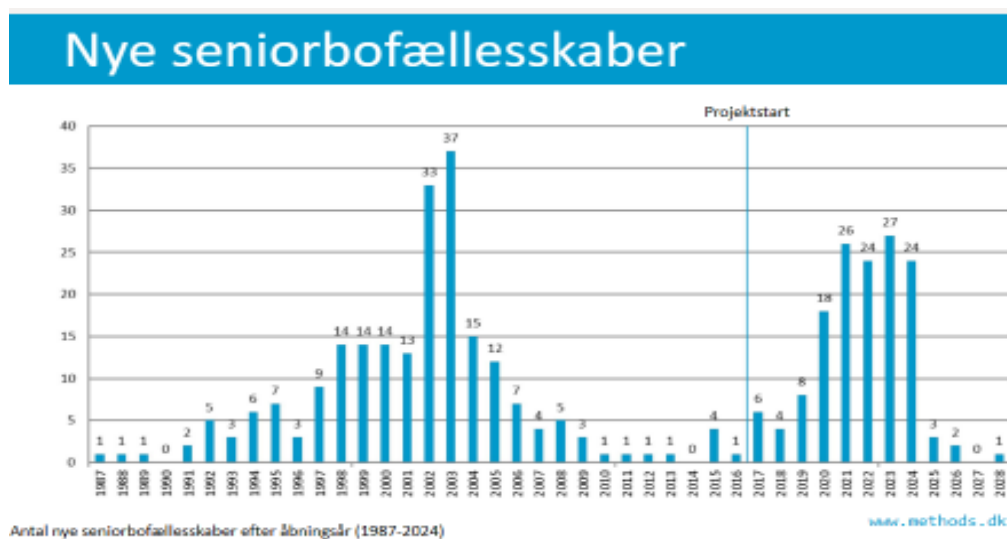
Le nombre de ces résidences et des logements qu'elles regroupent n'est pas recensé par la statistique publique.

L'association Realdania fait réaliser chaque année un recensement sur internet des projets par une société spécialisée. D'après ce recensement, qui intègre les projets autant que les résidences existantes, le nombre de résidences communautaires pour personnes âgées serait passé de 219 en 2016 à 385 en 2022, ce qui représenteraient 10 987 logements.

Une récente étude⁶³⁷ réalisée à la demande du ministère du logement comptabilise, fin 2022, 289 résidences de ce type au Danemark, représentant 6291 logements. La majorité sont des logements sociaux (almene boliger – 44 %), les autres étant soit des logements gérés en coopérative (andelsboliger, 30 %) soit des logements locatifs privés (19 %) ou habités par leurs propriétaires (5 %).

Après une période de ralentissement lié à la crise économique de 2008, la construction de ce type de logement s'accélère à nouveau, témoignant d'une demande croissante. Un Danois sur trois âgés de plus de 52 ans exprime qu'il aimerait emménager dans ce type de logement. Cette préférence étant particulier marquée dans la tranche d'âge des 52 à 62 ans, mais deux fois moindre chez les personnes âgées de 82 à 97 ans⁶³⁸.

Graphique 11 : Ouvertures de nouvelles résidences communautaires pour sénior



Source : Methods, synthèse du recensement 2022 réalisé pour Realdania.

L'étude précitée (Christensen et al., 2022) fait le constat que les habitants qui font le choix d'intégrer ces habitats sont majoritairement d'origine danoise, autonomes et en bonne santé et

⁶³⁷ Christensen, Christensen, Winkler et Enemark, *Seniorbofællesskaber – Hvad er gevinsten ved seniorbofællesskabet og for hvem*, VIVE 2022.

⁶³⁸ Siren, A., & Larsen, M. R. (2019). *Ældres boligsituation og fremtidige boligønske*. VIVE.

socialement bien intégrés. Ils sont plus qualifiés et ont des revenus supérieurs à la moyenne de la population. Ils cherchent par ce choix résidentiel à réduire la taille de leur logement et son coût, tout en optimisant leur chance de conserver une vie sociale active lorsqu'ils risqueront de devenir moins mobiles ou d'avoir davantage de problèmes liés à l'âge. Le recrutement par les pairs - les prétendants à l'attribution d'un logement étant souvent sélectionnés par un conseil composé de résidents, tend probablement à favoriser par ailleurs l'homogénéité des profils.

Ce profil très spécifique constitue une limite majeure pour isoler les gains socio-économiques propres à ce type d'habitat. L'étude ne parvient à identifier aucun signe qui permettrait de prouver un impact positif sur la consommation de soins à domicile ou de consultations médicales.

Selon les représentants de l'association Ældre Sagen, il est possible que ce type de résidence puisse aboutir à l'avenir à une mutualisation croissante de services privés d'aide à domicile, en lien avec le développement naissant de l'emploi direct dans ce secteur. Cette tendance n'est toutefois pas encore vérifiée par des études.

3 Une transformation domiciliaire qui s'est traduite par un fort accent mis sur la prévention et l'autonomie des personnes à domicile, mais pas par une augmentation des prestations d'aides et de soins à domicile

3.1 Un fort accent mis sur le « bien vieillir » et l'autonomie des personnes âgées à domicile

3.1.1 Les programmes de réhabilitation ont été généralisés dans le but de renforcer l'autonomie des personnes et de limiter le recours aux aides

Depuis le 1er janvier 2015, toutes les municipalités danoises ont l'obligation de proposer un programme de « réhabilitation » ou « réhabilitation dans la vie quotidienne » (« *rehabilitering* » ou « *hverdagsrehabilitering* » en danois) de courte durée aux personnes dont il est établi, après évaluation, qu'elles peuvent améliorer leurs capacités fonctionnelles afin de réduire les besoins en aide à domicile (articles 83 et 83a de la loi sur les services (*servicelovens*)). Initié par un projet pilote de la municipalité de Fredericia (2008-2009), le concept de « *hverdagsrehabilitering* » a été progressivement intégré dans les offres de toutes les municipalités danoises, jusqu'à se traduire par l'introduction d'une obligation légale depuis 2017. D'après la loi, cette offre est destinée en premier lieu aux personnes qui sollicitent une aide à domicile, mais certaines municipalités l'ont élargie à des personnes qui bénéficient déjà de prestations.

