

Bien vivre et vieillir dans l'autonomie à domicile

**Les conditions pour permettre aux personnes âgées, vulnérables ou non,
de bénéficier de réponses adaptées à leurs besoins et aspirations**

Rapport adopté par le Conseil de l'âge

20 février 2024

Synthèse du rapport : principaux constats, orientations et propositions

Le soutien aux projets de vie « à domicile » s'est imposé comme l'axe central du projet politique d'accompagnement des personnes âgées, fragiles ou vulnérables et plus globalement du vieillissement de la société. Le Conseil de l'Âge a donc souhaité contribuer au débat et à la décision publique sur la question du « Bien vivre et vieillir dans l'autonomie à domicile ». Son objectif était d'identifier les conditions de nature à garantir aux personnes âgées, vulnérables ou non, des réponses adaptées à leurs besoins et aspirations, d'analyser dans quelle mesure elles sont réunies aujourd'hui et de proposer le cas échéant des orientations et adaptations pour qu'elles le deviennent effectivement.

Un cadre légal renouvelé dans ses approches (de la compensation à l'inclusion citoyenne) et son périmètre (au-delà des politiques dédiées), inscrit dans une action planifiée

Le Conseil a conduit ces travaux avec la vision prospective inscrite dans ses missions, qui l'a conduit à rappeler **l'évidence démographique** d'un nombre de personnes âgées de 75 ans qui devrait atteindre 11 millions d'ici à 2050 (23 millions pour les plus de 60 ans), soit un quasi-doublement de leur part dans la population totale pour atteindre 16 % de la population (respectivement 33 %). Consécutives à la progression du nombre de personnes âgées particulièrement soutenue entre 2020 et 2030, la décennie suivante sera marquée par celle du nombre de personnes âgées rencontrant des limitations (« incapacités ») modérées ou sévères, qui atteindrait 3 millions en 2040. Face à cette évolution et aux défis qu'elle posera, la politique française du vieillissement et de l'autonomie est caractérisée par un défaut notable d'anticipation et de planification, les exercices de projection des besoins futurs portant sur des périmètres limités (branche autonomie, aides à l'adaptation des logements) et tenant plus de la programmation budgétaire sur un horizon dépassant rarement 4 ou 5 ans. Par ailleurs, les politiques dans notre pays restent marquées par un référentiel de principes compensatoires, qui ne correspond plus ni aux aspirations des personnes âgées ni aux différents leviers à mobiliser pour y répondre. **Le Conseil de l'âge demande à ce titre d'inscrire dans la loi l'impératif de prise en compte par la société tout entière des enjeux et des conséquences du vieillissement de la population, et la garantie du droit des personnes âgées de vivre de façon autonome et en pleine citoyenneté, avec tous les soutiens nécessaires. Une démarche de planification de moyen long terme des actions à engager pour accompagner la transition démographique doit être installée.**

La promotion d'une diversité de formes de domiciles, porteurs d'inclusion spatiale et sociale

Les lieux de vie des personnes âgées, quels que soient leur statut, doivent conserver ou renforcer leur caractère de véritable domicile avec une dimension d'espace privatif, être plus adaptés aux problématiques du vieillissement, mais aussi conçus, localisés et adossés à des accompagnements, dans une logique de renforcement de l'inclusion spatiale et sociale des personnes. Malgré les ambitions et les dispositions adoptées dans le cadre de la loi d'adaptation de la société au vieillissement puis à sa suite, **le Conseil de l'Âge juge qu'un effort considérable est encore à réaliser pour que la société, dans ses aspects d'habitat et de vie dans la cité, soit vraiment adaptée au vieillissement et attentionnée pour les personnes âgées.** L'adaptation d'un nombre plus important de logements au vieillissement est un impératif, à la fois dans le secteur libre que dans le parc HLM. La facilitation et la bonne solvabilisation de travaux en sont des leviers importants, mais pas unique : la plus grande diffusion, sur la base d'un regard ergonomique, des aides techniques non liées au bâti et des nouvelles technologies préservant ou soutenant l'autonomie en est un autre, essentiel.



Mais le Conseil de l'âge appelle à aller plus loin que la simple question « bâtementaire » de la politique du domicile. Cette dernière doit viser à ce que chacun puisse vivre et « faire domicile » dans un habitat choisi, adapté et « capacitant », c'est à dire prenant en compte sa potentialité d'être un instrument du lien et de la participation sociale. Le domicile doit en conséquences être pensé comme connecté et relié avec l'extérieur. Le respect du choix de vie des personnes fait qu'elles seront parfois spatialement isolées – mais il est alors nécessaire de **veiller à ce qu'elles ne soient pas socialement** : aides à la mobilité et accompagnements à l'en-dehors, et démarches d'aller-vers les personnes seules pour rompre l'isolement social doivent y contribuer. Pour de nombreuses personnes âgées, une large **palette d'habitats en collectif** doit permettre des projets de vie où le lien social sera nativement présent. Une **consolidation et une modernisation de l'offre de type résidentielle, de l'accueil familial et une mue des Ehpad** sont à ce titre nécessaires. Mais l'habitat partagé et/ou inclusif, qui se développe principalement sous la forme de colocations, offre une nouvelle frontière qui permet à la fois de répondre aux aspirations des personnes concernant des lieux où l'on vit chez soi, mais en lien avec les autres, et de fournir aux familles et professionnels, en constituant un **lieu d'ancrage limitant la dispersion épuisante des déplacements et entrées en relation**. La localisation de ces habitats regroupés au sein ou à proximité de villes petites et moyennes, ou dans des ensembles urbains vieillissants, établit un lien fort avec les politiques visant à une **meilleure organisation spatiale du territoire** pour accompagner la **transition écologique** en diminuant les distances entre personnes, aidants, équipements et services, lieux d'activités sociales, culturelles, sportives.... Ce sont les collectivités territoriales des niveaux départemental et (inter)communal qui disposent des leviers les plus concrets pour mettre en œuvre cette action globale. Avec le soutien de l'Etat et en lien avec les ARS pour que les outils de planification soient mieux articulés, elles pourraient être tenues d'**élaborer des « Plans longévité » de territoire**.

L'organisation d'une politique coordonnée de réponses aux besoins de santé et de prévention des maladies et des limitations

S'agissant des **besoins liés à la santé**, le Conseil de l'Âge considère que **l'accès aux soins de santé** doit être mieux garanti – en particulier en diminuant le nombre de personnes âgées sans médecin traitant - et les **parcours doivent être mieux articulés en s'appuyant sur les dispositifs de coordination** actuellement déployés. Deux filières doivent faire l'objet d'une mobilisation forte : l'accompagnement des personnes atteints de maladies neurodégénératives et de leurs aidants, et l'accompagnement des fins de vie à domicile. S'agissant du **repérage et de l'accompagnement des personnes fragiles**, il note que la politique de prévention portée par le ministère de la santé, ainsi que la nouvelle Cog entre l'Etat et la Cnav, les démarches portées par l'interrégimes de retraite, l'action des centres communaux d'action sociale, des organismes complémentaires, parties prenantes au demeurant des conférences des financeurs, sont des **points d'appui pour retarder les limitations de l'autonomie**.