La réhabilitation met l'accent sur l'autonomisation de la personne qui subit des limitations fonctionnelles et se distingue d'une approche purement compensatoire de la perte d'autonomie. Il s'agit à la fois d'améliorer leur indépendance et leur bien-être dans leur vie quotidienne, en partant de leur propre vision de leur situation et de leurs objectifs de vie, et de limiter ainsi les dépenses de soins à domicile. Contrairement à la rééducation spécifique à une maladie (« *sygdomsspecifik genoptræning* »), elle se déroule l'environnement immédiat de la personne et

non dans des hôpitaux ou des centres de rééducation. Contrairement à l'aide à domicile « compensatoire », versée de manière permanente, l'intervention de réhabilitation est limitée dans le temps. Elle consiste typiquement en un programme d'entraînement de 12 semaines ciblé sur des objectifs de la vie quotidienne définis avec la personne aidée.

La terminologie du « reablement »

Dans l'ouvrage de synthèse universitaire récent⁶³⁹, le terme anglais de « reablement » est préféré à celui de « rehabilitation », considéré comme plus large et intégrant toutes les formes d'intervention destinées à améliorer ou à empêcher la détérioration des capacités fonctionnelles.

Une étude fondée sur la méthode Delphi auprès d'un panel d'experts universitaires internationaux en 2018-2019 donne du « reablement » la définition suivante :

“ Reablement is a person-centred, holistic approach that aims to enhance an individual's physical and/ or other functioning, to increase or maintain their independence in meaningful activities of daily living at their place of residence and to reduce their need for long-term services. Reablement consists of multiple visits and is delivered by a trained and coordinated interdisciplinary team. The approach includes an initial comprehensive assessment followed by regular reassessments and the development of goal-oriented support plans. Reablement supports an individual to achieve their goals, if applicable, through participation in daily activities, home modifications and assistive devices as well as involvement of their social network. Reablement is an inclusive approach irrespective of age, capacity, diagnosis or setting. (Metzelthin et al, 2020 : 11)⁶⁴⁰”

Le concept et la démarche se sont diffusés dans différents pays, notamment au Royaume-Uni, où le terme de « reablement » a probablement été utilisé pour la première fois, en Australie et en Nouvelle-Zélande (sous le terme de « restorative home care »), et dans les trois pays scandinaves (Suède, Danemark, Norvège). L'ouvrage évoque également l'exemple des Pays-Bas.

En Scandinavie, l'expression la plus fréquemment utilisé pour ce type d'intervention est celle de « réhabilitation quotidienne », « *hverdagsrehabilitering* » en danois et « *vardagsrehabilitering* » en suédois. Le nom vient d'un projet mené dans la municipalité suédoise d'Östersund en 1997 où des kinésithérapeutes et des ergothérapeutes ont pour la première fois travaillé en coopération avec les services de soins à domicile pour aider les personnes à améliorer leur autonomie dans la réalisation des tâches de la vie quotidienne.

En l'absence de référence francophone dans cette littérature internationale, la présente annexe a traduit le terme par « réhabilitation ».

La mise en œuvre danoise de la réhabilitation s'est faite grâce à l'accord des principaux syndicats d'aides à domicile, de thérapeutes et de la grande organisation représentant les personnes âgées, à une législation nationale et à un soutien financier et méthodologique de l'Etat central. Sa progressive diffusion, depuis son apparition locale en 2007 puis sa généralisation par la loi, explique que la démarche soit désormais fortement ancrée dans les institutions danoises. Au sein

⁶³⁹ Tine Rostgaard, John Parsons, and Hanne Tuntland. Reablement in Long-Term Care for Older People (Transforming Care) Policy Press. 2023.

⁶⁴⁰ Metzelthin, S., Rostgaard, T., Parsons, M., and Burton, E. (2020) 'Development of an internationally accepted definition of reablement: a Delphi study', Ageing and Society, 42 (3): 703– 18.

des pays scandinaves, la Norvège a également déployé la démarche au niveau national, avec le même souci de soutenabilité des finances publiques, alors qu'il reste entièrement de la seule initiative des communes en Suède (Rostgaard, Parsons et Tuntland, précité).

Des travaux d'évaluation ont permis de tirer certaines conclusions sur les effets et les conditions de mise en œuvre de la réhabilitation par les municipalités danoises. Un rapport de 2017⁶⁴¹ fait la synthèse de 24 études évaluatives portant sur la mise en œuvre de la réhabilitation (non ciblée sur une pathologie spécifique) dans les soins à domicile des municipalités danoises. Les principales conclusions sont les suivantes.

- Il est possible de réduire la consommation de soins et les dépenses grâce à un effort ciblé sur la réhabilitation.
- La relation avec l'utilisateur est essentielle pour garantir la réussite de la démarche, ce dernier devant la considérer comme un appui pour regagner son autonomie et non comme un moyen de diminuer l'aide dont il a besoin.
 - Les études réalisées sur l'expérience des usagers montrent des manières très différentes de recevoir les programmes de réhabilitation : les personnes les plus désireuses d'être le plus indépendantes possibles peuvent être très satisfaites, là où d'autres considèrent l'objectif comme irréaliste et ressentent les évaluations constantes de leur capacité comme une pression frustrante, voire humiliante, et l'interprètent comme une marque de méfiance de la municipalité.
 - Elles soulignent également que l'objectif d'autonomie est généralement moins partagé pour les aides pratiques que pour les soins personnels : plus les interventions portent sur l'intime, plus il est facile de motiver les personnes à essayer de faire elles-mêmes.
 - Enfin la stabilité du personnel est une variable importante dans la réussite du programme.
- Différentes organisations ont été expérimentées par les municipalités. Le rapport réalise une typologie des différentes organisations possibles, en pesant les avantages et les inconvénients, mais sans se prononcer en faveur de l'une ou de l'autre :
 - des collaborations des équipes de soin à domicile avec des professionnels d'autres départements
 - l'intégration directe de personnels spécialisés dans les équipes de soins à domicile. Dans cette forme d'organisation, des ressources professionnelles spéciales sont employées dans le service des soins à domicile, par exemple les ergothérapeutes et les physiothérapeutes ou les infirmières. C'est le choix fait par la municipalité de Copenhague, qui a employé dix thérapeutes spécialisés qui se rendent à domicile avec les personnels d'aide à domicile. Des infirmières spécialisées ont également été intégrées aux équipes de soins, ainsi que quatre thérapeutes dans les centres d'activité pour les personnes âgées⁶⁴².

⁶⁴¹ Sundhedsstyrelsen, "Rehabilitering på ældreområdet. Hvad fortæller danske undersøgelser os om kommunernes arbejde med rehabilitering i hjemmeplejen?", 2017

⁶⁴² Entretien de la mission avec les représentants de la commune de Copenhague.

- la création d'une unité spécialisée interdisciplinaire : l'équipe se compose généralement de thérapeutes (ergo et kinésithérapeutes), de personnels d'aide à domicile et éventuellement d'infirmiers et de nutritionnistes.
- Le positionnement du travailleur social évolue par rapport à des soins à domicile classique. Les travailleurs médico-sociaux doivent mettre en place une coopération structurée avec la personne pour définir ses objectifs ; travailler de manière interdisciplinaire ; s'efforcer d'inciter la personne à accomplir des tâches lui-même plutôt que de les réaliser à sa place. Ces changements peuvent créer des conflits de valeur et le travailleur peut se trouver plus à l'aise dans une approche compensatoire. A l'inverse, des études soulignent que l'approche de la réhabilitation peut avoir une influence positive sur l'identité professionnelle des salariés, placés dans une position de « coach » ou d'accompagnateur plutôt que d'exécutant de tâches souvent considérées comme ingrates et socialement peu valorisées (Hansen 2015, 2016). Au Danemark, les aides à domicile et les thérapeutes ont plus facilement intégré l'approche à leur pratique que les infirmières.

3.1.2 Les aides techniques sont également fortement mises en avant, même si les données comparatives manquent

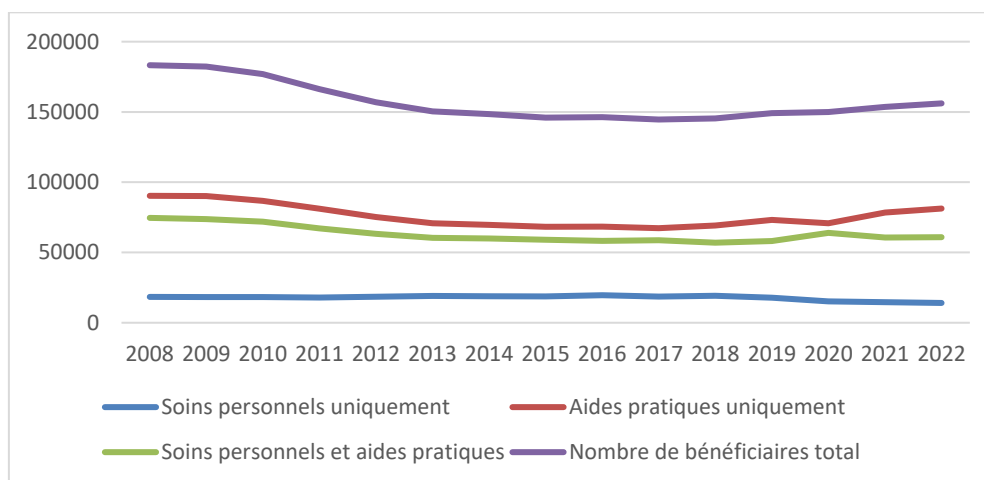
L'adaptation des logements et les aides techniques font partie des prestations en nature fournies gratuitement par les communes sur la base de l'évaluation individuelle des besoins réalisée par l'équipe pluridisciplinaire. Les communes disposent de centres d'aides techniques en charge de réaliser ou financer des travaux. La plupart des interlocuteurs de la mission mettent en avant le rôle important de cette offre pour permettre aux personnes âgées de rester autonomes le plus longtemps possible. La mission ne dispose toutefois pas de données permettant de mesurer la diffusion de ces technologies et de les comparer avec d'autres pays.

Cette promotion des technologies du grand âge s'appuie par ailleurs sur un secteur des technologies de la santé particulièrement dynamique, soutenu par la place centrale et croissante occupée par le secteur de la santé dans l'économie du pays (18 % des exportations nationales).

3.2 Le nombre de bénéficiaires et d'heures d'aide à domicile accordées par les communes diminue significativement depuis 2010

La stagnation de l'offre résidentielle, et sa forte baisse relative au regard du nombre de personnes âgées, ne s'est pas accompagnée d'une augmentation des moyens dédiés à l'aide à domicile. Au contraire, le nombre de bénéficiaires d'aide à domicile financée par l'aide sociale des communes, tout comme le nombre d'heures accordées, a diminué en nombre absolu depuis 2010 au Danemark.