Une réforme profonde du dispositif de soutien à l'autonomie, pour le rendre plus lisible pour les citoyens, plus adaptable aux besoins des personnes dans sa forme et dans son intensité, plus pertinent dans le cas des troubles de la cohérence ou de l'orientation, et donc plus effectif

Les missions et l'action des départements, chefs de file de la politique gérontologique, est très vaste, comme en témoignent les schémas départementaux « autonomie ». Toutefois, le **poinds de l'APA** dans leur action est majeur. Les travaux et enquêtes approfondis conduits par le Conseil de l'âge sur les outils d'évaluation des besoins, de détermination de l'éligibilité à l'APA et de définition et mise en œuvre des plans d'aide le conduise à un **constat très inquiet sur le fait que les réponses adaptées soient effectivement apportées aux personnes âgées les plus vulnérables et souffrant d'incapacités**.

Malgré sa complexité pour les professionnels et son manque de lisibilité pour les personnes, le système actuel n'offre pas de bonne garantie en termes d'effectivité de soutien.

Alors même qu'on peut estimer que certains plans d'aides sont insuffisants *ab initio* du fait des plafonds fixés de montant mensuel d'APA, près d'un allocataire sur deux ne consomme pas l'intégralité du montant d'aide humaine qui lui a été notifiée, à hauteur en moyenne d'un tiers de celui-ci. Cela n'est pas admissible. Les causes de cette sous-consommation sont multiples, certaines tenant au souhait de la personne ou de sa famille de limiter les interventions, d'autres tenant plus fréquemment à des questions de reste à charge ou de tensions sur les recrutements des professionnels salariés. Le Conseil de l'Âge recommande de lancer des travaux visant à concevoir et définir les modalités de mise en œuvre d'une réforme visant à remplacer l'APA par une prestation plus universelle, puissante et englobante, de soutien à l'autonomie et de lancer sans plus attendre les travaux préparatoires nécessaires concernant les formes possibles de cette nouvelle prestation et les modalités de mise en œuvre d'une telle réforme.

Considérant les difficultés inhérentes à toute refonte, dans un environnement où d'autres réformes sont en cours de mise en œuvre ou annoncées, il préconise dans tous les cas de corriger au plus vite les faiblesses majeures de l'APA à domicile que sont l'arbitrage imposé entre les différentes composantes des plans d'aide en raison de leur plafonnement global et le fait que les critères d'éligibilité et de classement en GIR excluent souvent les personnes âgées affectées par des maladies neurodégénératives, des troubles cognitifs ou du comportement, ou conduisent à leur proposer des plans d'aide largement insuffisants. Il suggère pour ce faire de prolonger ses travaux par l'étude comparative des différentes options évoquées supra permettant *in fine* de largement déplaçonner les différentes composantes financées par les plans d'aide APA, et d'adopter une règle d'éligibilité plus simple et lisible, permettant au surplus d'inclure très largement dans son bénéfice les personnes qui connaissent une restriction absolue aux items « cohérence » et « orientation ».

Enfin, parce que le système ne fonctionnera que s'il existe et que l'on conserve à moyen et long terme une offre de services d'aide et de professionnels pour accompagner les personnes, il recommande de résorber la déconnexion qui s'est accentuée en période récente entre les tarifications nationales et départementales et le juste niveau de financement et/ou de rémunération de l'offre.

Pour importante qu'elles soient, les questions gravitant autour de l'APA ne doivent pas cacher les progrès que le Conseil appelle de ses vœux sur les autres dimensions que doit revêtir une politique ambitieuse de l'autonomie dans et à partir du domicile. Pour remédier au défaut actuel de planification, l'adoption d'une loi de programmation se situant sur un horizon de 15 à 20 ans, et dépassant, dans son périmètre, les seuls acteurs de la politique de l'autonomie *stricto sensu*, garantirait la fixation d'objectifs et de moyens associés, et donnerait à l'ensemble des acteurs une visibilité pour l'avenir.

Une démarche de simplification administrative et institutionnelle

Le Conseil encourage par ailleurs les démarches visant à favoriser l'aller-vers les personnes, la simplification des procédures et des parcours, par une meilleure guidance des personnes et de leurs proches et de plus intenses partages d'informations entre institutions. Enfin, il demande que les complexités d'organisation et les disparités et inégalités territoriales constatées liés notamment à la gouvernance éclatée de la politique de l'autonomie soient réduites par un système de cibles de convergence et de redevabilité plus grande des acteurs locaux. Sur ces deux sujets sans oublier celui de développement de la prévention, la mise en place à venir du Service public départemental de l'autonomie lui apparaît comme une opportunité et un levier dont il ne faut pas négliger le potentiel.



Sommaire

Synthèse du rapport : principaux constats, orientations et propositions.....	3
Introduction	9
Partie 1	11
Face à l'évidence démographique, les enjeux en matière d'accompagnement du vieillissement sont insuffisamment anticipés.....	11
L'augmentation du nombre de personnes âgées et concernées par un besoin d'aide à l'autonomie est une évidence quantitative	11
Partie 2	16
Le domicile doit devenir le soutien de projets de vie au cœur d'une cité attentionnée pour les seniors .	16
I. Un domicile d'abord : habiter dans un logement adapté	17
A. La grande majorité des personnes âgées de 60 ans et plus vit en pleine autonomie, en logement ordinaire.....	17
1. Les incapacités ne concernent que 15 % des plus de 60 ans.....	17
2. La quasi-totalité (96 %) des personnes âgées de 60 ans ou plus vivent en logement ordinaire .	17
B. Nombre de logements sont inadaptés au vieillissement	18
C. L'accès aux dispositifs d'adaptation du logement et aux innovations techniques est essentiel	19
1. Adapter les logements du parc privé.....	19
2. Adapter les logements et l'accompagnement des locataires du parc social.....	21
3. Accompagner les dispositifs financiers innovants permettant d'augmenter la capacité d'adaptation de l'habitat.....	22
D. La diversification des modes d'habitats est nécessaire pour répondre à l'aspiration d'« être chez soi quel que soit son lieu de vie »	25
1. Consolider et développer les offres intermédiaires existantes.....	25
2. Poursuivre les démarches sur le regroupement des habitats.....	28
E. Il existe peu de possibilités pour vivre à domicile pour certaines personnes vulnérables	29
1. Le logement ordinaire n'est pas une option évidente pour certaines personnes âgées	29
2. La difficulté du domicile pour les personnes avec de fortes restrictions ou des situations d'isolement	32
II. A partir du domicile, satisfaire les besoins et les aspirations des personnes âgées et de leur entourage	33
A. Les différentes dimensions des besoins des personnes âgées et leur analyse	33
1. Adopter une vision large des besoins à prendre en compte.....	33
2. Mobiliser les démarches et les outils d'évaluation des besoins	35
B. Les dynamiques démographiques et territoriales, couplées aux évolutions sociétales, risquent d'amplifier l'isolement et la réclusion des personnes âgées	39
1. Anticiper une diminution du nombre de proches d'aidants, résidant à proximité des personnes âgées.....	39
2. Renforcer les actions visant à accompagner l'accès aux droits, la mobilité et la lutte contre l'isolement.....	39