Graphique 12 : Bénéficiaires d’heures d’aide à domicile (en nombre de bénéficiaires, tout âge confondu, par type d’aides accordées)

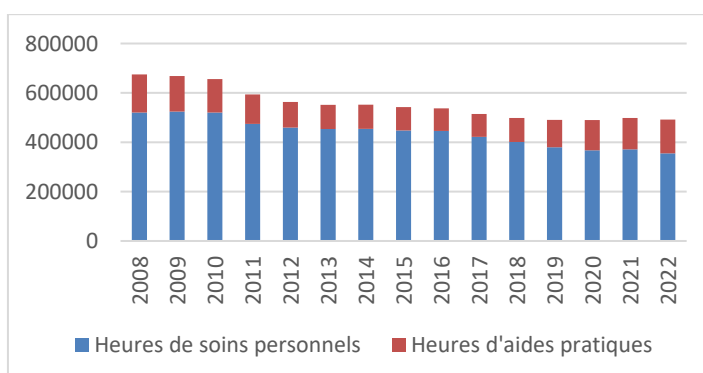


Source : Danmarks Statistik, Statistikbanken, AED06

Environ 176 900 personnes bénéficiaient d’une aide à domicile en 2010 contre 156 000 en 2022 soit une baisse de 12 %. La proportion de personnes âgées de 67 ans et plus recevant des soins à domicile est passée de 19 % à 12 % sur la même période. La proportion de personnes âgées de 80 ans et plus qui bénéficie de soins à domicile a également diminué de manière très significative – passant de 41 % à 28 %.

Le nombre d’heures accordées par semaine est également en baisse, de près de 25 % entre 2010 et 2023, que ce soit pour les soins personnels ou les aides pratiques. Le nombre moyen d’heures hebdomadaires par bénéficiaire âgé de 80 et plus est passé de 3,8 à 3,2 heures. Au niveau national, les différences se sont accrues entre les régions du Danemark, en particulier entre les communes de la région de Copenhague, qui ont globalement maintenu leur offre, et les parties les plus occidentales du pays, qui l’ont plus fortement restreintes.

Graphique 13 : Nombre d’heures à domicile accordées par semaine (moyennes annuelles)



Source : Danmarks Statistik, Statistikbanken, AED022

Cette évolution des prestations d’aide à domicile est commune à tous les pays nordiques. Dans aucun d’entre eux, la couverture en soins à domicile n’a compensé la baisse de l’offre résidentielle.

Cette baisse s'était toutefois manifestée plus précocement en Suède et en Finlande, alors que le niveau de générosité des prestations d'aide à domicile a été maintenu au Danemark jusqu'au début des années 2010 (Rostgaard et al., 2022).

Au Danemark, on ne constate pas de concentration des aides sur les publics dont les besoins seraient les plus intenses. Au contraire, entre 2010 et 2022, la part des bénéficiaires auxquels ont été accordées moins de deux heures d'aide par semaine augmente par rapport à celle, très minoritaire, à laquelle a été accordée plus de 8 heures par semaine. La diminution relative de l'offre résidentielle ne s'est donc pas traduite par une augmentation du nombre de personnes âgées bénéficiant d'une prise en charge intensive à domicile.

Tableau 5 : Répartition des bénéficiaires d'aide à domicile par nombre d'heures hebdomadaires accordées

	2010		2022	
Moins de 2 heures	111370	63 %	104693	67 %
2 - 3,9 heures	21454	12 %	17026	11 %
4 - 7,9 heures	20551	12 %	16560	11 %
8 - 11,9 heures	9778	6 %	7936	5 %
12 - 19,9 heures	7917	4 %	6047	4 %
20 heures et plus	5847	3 %	3876	2 %
Total	176917	100 %	156138	100 %

Source : *Danmarks Statistik, Statistikbanken, AED006*

Sans être le fruit d'une réforme structurelle, cette baisse s'expliquerait principalement par les choix d'allocation des ressources des communes et non par une amélioration des conditions de santé des personnes âgées. Dans une étude comparant les bénéficiaires d'aide à domicile entre 2012 et 2017, T. Roostgaard et M. Mattiesen (2019) montrent que la probabilité qu'une personne âgée soit éligible à une aide à domicile a diminué sensiblement, même en neutralisant les variables relatives à la capacité fonctionnelle, l'état de santé ou la situation familiale. Selon ces auteurs, entre 2012 et 2017, les communes danoises auraient ainsi implicitement modifié leur pratique d'évaluation et d'attribution des aides, en privilégiant davantage l'attribution des soins personnels (toilettes...) à l'aide pratique (ménage, courses...). Les normes de qualité municipales se sont concentrées sur la spécification exacte du nombre de m² ou de pièces à nettoyer, et de nombreuses municipalités sont passées de la fourniture d'une aide pratique chaque semaine à maintenant toutes les deux semaines ou moins fréquemment, « rendant l'aide aux tâches ménagères souvent plus symbolique que réelle » (Rostgaard et al., 2022).

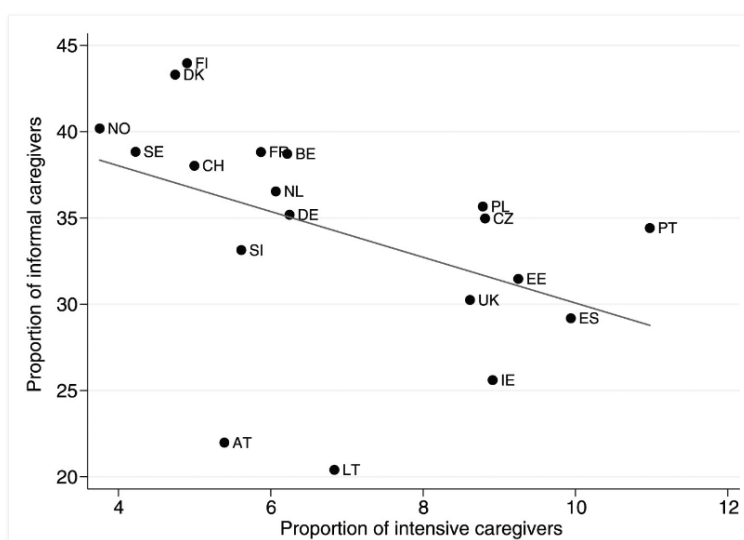
Les données plus récentes montrent toutefois que les heures pour les soins personnels ont diminué plus rapidement que les heures d'aide pratique depuis 2017. Pour Houlberg et Bailiff (2023), il n'est pas possible de savoir si cette baisse reflète une modification de la qualité des soins et des aides à domicile. De fait, la mission ne dispose pas d'études mettant en relation les données épidémiologiques et administratives depuis 2017.

3.3 Vers une refamilialisation et une privatisation de fait de la prise en charge de la dépendance ?

Les pays nordiques se caractérisent par le fait qu'il n'existe aucune obligation légale de solidarité familiale et par une préférence collective des personnes âgées pour l'aide formelle.

Les personnes déclarant aider régulièrement un de leur proche y sont nombreuses, mais elles sont moins susceptibles de fournir une aide intensive que dans les autres pays d'Europe (Verbakel, 2017).

Graphique 14 : Part des aidants informels et part des aidants informels intensifs (plus de 11 heures par semaine) par pays selon Verbakel, 2017



Source : Verbakel, 2017. 44 % des Danois âgés de 15 ans et plus interrogés par l'enquête répondent par l'affirmative quand on leur demande si elle passe du temps à s'occuper ou à aider des membres de leur famille, des voisins ou d'autres personnes en raison d'une maladie, d'un handicap ou d'un problème de long terme lié au grand âge. 4,7 % sont considérés comme des aidants « intensifs », c'est-à-dire qu'ils déclarent passer 11 heures ou plus par semaine à ce type d'activité. En comparaison, 38,8 % des Français se déclarent aidant informel et 5,9 % des aidants « intensifs ».

D'après Rostgaard, T., Jacobsen, F., Kröger, T. et al. (2022), l'aide informelle des proches augmente dans tous les pays nordiques, sous le double effet de la diminution des aides publiques et de la modification des attentes des pouvoirs publics vis-à-vis d'eux.

Les auteurs précités distinguent toutefois la Finlande et à la Norvège, où l'implication croissante des proches dans l'accompagnement des personnes âgées est un objectif explicite de politique publique, de la Suède et du Danemark, où elle serait davantage la conséquence implicite de la diminution des aides publiques que le fruit d'une politique explicite. Dans les deux pays, les allocations pour aidant demeurent peu répandues.

C'est en en Suède que les effets de la restriction de l'offre publique d'aide aux personnes âgées sur la refamilialisation ont été le plus étudiés. Le pays a connu une diminution du taux de bénéficiaires de l'aide à domicile dans les années 90, puis une forte réduction de l'offre résidentielle dans les années 2000 qui n'a été que partiellement compensée par une augmentation

des services à domicile (Ulmanen and Szebehely, 2014)⁶⁴³. Pour compenser la baisse des services fournis par les communes dans les années 90, les personnes âgées avec le plus bas niveau d'éducation se seraient majoritairement tournées vers leur famille, principalement leurs filles, alors que les personnes âgées avec le plus haut niveau d'éducation se sont davantage tournées vers les services privés. Dans les années 2000, avec la fermeture importante des lits en institution, le recours croissant aux proches aidants a été constaté dans tous les groupes sociaux (de 48 à 63 % des personnes ayant besoin d'une aide pratique), bien que restant plus fréquentes chez les personnes âgées avec le niveau de formation le plus bas. Contrairement aux années 90, l'aide des fils a également augmenté et occupe une part aussi importante que celle des filles pour les personnes âgées avec le plus haut niveau d'éducation. Le recours à des prestataires privés restait marginal en 2010, quoique qu'en hausse (de 10 à 15 %) de 2000 à 2010.

Pour le Danemark, selon les auteurs précités (Rostgaard et al., 2022), la diminution des aides à domicile lors de la dernière décennie rend plus probable pour les familles d'être sollicitées pour apporter de l'aide aux personnes âgées. La mission n'a toutefois pas trouvé d'étude qui permette d'étayer plus précisément ce constat.

D'après les interlocuteurs de l'association de défense des personnes âgées Ældre Sagen rencontrés par la mission, le recours à des prestataires privés en dehors des services financés par les communes se développe également et se constate par l'apparition de nouveaux prestataires. À l'automne 2020, le lancement par une compagnie d'assurance (Tryg) d'une offre inédite pour les personnes âgées en perte d'autonomie a déclenché un débat sur le rôle des assurances privées et les menaces qu'elles feraient peser à l'universalité du système danois.

4 Face aux défis à venir, des réflexions sur les investissements à réaliser dans l'offre résidentielle, la part du financement public et l'organisation des soins à domicile

4.1 L'émergence d'un débat public sur la nécessité d'augmenter le nombre d'hébergements pour personnes âgées dépendantes

Au Danemark, l'attribution d'une place dans une résidence spécialisée relève d'une décision de la commune. Seules les personnes âgées dont on évalue qu'elles ne peuvent pas rester chez elles peuvent avoir accès si elles le désirent à un logement. L'orientation est faite par la municipalité sur la base d'une évaluation de la situation individuelle de la personne. Il s'agit également d'un arbitrage financier – le logement en hébergement spécialisé est proposé lorsque qu'il devient moins coûteux que le maintien à domicile pour la commune. Selon les différents interlocuteurs