C.	La transition démographique impose plus largement de repenser l'organisation de l'espace et de la vie sociale.....	46
III.	Oser une conception ambitieuse du domicile comme soutien des projets de vie et solution « capacitante »	46
	L'ensemble formé par les soins et les accompagnements est largement cloisonné et ne répond pas pleinement aux besoins	48
I.	S'agissant des besoins liés à la santé, les fortes spécificités des publics âgés doivent être mieux prises en compte.....	48
A.	L'accès aux soins et la coordination des parcours sont à améliorer	48
1.	Rendre effectif l'accès à des soins de premiers recours dans la proximité du lieu de vie des personnes et, lorsque cela est justifié, à son domicile.....	48
2.	Coordonner les réponses aux besoins complexes et articuler les soins techniques et l'accompagnement à l'autonomie.....	49
B.	La conduite d'une véritable politique de prévention s'impose	50
II.	Pour les personnes âgées sans limitations fortes, l'offre de services est principalement portée par les caisses de retraite	50
A.	L'offre de services des régimes de base de l'interrégime se développe	50
B.	Les caisses de retraite complémentaire développent un ensemble de services pour accompagner leurs assurés	52
C.	Les CCAS et CIAS proposent des services aux personnes âgées notamment vulnérables	53
D.	Des services sont également proposés par les acteurs de la protection complémentaire	54
III.	Pour les personnes âgées vulnérables, l'APA, principal dispositif de solvabilisation de l'accompagnement, connaît de fortes limites.....	55
A.	Les départements ont largement structuré leur action autour de l'APA	55
B.	Par rapport aux besoins des personnes, l'APA, principal dispositif de solvabilisation de l'accompagnement, connaît de fortes limites	56
1.	La grille Aggir mobilisée pour la détermination des plans d'aide APA est mal adaptée au domicile et couvre mal les troubles neurodégénératifs (TND).....	56
2.	La grille Aggir est un outil excessivement complexe, qui conduit à des résultats peu lisibles pour les allocataires comme pour les professionnels.....	57
3.	Le modèle de l'APA crée un renoncement partiel et des problèmes majeurs d'effectivité dans la mise en œuvre des plans d'aide	57
C.	Des difficultés sont posées par la segmentation des dispositifs en fonction de l'âge ou d'une caractérisation médico-administrative	61
1.	Les personnes de moins de 60 ans et souffrant d'une forme de vieillissement ou vulnérabilité précoce sont éloignées des filières dédiées aux personnes âgées	61
2.	Les personnes de plus de 60 ans ne peuvent pas nécessairement choisir entre dispositifs handicap, invalidité et âge	62
3.	L'APA n'assure pas le même niveau d'accompagnement que la PCH à caractéristiques proches de besoins	62
4.	L'action sociale des caisses de retraite est accessible uniquement aux retraités	64
	Partie 4.....	65



Renforcer la préparation et l’organisation de la société au vieillissement, plus et mieux accompagner les personnes âgées et leurs aidants autour du domicile 65

I. Adopter un cadre large de planification stratégique et opérationnelle de réponse aux besoins futurs 65

II. Faciliter les parcours pour les personnes..... 67

A. Améliorer la lisibilité du système 67

1. Affirmer le droit à une évaluation globale à l’entrée, avant toute demande d’un dispositif spécifique 67

2. Réorganiser la présentation des aides 67

3. Rendre l’éligibilité aux différents dispositifs plus transparente et plus facile à mettre en œuvre68

B. Fluidifier les parcours 68

1. Généraliser l’« aller-vers » 68

2. Favoriser des parcours « sans coutures »..... 69

III. Revoir le périmètre des besoins évaluées et des personnes éligibles, et repenser les outils d’allocation des aides..... 70

A. Garantir le pouvoir d’achat réel de l’allocation 70

B. Permettre aux personnes éligibles à l’APA de vivre à leur domicile avec des plans d’aides en adéquation avec leurs besoins..... 72

C. Étendre le bénéfice de l’APA à de nouveaux publics..... 73

D. Etendre le bénéfice de l’APA à de nouveaux besoins 76

1. Prévenir les risques d’épuisement des aidants 76

2. Prendre en compte les besoins d’aide humaine et de surveillance liés aux troubles cognitifs et comportementaux..... 77

3. Soutenir l’accès aux aides techniques ou aux adaptations du logement 78

E. Concevoir une nouvelle prestation autonomie 78

IV. Poursuivre les efforts de simplification et d’organisation du système et aborder la question des disparités territoriales 80

A. Poursuivre les efforts de simplification et d’organisation 80

B. Rationaliser les concours et les financements..... 80

C. Renforcer la coordination entre les acteurs 81

D. Viser un système organisé autour de quatre piliers opérationnels 81

E. Aborder la question des disparités territoriales..... 82

V. Acter une augmentation de l’effort financier pour accompagner le domicile..... 85

Introduction

Alors qu'il y avait déjà consacré de nombreux travaux¹, il est apparu nécessaire au Conseil de l'âge de revenir sur la question du domicile comme lieu privilégié de vie par et pour les personnes âgées. Les perspectives démographiques et l'affichage d'une politique centrée sur le domicile (que d'aucuns dénomment le « virage domiciliaire ») appelaient en effet une analyse, à la fois à « 360° » et plus fouillée, des modalités et des moyens avec lesquels les réponses sont apportées aujourd'hui, aux personnes âgées dans leur ensemble, et parmi elles, à celles concernées par des fragilités et/ou vulnérabilités.

Car d'évidence, les difficultés et faiblesses de la politique actuelle du domicile, évoquées par les personnes et les professionnels, et sur lesquelles le présent rapport se penche, mises au regard de la perspective de l'augmentation du nombre de personnes âgées, poseront dans les vingt prochaines années des questions majeures s'agissant de la place dans la société et de la qualité de vie et d'accompagnement des personnes âgées et très âgées.

Les personnes et les dispositifs concernés par le rapport


Le Conseil de l'âge a choisi de ne pas limiter ses travaux aux seules personnes fragiles ou vulnérables appelant un soutien et un accompagnement de leur autonomie. C'est sur l'ensemble des personnes âgées dans leurs besoins et aspirations qu'ont porté ses réflexions.