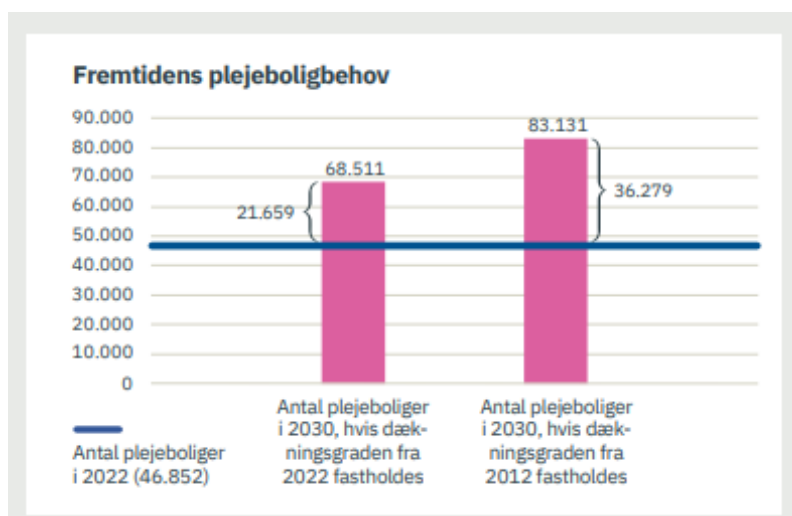
⁶⁴³ En Suède, entre 2001 et 2012, l'offre résidentielle a été réduite d'un quart (24 % de lit en moins) tandis que le nombre de bénéficiaires d'aides à domicile a augmenté de 33 %. La proportion des personnes âgées de 65 ans et plus recevant une aide à domicile est passé de 7,9 % à 8,9 % tandis que la part des personnes hébergées en établissement est passée de 7,7 à 4,9 %. L'aide à domicile étant moins intensive que celle apportée en établissement (en moyenne 30 heures mensuelles versus 100 heures en établissement), il est estimé qu'à la fois la couverture et l'intensité des aides aux personnes âgées a diminué sur la période.

de la mission, ce seuil financier peut varier selon les communes et se situe entre 20 et 25 heures de soins à domicile par semaine.

Une fois que le besoin est établi, la municipalité dispose de deux mois pour proposer une place à la personne âgée dans une résidence qui ne sera pas forcément celle de son choix. Si la personne âgée souhaite aller dans un établissement en particulier, elle peut le demander et se retrouver dans une liste d'attente spécifique, mais dans ce cas le délai de deux mois ne s'applique pas.

La réduction du nombre d'hébergements disponibles commence à créer des tensions, qui s'expriment dans les revendications de la principale association représentative des personnes âgées, Ældre Sagen⁶⁴⁴. L'association milite pour l'adoption d'un plan urgent d'augmentation des capacités des résidences pour personnes âgées dépendantes (« plejeboligkapacitet »). Selon elle, il devient de plus en plus difficile d'obtenir une décision d'attribution d'un logement dans ces résidences – les critères d'évaluation devenant de plus en plus exigeants. Elle estime qu'un nombre croissant de personnes âgées qui seraient mieux prises en charge dans ces hébergements sont ainsi « condamnées à vivre leurs derniers jours dans la peur, la solitude et l'insécurité » à domicile et diffuse des exemples de personnes auxquelles il a été refusé une place⁶⁴⁵. Elle dénonce une pénurie et revendique la création de 22 000 logements d'ici 2030, soit une augmentation de près de 50 % pour maintenir le taux d'équipement de 2022 (nombre de logements rapporté au nombre de personnes âgées de 80 et plus).

Graphique 15 : Évaluation des besoins en logements en résidences pour personnes âgées dépendantes pour 2030 selon Ældre Sagen



Source : Ældre Sagen. Ligne bleue : nombre de logements en 2022. Colonne de gauche : nombre de logements nécessaires en 2030 pour maintenir le taux d'équipement de 2022. Colonne de droite : nombre de logements nécessaire en 2030 pour revenir au taux d'équipement de 2022.

⁶⁴⁴ Ældre Sagen est une association qui défend les personnes âgées. Elle revendique 940 000 adhérents, soit plus de 15 % de la population du pays et constitue un interlocuteur de premier plan des pouvoirs publics en matière de politique du grand âge.

⁶⁴⁵ « Carl avait oublié de manger, de boire et de prendre ses médicaments et avait été hospitalisé à plusieurs reprises » ; « Le père de Connie souffrait d'un état de démence avancé, d'insuffisance cardiaque, d'une maladie rénale, d'une mauvaise vision et d'une mauvaise audition »...

Les termes du débat, qui implique le Gouvernement et les représentants des communes, portent sur :

- la mesure dans laquelle le « vieillissement en bonne santé » sera de nature à diminuer les besoins en résidences spécialisées – un récent rapport montrant qu’il est difficile de répondre de manière claire à la question de savoir si la santé des personnes âgées s’améliorait⁶⁴⁶.
- la préférence exprimée des Danois pour le fait de vieillir à domicile. Une étude d’Ældre Sagen de 2021 établit que seulement 2 Danois sur 10 entre 50 et 89 ans expriment qu’ils préféreraient vivre en résidences pour personnes âgées s’ils ne pouvaient plus vivre de manière autonome. Pour l’association, les personnes âgées et les proches sont toutefois amenés à s’y résoudre lorsqu’ils constatent qu’il n’est pas possible pour la personne de vivre seule de manière sûre.
- la soutenabilité financière d’une stratégie qui consisterait à adapter les moyens existant à l’évolution démographique, le vieillissement conduisant les communes à faire chaque année des arbitrages budgétaires entre les différentes politiques sociales dont elles ont la charge (notamment la petite enfance et l’éducation).
- la part que pourraient jouer les investisseurs privés (en particulier les fonds de pension) dans la construction de nouvelles résidences dans un paysage encore très largement public.