Pour autant, un regard approfondi a été consacré aux problématiques concernant les personnes âgées dont les besoins en termes médicaux, sociaux et d'accompagnement sont les plus importants, et partant aux prestations et services qui leur sont plus spécifiquement destinés. Le secrétariat général du HCFEA a piloté un plan conséquent de mobilisation de la littérature existante, et la conduite d'études et d'enquêtes avec le concours des conseillers scientifiques² et des institutions et personnalités qualifiées du Conseil de l'âge. Ces travaux ont donné lieu à la production de cinq documents d'éclairage du Conseil de l'âge, qui étayaient les constats et orientations du présent rapport.

¹ Le recours des personnes âgées vulnérables aux emplois et services d'aide à domicile - avril 2020.
Politique de l'autonomie, mobilités résidentielles et aménagement du territoire - juillet 2021.
Les politiques de soutien à l'autonomie dans les départements d'outre-mer - juin 2021
Comparaison des coûts de prise en charge d'une personne en perte d'autonomie selon le lieu de vie (domicile ou Ehpad) - novembre 2021
Revenus, dépenses contraintes et patrimoine des seniors – état des lieux - avril 2022
L'accessibilité financière aux Ehpad, résidences autonomie et résidences services seniors - novembre 2022.
² Carole Bonnet et Roméo Fontaine, chercheurs à l'institut national des études démographiques ; Agnès Gramain, enseignant-chercheur à la faculté de droit sciences économiques et de gestion de Nancy.



Les documents d'éclairage présentent de façon pédagogique et détaillée les travaux du Conseil de l'âge. Ils peuvent se lire de manière autonome et viennent alimenter les rapports

ALLER+LOIN
Ils sont référencés dans les marges du rapport sous le format
Nom du document 

Rapport Bien vivre et vieillir en autonomie à domicile | 5 documents d'éclairage

<p>Courants d'approche de l'autonomie des personnes âgées vulnérables dans les pays confrontés au vieillissement de leur population</p>	<p>Situations et perspectives départementales, en termes de besoins, de recours et d'offre</p>	<p>Les aspects relatifs à la santé et aux soins des personnes âgées</p>	<p>Restitution des enquêtes conduites par le Conseil de l'âge auprès des acteurs locaux du grand âge</p>	<p>Prise en compte des besoins des personnes âgées vulnérables : grille AGGIR, outils d'évaluation et adéquation de l'APA</p>
<p>Document retraçant les grandes approches des politiques d'autonomie et situant la France parmi les pays confrontés au vieillissement de leur population (synthèse des travaux de 2019 actualisée par des échanges avec les conseillers aux affaires sociales allemand, italien et suédois)</p>	<p>Recueil cartographique rassemblant des éléments sur les situations et perspectives départementales en termes de besoins, de recours et d'offre de service pour les personnes âgées vulnérables</p>	<p>document synthétisant les interventions du HCAAM, de l'IRDES et de l'ARS PACA en Conseil de l'âge, complétée d'éléments de cadrage sur les besoins de santé et la consommation de soins, d'éclairages de terrain et des mesures récemment annoncées</p>	<p>document de synthèse croisant les enseignements des 3 enquêtes conduites auprès des SAAD, des CCAS/CIAS et des EMS APA en 2023</p>	<p>Document proposant un retour sur la genèse de la grille AGGIR et de l'APA à domicile, analysant les propriétés de la grille en termes d'éligibilité et de classement en GIR et proposant des pistes d'évolution pour améliorer l'adéquation des prises en charge aux besoins des personnes</p>
<p>Publié en janvier 2024</p>	<p>Publié en décembre 2023</p>	<p>Publié en janvier 2024</p>	<p>Publié en décembre 2023</p>	<p>Publié en février 2023</p>

Le rapport s'est efforcé d'adopter une focale qui soit le plus possible « du point de vue et à la hauteur des personnes, de leurs proches, des professionnels les accompagnant, des responsables locaux ». De nombreux déplacements, échanges et rencontres y sont retracés. Le Conseil a pu bénéficier du concours de France Alzheimer pour recueillir pour ce rapport trois « histoires de vie » de familles dont un membre est atteint d'une maladie neurodégénérative, dont sont cités des extraits.

Il a resitué les enjeux dans une vision globale, tous services publics et dispositifs confondus. Sur ces aspects, la création du risque « autonomie » de la Sécurité sociale a permis un progrès, notamment au travers de l'information du Parlement autour des projets de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) et des rapports à la commission des comptes de la Sécurité sociale (CCSS). [L'annexe des PLFSS consacrée à l'autonomie](#) présente, désormais annuellement, l'Effort national de solidarité pour l'autonomie (ENSA), qui mesure les dépenses publiques consacrées à l'autonomie des personnes âgées, quel que soit leur lieu de vie. Le [rapport à la CCSS de septembre 2023](#) a consacré une fiche aux attributaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile et aux volumes et coûts des accompagnements autour de cette prestation. Parmi 1,3 million d'allocataires, soit 7 % de la population âgée de 60 ans et plus, 0,8 million le sont au titre de l'APA à domicile (soit 60 %). Il est estimé que 10,6 Md€ de dépenses publiques ont été dédiés en 2022 à ces personnes : 41 % assumés par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et un quart par l'assurance maladie. La Sécurité sociale couvre donc deux tiers des dépenses. Un quart des financements relève des Conseils départementaux (CD), et environ 10 % de l'État.

Pour autant, ce périmètre ne recoupe pas celui couvert par le présent rapport. Au public ci-dessus, il conviendrait d'ajouter les personnes âgées bénéficiant d'aides et d'accompagnements hors branche autonomie au titre de différentes politiques relevant tant de l'action sociale, de la prévention des fragilités que du cadre de vie des seniors (adaptation des logements, mobilités, vie sociale). C'est bien sur ce champ élargi que le Conseil de l'âge invite à penser la politique du domicile. S'appuyant sur son diagnostic des forces et faiblesses des approches, de l'organisation et des outils de la politique du domicile, le Conseil de l'âge formule des orientations pour l'améliorer à la fois « ici et maintenant », mais aussi structurellement par une démarche de planification et de programmation dont la finalité doit être le droit de chaque personne âgée à vivre dans l'autonomie et la pleine citoyenneté.

Partie 1

Face à l'évidence démographique, les enjeux en matière d'accompagnement du vieillissement sont insuffisamment anticipés

Si des études existent pour projeter, pour les prochaines décennies, l'augmentation du nombre de personnes âgées, estimer la part d'entre-elles qui seront affectées par des restrictions d'autonomie, et mesurer les aspirations des personnes, la politique française qui leur est destinée est caractérisée par un défaut de planification et d'action, et n'a qu'insuffisamment opéré une refondation de ses principes.

L'augmentation du nombre de personnes âgées et concernées par un besoin d'aide à l'autonomie est une évidence quantitative

Encadré 1 | Définition du périmètre des personnes âgées

La notion de « personne âgée » est relative et peut varier selon le contexte.

La borne d'âge la plus souvent retenue dans les statistiques démographiques est 65 ans (âge retenu par l'Insee pour la catégorie des « séniors »). Certains travaux retiennent d'autres bornes, comme celle de l'âge d'ouverture des droits à la retraite (62 à 64 ans selon les générations). La perception sociale de la vieillesse et du statut de « personne âgée » varie également selon les cultures et les individus.

Dans ce rapport, le choix est fait de retenir la borne d'âge de 60 ans, qui correspond à l'âge minimal pour prétendre à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), principale allocation spécifiquement dédiée aux personnes âgées vulnérables. Les analyses sont complétées par des focus sur la classe d'âge des 75 ans et plus, cette borne d'âge étant celle à partir de laquelle les limitations d'activité se développent le plus : Près de 3 personnes âgées de plus de 75 ans sur 10 sont confrontées à des incapacités, modérées (20 %) ou sévères (8 %) contre un peu plus de 6 % parmi les personnes âgées de 60 à 74 ans. Selon l'Insee, « les seniors sont dans l'ensemble autonomes jusqu'à un âge avancé. La part des allocataires de l'APA augmente fortement à partir de 75 ans : de 3 % entre 70 et 74 ans fin 2018, elle passe à 6 % pour les 75 à 79 ans, 13 % pour les 80 à 84 ans, 26 % pour les 85 à 89 ans, 45 % pour les 90 à 94 ans et 68 % pour les 95 ans ou plus »³. L'âge moyen auquel les limitations pour les AVQ commencent à se manifester se situerait aux alentours de 83 ans.

Source : SG HCFEA.

La pyramide des âges reflète l'arrivée aux âges élevés des générations du *baby-boom* (nées entre 1945 et 1975 et qui ont atteint ou atteindront 75 ans entre 2020 et 2050 respectivement) et la baisse de la fécondité pour les générations suivantes, encore accentuée ces dix dernières années. En conséquence, la structure par âge de la population française sera nettement modifiée au cours de 30 prochaines années. **La part des personnes âgées dans la population totale va en effet considérablement augmenter ces prochaines décennies.**

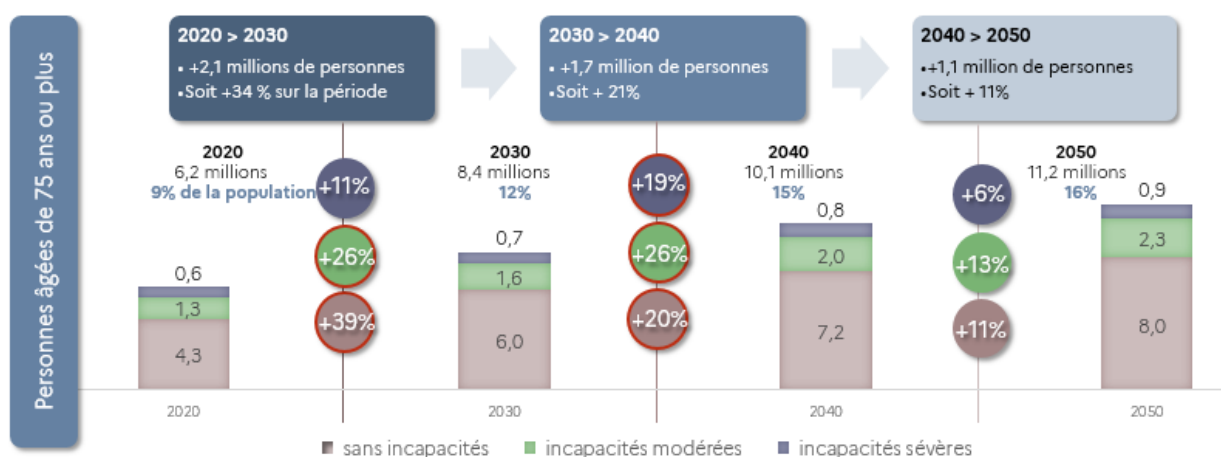
³ Source : Insee, Portrait social [2021 Perte d'autonomie – France, portrait social | Insee](#).

Selon les projections de l'Insee⁴ :

- la part des personnes âgées de 60 ans ou plus, qui s'élevait en 2020 à 26 %, augmentera de 7 points de pourcentage d'ici 2050, avec plus de 23 millions de personnes ;
- la proportion des personnes âgées d'au moins 75 ans doublerait presque sur la même période pour atteindre 16 % à l'horizon 2050 (soit 11 millions de personnes).

Si la progression du nombre de personnes âgées est particulièrement soutenue sur la décennie 2020-2030, c'est au cours de la décennie suivante que le nombre de personnes âgées vulnérables – au sens où elles sont davantage susceptibles de connaître des incapacités sévères – va le plus augmenter.

Graphique 1 | Progression du nombre de personnes âgées de 75 ans et de la proportion d'entre elles présentant des incapacités d'une décennie à l'autre d'ici 2050



ALLER+LOIN
Situations et perspectives départementales en termes de besoins, de recours et d'offre

Source : SG du HCFEA sur données Drees-Insee – modèle LIVIA, projections 2020-2050.

Les projections réalisées dans le scénario intermédiaire d'évolution des incapacités⁵ de la Drees indiquent ainsi que le nombre de personnes présentant des incapacités (sévères ou modérées) augmentera de 430 000 sur la décennie 2020-2030 (+ 16 %) et de 550 000 sur la décennie suivante (+ 18 %). Parmi ces personnes, le nombre de celles concernées par des incapacités sévères s'accroîtra de respectivement 65 000 (+ 9 %) puis 128 000 sur ces deux décennies (+ 16 %). Ces données, moyennes pour la France, masquent la grande diversité des réalités et dynamiques territoriales, certains départements étant plus intensément confrontés aux problématiques du grand âge.

⁴ L'Insee réalise des projections de population selon différents scénarios de fécondité, mortalité et solde migratoire. L'hypothèse centrale est obtenue en prolongeant les tendances observées sur une période récente. Les dernières projections, élaborées en 2021, ont conduit à une diminution assez sensible aux horizons lointains, en tenant compte des évolutions récentes de la fécondité et l'espérance de vie, aussi le scénario retenu dans le présent document est le scénario bas-intermédiaire (il remplace le scénario central-intermédiaire retenu jusqu'alors dans les travaux de la Drees). Une actualisation des projections est actuellement en cours et pourrait conduire à une révision des données chiffrées présentées ici ou dans de [précédentes publications de la Drees](#) sans toutefois remettre en cause les constats.