4.2 Le débat sur le financement et l’opportunité d’un financement assurantiel

Alors que près de la moitié des Danois disposent désormais d’une assurance santé complémentaire, l’aide sociale aux personnes âgées dépendantes demeure exclusivement financée par l’impôt.

Reprenant une idée déjà soutenue par ses deux alliés de coalition de droite et de centre droit, le porte-parole des sociaux-démocrates Christian Rabjerg Madsen a créé un vif débat en se prononçant en juillet 2023 en faveur d’une assurance complémentaire obligatoire pour la perte d’autonomie. Pour ce dernier, afin d’éviter que les inégalités ne se creusent d’elles-mêmes (cf. soutiens familiaux, création d’assurances privées et développement de l’emploi direct évoqués plus haut), il conviendrait d’obliger tous les Danois à cotiser à une assurance dépendance complémentaire. Devant les fortes réactions et oppositions provoquées par la proposition, en particulier au sein même du parti social-démocrate, le Gouvernement a indiqué ne pas travailler sur cette proposition en août 2023.

4.3 Des réflexions autour de l’organisation de l’aide à domicile

Le modèle des équipes permanentes, autonomes et interdisciplinaires inspiré de l’association néerlandaise Buurtzorg fait l’objet d’un intérêt croissant dans de nombreuses communes du Danemark, sans avoir toutefois franchi le cap de l’expérimentation. Des financements nationaux auprès des communes et un projet d’évaluation pilotée par l’institut de recherche VIVE ont été

⁶⁴⁶ Sunhedsstyrelsen, *Sund aldring*, 2021.

mis en place pour progresser dans la connaissance de ce que seraient les conditions de déploiement d'un tel modèle au Danemark.

Le modèle paraît attractif auprès des responsables communaux danois, qui ont multiplié les voyages d'étude aux Pays-Bas. Les responsables d'Ældre Sagen rencontrés par la mission étaient très convaincus de la pertinence du modèle et sa capacité à améliorer la qualité comme l'efficacité des soins et de l'aide à domicile. Pour eux, le système danois qui repose sur l'attribution, suite à l'évaluation, d'un « package » de services décomposés en durée de soins ou d'aides pratiques ne permet pas de répondre au mieux aux besoins quotidiens des personnes âgées.

Toutefois, les avis sont partagés quant à la pertinence et l'applicabilité du modèle Buurtzorg au système danois – qui repose sur des organisations communales fortement hiérarchisées, spécialisées et administrées (Buch, 2020). Parmi les principaux obstacles sont notamment citées : la capacité des communes à établir le « juste prix » et le contrôle qualité des prestations réalisées par des prestataires privés concurrents des administrations communales ; la capacité à convaincre des infirmières qualifiées de travailler dans des équipes avec un faible degré de spécialisation, une absence de hiérarchie et un portefeuille de tâches qui inclut des tâches moins qualifiées.

La première expérimentation a eu lieu entre 2019 et 2021 dans la commune de Ikast-Brande – par le biais d'une délégation des soins et des aides à domicile à l'entreprise sociale Lokalpleje Danmark sur un territoire limité de la commune (2 équipes de 16 personnels). En dépit d'une bonne évaluation à mi-parcours sur la qualité des soins rendus (meilleure continuité des soins, meilleure expérience des usagers, plus grande interdisciplinarité et réduction de l'absentéisme des personnels), l'entreprise n'a pu être rentable dans les conditions fixées par l'expérimentation et a déposé le bilan au 31 août 2021.

5 Conclusion

Avec une dépense publique en proportion du PIB nettement plus élevée qu'en France, le soutien aux personnes âgées dépendantes reste un des domaines les plus typiques du modèle de l'Etat-providence danois, avec des aides et des soins attribués gratuitement à tous les citoyens sans condition de revenus. Les 98 municipalités danoises sont responsables du soutien aux personnes âgées dépendantes, en finançant et organisant à la fois les volets résidentiels et domiciliaires. Elles sont notamment en charge de l'évaluation des besoins, et dans ce cadre, de la décision d'attribuer une place en hébergement spécialisé. Cette unicité de gestion favorise une vision intégrée des volets domicile et hébergement – des enjeux importants de coopération demeurant avec l'échelon régional compétent en matière de santé primaire et de soins hospitaliers.

La réflexion sur le logement des seniors comme élément majeur de leur bien-être et de leur autonomie y a été engagée dès le début des années 80 et s'est traduit par une transformation des hébergements spécialisés vers un modèle domiciliaire, fondée sur le principe que chaque personne doit conserver un logement autonome, un « chez soi » quels que soient les aides et les soins dont il bénéficie par ailleurs. Il en résulte l'inscription des hébergements spécialisés pour personnes âgées dans le droit commun du logement social et une attention particulière au respect du principe du logement privatif dans la constitution et le fonctionnement de ces résidences.

Cette transformation « domiciliaire » de l'habitat spécialisé ne doit toutefois pas être confondue avec la progression concomitante du maintien à domicile. La part des personnes âgées hébergées dans des résidences offrant des services assimilables à ceux des Ehpad (avec surveillance 24/24 et personnels rattachés aux établissements) a diminué depuis les années 90 – de l'effet du vieillissement démographique plus que de la fermeture de place, l'offre semblant être restée relativement stable. Si les comparaisons restent très délicates à faire en la matière, le taux d'institutionnalisation atteindrait des taux situés entre 3 et 4 % des personnes âgées de 65 ans et plus et 10 et 11 % des 80 ans et plus, soit des niveaux inférieurs à ceux de la France tout en restant dans le même ordre de grandeur.