⁵ Le modèle Livia de la Drees est utilisé pour projeter le nombre de personnes âgées entre 2015 et 2050 par niveau de « perte d'autonomie ». L'hypothèse intermédiaire d'évolution de la « dépendance » retient une stabilité de la part des années avec des incapacités modérées dans l'espérance de vie à 60 ans. Les gains d'espérance de vie projetés dans le scénario central de l'Insee sont en partie des années sans incapacités et en partie des années avec des incapacités modérées. Les projections Livia n'ont pas été actualisées depuis 2015 malgré la production par l'Insee de projections plus récentes.

Ces évolutions prévisibles poseront de façon certaine de multiples défis : prise en compte de la déformation de la structure par âge de la population, adaptation du cadre et des modes de vies, accompagnement d'un nombre croissant de personnes âgées fragiles et vulnérables.

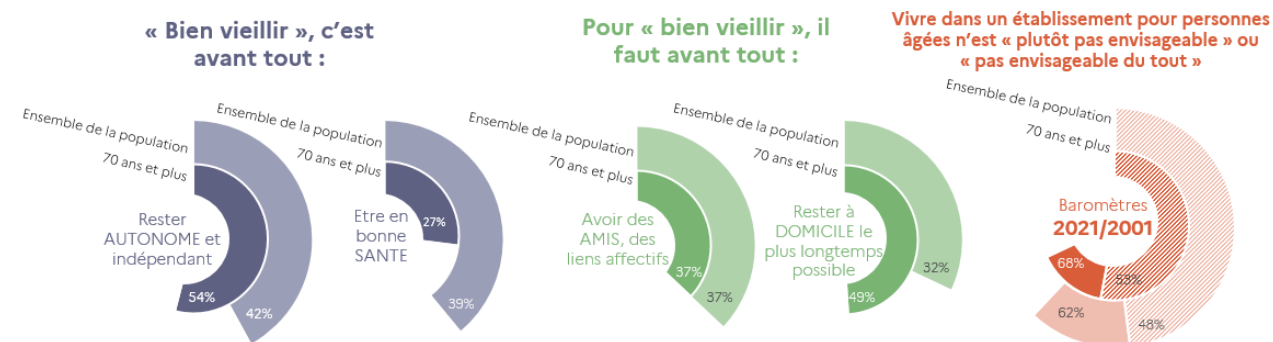
S'agissant de l'impact futur du vieillissement sur le système de retraite, cela fait vingt ans, avec la création et les travaux du Conseil d'orientation des retraites (COR), qu'il est modélisé sur la base d'hypothèses démographiques, économiques et sociales.

Il n'en va pas de même pour la prise en compte de l'impact « sociétal et financier » du vieillissement et du besoin futur de soutien aux projets de vie et à l'autonomie des seniors. Il est caractérisé par un défaut d'anticipation et l'absence de démarche de planification. Des exercices de projection ont eu le mérite d'être conduits par le passé, sans être réactualisés ni pleinement utilisés⁶. Actuellement, les démarches prospectives tiennent plus de la programmation budgétaire sur des périmètres (branche autonomie de la sécurité sociale, aides à l'adaptation des logements) et des horizons temporels limités, calés sur les périodes quadriennales prévues pour les projets de loi de financements de la sécurité sociale ou les lois de programmation des finances publiques.

Par ailleurs, il faut prendre en compte le fait que les représentations de l'autonomie et les aspirations des personnes vis-à-vis du « bien vieillir » évoluent

Les dernières décennies ont vu s'imposer le séjour au domicile comme un projet individuellement plébiscité par les personnes âgées. Les principales aspirations des Français concernant le « bien vieillir » sont en effet de *rester autonome, chez soi et entouré*⁷. Même si les chiffres peuvent varier selon les études, autour de 85 % des seniors interrogés sur le sujet souhaitent vieillir à domicile⁸ plutôt qu'en établissement. Cette réticence à l'institutionnalisation s'accroît au fil des générations⁹.

Figure 1 | Les attentes des Français pour « bien vieillir »



Lecture : A la question de savoir ce que « bien vieillir » veut dire, les 2 notions rassemblant le plus grand nombre de votes sont : « rester autonome » (42 % parmi la population générale) et « être en bonne santé » (39 %).

Source : SG HCFEA sur données Credoc : [Bien vieillir, retraite, dépendance, fragilité des seniors Représentations, réalités et attentes de la population française vis-à-vis des institutions](#), 2016 et Drees, [baromètre 2022](#).

⁶ Rapport de la mission *Prospective des équipements et services pour les personnes âgées dépendantes*, 2005, et rapport du Centre d'Analyse Stratégique, *Personnes âgées dépendantes : bâtir le scénario du libre choix*, 2006. Rapports du HCfips, sur les perspectives de financement à moyen-long terme des régimes de protection sociale, 2014 et 2017, qui comportaient des projections sur les risques autonomie des personnes âgées et handicap.

⁷ Credoc, [Bien vieillir Représentations, réalités et attentes de la population française](#), 2016.

⁸ [Enquête de l'Ifop et Sociovision réalisé pour la FESP en 2019](#).

⁹ Source : Drees, [Baromètre d'opinion](#).



La notion de « dépendance » a été progressivement remplacée par celles de soutien à « l'autonomie » ou de prévention de la « vulnérabilité » parmi la population âgée¹⁰ et le Conseil de l'âge a recommandé de ne plus l'utiliser. Il a prévu de prolonger au second semestre 2024 ses réflexions sur le lexique de l'âge et des personnes âgées. Ces changements de vocabulaire, souhaitables pour lutter contre l'âgisme et la relégation des personnes âgées « à côté » de la société, reflètent également les évolutions attendues de l'organisation des politiques du grand âge et de l'autonomie.

Encadré 2 | Avis du Conseil de l'âge sur la terminologie du Grand Âge (2019)

« Le Conseil de l'âge est d'avis de modifier certains des termes utilisés pour l'analyse des situations des personnes âgées actuellement dites « dépendantes », afin de lutter contre toute appellation stigmatisante et discriminante à leur encontre. Il appelle ainsi à un changement vers une terminologie plus positive, inclusive et participative, valorisant les compétences de la personne âgée, le maintien de sa dignité et de son libre-arbitre. »

Source : HCFEA, Conseil de l'âge, avis adopté par consensus lors de la séance du 30 septembre 2019.

Le Conseil de l'âge a analysé deux grandes approches principales de l'autonomie :

- **L'approche causaliste et compensatoire** consistant essentiellement à apporter des réponses aux incapacités physiques et cognitives des personnes âgées, par la solvabilisation de prestations d'aide et de soins, et complétée éventuellement d'un cofinancement des biens et services nécessaires à l'adaptation du domicile. Dans cette approche différentes actions ne s'inscrivent pas systématiquement dans une démarche coordonnée et sollicitent une démarche active des allocataires et de leurs aidants.
- **L'approche finaliste et globale** repose sur l'inclusion des personnes âgées dans la cité et sa capacité à avoir prise sur son existence, en agissant avec la personne et non pour elle. Elle vise à construire une démarche transversale coordonnée répondant aux besoins, mais également aux aspirations, de la personne. Elle porte une attention particulière à la prévention et à la vie sociale et promeut l'autodétermination de la personne et la participation citoyenne.

L'approche compensatoire et causaliste construit une définition déficitaire de l'âge et engendre des effets pernicieux, tels que l'âgisme et l'incapacité de développer une approche préventive. La dichotomie constatée, entre les principes adoptés à l'origine pour mettre en place de nouvelles réponses politiques à un problème, engage des stratégies de réponse différenciées au problème.

Aujourd'hui, la plupart des pays confrontés au vieillissement de leur population retiennent ou s'orientent vers l'approche globale. La France s'est historiquement plutôt située dans une approche de « compensation » de la « perte d'autonomie » avec une socialisation de ce risque sur un principe de solidarité nationale articulée avec la solidarité familiale, et fondée sur une approche relativement restrictive de la « dépendance », à partir des incapacités physiques et cognitives, plutôt que sur une approche sociale du vieillissement. La loi d'adaptation de la société au vieillissement (ASV) marque un tournant de principe en attestant de l'« objectif d'anticiper les conséquences du vieillissement de la population et d'inscrire cette période de vie dans un parcours répondant le plus possible aux attentes des personnes en matière de logement, de transports, de vie sociale et citoyenne, d'accompagnement ». Son article 1^{er} disposait que « L'adaptation de la société au vieillissement est un impératif national et une priorité de l'ensemble des politiques publiques de la Nation », sans que cette disposition soit codifiée, ce qui le privait de toute portée réelle.

¹⁰ Crédoc, Tous autonomes et vulnérables à la fois - Etat des lieux des publics fragiles, 2019.



L'inscription dans la Sécurité sociale du « cinquième risque autonomie » dans un article princeps du code de la Sécurité sociale a également constitué un pas en termes de principes et de droits¹¹.

Les dispositions adoptées ces dernières années semblent toutefois encore relever d'une méthode incrémentale plutôt que d'une stratégie de changement, qui, si elle se veut efficace, nécessite de dépasser ses approches historiques pour poser le principe d'un droit à vivre de façon autonome et décliner en conséquence de nouvelles réponses.

Orientation I Le Conseil de l'âge demande que soit inscrit dans la loi l'impératif de prise en compte par la société tout entière des enjeux et des conséquences du vieillissement de la population, et le droit aux personnes âgées de vivre de façon autonome et en pleine citoyenneté, avec tous les soutiens nécessaires.

¹¹ Nouveaux alinéas de l'article L111-2-1 introduits par la loi du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie : « III. - La Nation affirme son attachement au caractère universel et solidaire de la prise en charge du soutien à l'autonomie, assurée par la Sécurité sociale.

La prise en charge contre le risque de perte d'autonomie et la nécessité d'un soutien à l'autonomie sont assurées à chacun, indépendamment de son âge et de son état de santé ».



Partie 2

Le domicile doit devenir le soutien de projets de vie au cœur d'une cité attentionnée pour les seniors

Les lieux de vie des personnes âgées sont et resteront principalement des domiciles¹² prenant la forme de logements privés, dans leur diversité. C'est donc en son sein et autour du domicile que leurs aspirations doivent être satisfaites.

La loi ASV fixait des objectifs ambitieux pour déployer une palette de dispositifs afin de rendre possible la vie dans différents lieux autres que les établissements sanitaires ou médicosociaux. Elle visait à adapter les politiques publiques du cadre de vie aux enjeux du vieillissement de la population : adaptation des logements, modernisation des résidences autonomie et des résidences services seniors, intégration des problématiques du vieillissement dans les programmes locaux d'habitat et dans les plans de déplacement urbain.

Il n'existe pas de bilan des résultats de cette stratégie globale, les rapports d'évaluation de la loi « ASV » étant intéressants, mais quelque peu datés¹³. Toutefois, de nombreux travaux, dont les avis et rapports du Conseil de l'âge, le [rapport de synthèse de la concertation Grand âge et autonomie](#), ou encore le [rapport interministériel sur l'adaptation des logements, des villes, des mobilités et des territoires à la transition démographique](#) insistent sur l'effort considérable à réaliser pour que la société, dans ses aspects d'habitat et de vie dans la cité, soit vraiment adaptée au vieillissement et attentionnée pour les personnes âgées.

La stratégie gouvernementale « bien vieillir » présentée en novembre 2023 s'inscrit en continuité du « virage domiciliaire [...] entrepris sous le précédent quinquennat » via la construction d'« un parcours résidentiel qui réponde aux envies et aux besoins de chacun ». Elle indique que « si les personnes ne veulent ou ne peuvent plus vivre dans leur domicile, nous devons leur donner le choix du lieu de vie qui leur convient. C'est pourquoi nous diversifions les offres d'accueil et d'hébergement en développant l'habitat intermédiaire et en transformant les EHPAD ».

Le Conseil de l'âge appelle à aller plus loin. La politique du domicile doit dépasser les aspects – très importants au demeurant – « bâtimentaires » et viser à ce que chacun puisse vivre et « faire domicile » dans un habitat choisi, adapté et « capacitant », c'est à dire contribuant à la préservation ou à la restauration de l'autonomie et du lien social.

¹² La notion de domicile est définie à l'article 102 du Code civil : « Le domicile de tout Français, quant à l'exercice de ses droits civils, est au lieu où il a son principal établissement ».

¹³ Mise en œuvre de la loi ASV, Rapport de la DGCS au Parlement 2018 ; Évaluation de la mise en œuvre de la loi ASV pour le volet domicile, rapport conjoint Igas/IGA, 2017.

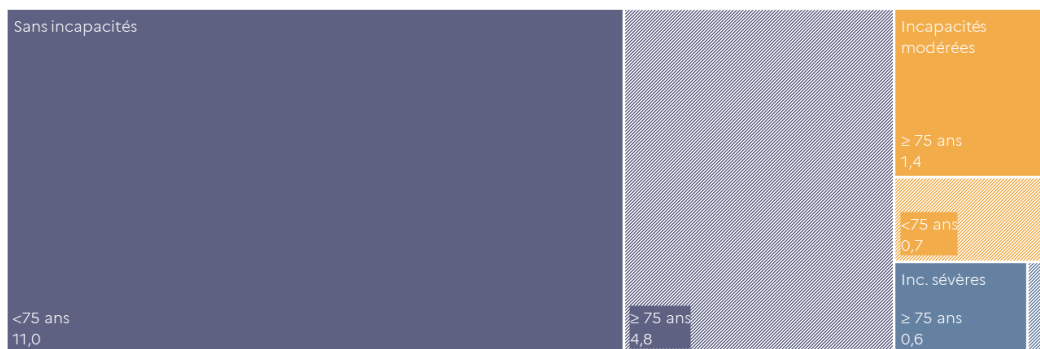
I. Un domicile d'abord : habiter dans un logement adapté

A. La grande majorité des personnes âgées de 60 ans et plus vit en pleine autonomie, en logement ordinaire

1. Les incapacités ne concernent que 15 % des plus de 60 ans

Selon les données de l'Insee et de la Drees, 18,5 millions de personnes ont plus de 60 ans en 2023 en France, dont 6,8 millions de personnes sont âgées d'au moins 75 ans. **La très grande majorité de ces personnes, 85 %, est en pleine autonomie (sans incapacités¹⁴)** : 15,8 millions, dont 4,8 millions âgés de plus de 75 ans. Sur les 15 % restants, les incapacités seront modérées pour 11 % et sévères pour 4 %.