Ce recul de la proportion de personnes résidant dans un hébergement spécialisé ne s'est pas accompagné d'une augmentation des moyens mis dans l'aide et le soin à domicile. Le nombre d'heures attribuées par les communes a diminué en valeur absolue de manière continue depuis 2008 – avec une part de moins en moins importantes de personnes bénéficiaires. Les raisons et les effets de cette baisse restent à approfondir par la recherche, une étude sur la période 2007-2012 tendant à montrer qu'elle s'explique principalement par un resserrement implicite des critères d'attribution des communes et non par une amélioration des conditions de santé des personnes âgées. Les effets sur le recours croissant aux proches aidants ou à des prestataires privés, tels que constatés en Suède dans les années 2000, sont supposés par les chercheurs et certains interlocuteurs de la mission, mais encore peu documentés. En parallèle, un fort accent a été mis sur la « réhabilitation » en matière de soins et d'aides à domicile, destinée à accompagner les personnes à faire le plus possible de choses par elles-mêmes – l'opportunité d'une telle démarche devant être évaluée dès la première demande d'aide.

Avec l'accélération rapide du nombre de personnes âgées (+56 % du nombre de personnes âgées de 80 et plus entre 2020 et 2030), un débat récent est apparu sur l'émergence de besoins non couverts et la nécessité de construire de façon massive et urgente des résidences pour personnes âgées dépendantes pour maintenir le ratio places/personnes âgées. Outre les manières de résoudre les importants problèmes de pénurie de main d'œuvre, des inquiétudes croissantes sont soulevées sur les capacités à financer sur le long terme le système actuel – posant les questions de l'introduction d'un système obligatoire d'assurance.

6 Personnes rencontrées

Anne SMETANA, attachée santé, ambassade du Danemark à Paris

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

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

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

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

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

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

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

Caroline CHRISTJANSEN, stagiaire. Ældre Sagen

7 Bibliographie

Bonnet, Carole, Emmanuelle Cambois, et Roméo Fontaine. « Dynamiques, enjeux démographiques et socioéconomiques du vieillissement dans les pays à longévité élevée », *Population*, vol. 76, no. 2, 2021, pp. 225-325.

Buch Martin Sandberg, *Buurtzorgs model for hjemmesygepleje og hjemmepleje*, VIVE, 2020

Christensen, Christensen, Winkler et Enemark, *Seniorboføllesskaber – Hvad er gevinsten ved seniorboføllesskabet og for hvem*, VIVE, 2022 [Lien](#)

European Commission, *State of Health in the EU, Denmark*, Country Health Profile, 2019.

Haut conseil de la Famille, de l'Enfance et de l'Age (HCFEA), *Politiques de soutien à l'autonomie des personnes âgées : quelques comparaisons internationales*, mars 2019. [Lien](#)

Houlberg K. et Bailliff S., Færre hjemmehjælpstimer til ældre, især uden for hovedstadsområdet, note VIVE 28 juin 2023. [Lien](#)

Hesselberg Lauritzen Heidi, Mads Lybech Christensen og Michell Wello Steen Andersen, *Kortlægning af udviklingen på plejehjemsområdet*, VIVE, 2023. [Lien](#)

Kvist Jon, *ESPN thematic report on challenges on long-term care, Denmark*, 2018. [Lien](#)

Oleraz Marie, Nielsen Annegrete Juul, Rudkjøbing Andreas, Birk Okkels Hans, Krasnik Allan Hernandez-Quevedo Cristina, *Denmark, Health system review*, University of Copenhagen, *Health systems in transition*, vol. 14, n°2, 2012. [Lien](#)

Rostgaard T., Szebehely M., "Changing policies, changing patterns of care: Danish and Swedish home care at the crossroads", *Eur J Ageing* 9(2):101–109, 2012.

Rostgaard T., Mattiessen M., *Hjælp til svage ældre*. VIVE rapport, 2019.

Rostgaard T, Mattiessen M, Amilon, *Hjemmehjælp og omsorgsrelateret livskvalitet*, 2020.

Rostgaard, T., Jacobsen, F., Kröger, T. et al., "Revisiting the Nordic long-term care model for older people—still equal?", *Eur J Ageing* 19, 201–210, 2022. [Lien](#)

Rostgaard T., Tuntland H., Parsons J., *Reablement in long-term care for older people.*, Policy Press, Bristol, 2023

Saltman Richard, Hagen Terje and Karsten Vrangbaek, "New strategies for the care of older people in Denmark and Norway", *Eurohealth Systems and Policies*, vol. 21, n°2, 2015. [Lien](#)

Sardon, Jean-Paul, et Gérard Calot. « Les incroyables variations historiques de la fécondité dans les pays européens. Des leçons essentielles pour la prospective », *Les Analyses de Population & Avenir*, vol. 4, no. 14, 2018, pp. 1-23. [Lien](#)

Schultz Erika, *The long-term care system for the elderly in Denmark*, research report for the ENEPRI European Network of Economic Policy Research Institutes, 2010. [Lien](#)

Szebehely, M. and Meagher, G. « Nordic eldercare – weak universalism becoming weaker? », *Journal of European Social Policy*, 28(3): 294–308, 2017

Ulmanen Petra and Szebehely Marta, *From the state to the family or to the market ? Consequences of reduced residential eldercare in Sweden*, International Journal of Social Welfare, 2014. [Lien](#)

Sundhedsstyrelsen, *Rehabilitering på ældreområdet. Hvad fortæller danske undersøgelser os om kommunernes arbejde med rehabilitering i hjemmeplejen ?*, 2017. [Lien](#)

Sundhedsstyrelsen, "Sund aldring", 2021. [Lien](#)

Verbakel E., « How to understand informal caregiving patterns in Europe? The role of formal long-term care provisions and family care norm », *Scandinavian Journal of Public Health*, 2017.

World Health Organization, Regional office for Europe, *Denmark, country case study on the integrated delivery of long-term care*, 2019. [Lien](#)