Graphique 2 | Population âgée de 60 ans, avec ou sans incapacités en 2023



Source : SG du HCFEA sur données Drees-Insee – modèle LIVIA, projections 2020-2050.

2. La quasi-totalité (96 %) des personnes âgées de 60 ans ou plus vivent en logement ordinaire

Selon les données Livia de la Drees et de l'Insee, sur les 18,5 millions de personnes âgées de plus de 60 ans en 2023, **17,8 millions, soit une très large majorité, vivent en « ménage ordinaire », c'est-à-dire chez eux ou chez leurs proches¹⁵.**

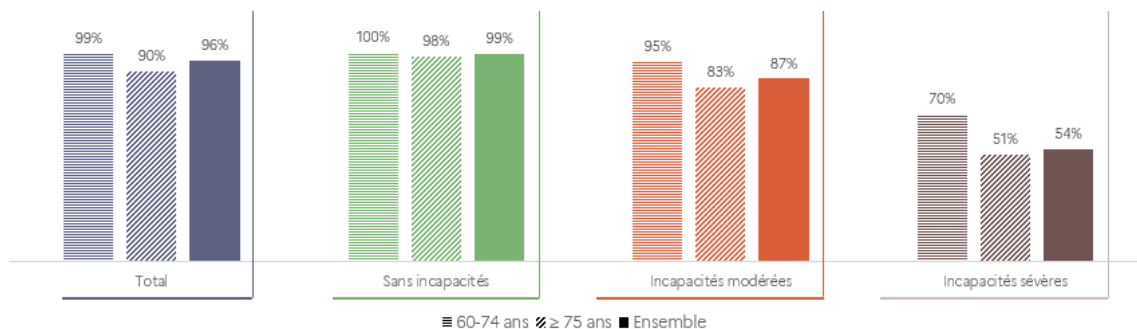
Cette proportion décroît avec l'âge : elle s'établit en effet à 99 % pour les personnes de la tranche d'âge 60-74 ans et à 90 % pour les personnes âgées de 75 ans ou plus. **La possibilité de résider à domicile diminue aussi en présence d'incapacités** : si la quasi-totalité des personnes sans incapacités résident au domicile, cette proportion s'établit à 87 % en présence d'incapacités modérées et à 54 % si les limitations sont sévères.

¹⁴ Les hypothèses relatives à la « perte d'autonomie » sont déterminées par la Drees sur la base d'enquêtes lui permettant d'estimer l'ampleur des incapacités. Elles conduisent à une définition large et à des effectifs de personnes âgées vulnérables nettement supérieures aux allocataires actuels ou projetés de l'APA.

¹⁵ Dans les projections de la Drees, tous les seniors qui ne vivent pas en Ehpad et assimilés ou en résidence autonomie sont considérés comme étant en ménage ordinaire.



Graphique 3 | Part des personnes vivant en « ménage ordinaire » parmi la population âgée de 60 ans en 2023

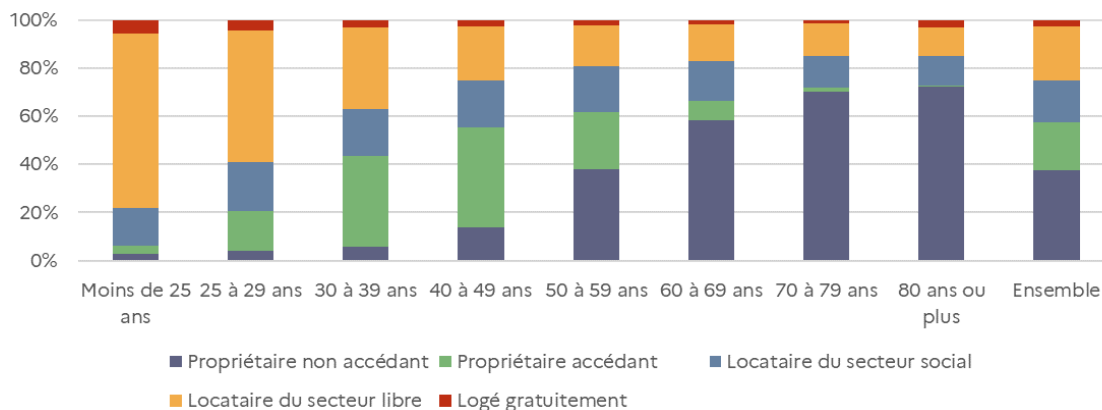


Source : SG du HCFEA sur données Drees-Insee – modèle LIVIA, projections 2020-2050

B. Nombre de logements sont inadaptés au vieillissement

En termes de statut d’occupation des logements, les ménages de seniors se distinguent par deux caractéristiques : ils sont plus souvent propriétaires que locataires, et lorsqu’ils sont propriétaires, la proportion de « non accédant » est croissante avec l’âge. Parmi les locataires, les proportions sont similaires entre le secteur libre et le parc social.

Graphique 4 | Répartition des ménages par statut d’occupation selon l’âge de la personne de référence en 2020



Source : CGDD-SDES, enquête Logement 2020. Champ : France métropolitaine.

Selon des données anciennes¹⁶ de la Caisse nationale d’assurance vieillesse (Cnav) et de l’Agence nationale de l’habitat (Anah), seuls 6 % des logements sont adaptés au vieillissement. Le nombre de ménages potentiellement éligibles aux aides de l’Anah aux propriétaires occupants, pour une adaptation de leur logement dans les prochaines années, était alors estimé à 1,1 millions. Ce recensement, complexe, n’a pas été actualisé depuis. Le Cerema¹⁷ notait toutefois, en 2022 « un paradoxe [...] : le parc français est peu pourvu de logements adaptés et pourtant les personnes font peu de démarches d’adaptation de l’habitat.

¹⁶ Microsoft Word - Rapport Anah Cnav décembre 2013.docx (espace-ethique.org)

¹⁷ Le Cerema, établissement public relevant du ministère de la Transition écologique et de la Cohésion des territoires, accompagne l’État et les collectivités territoriales pour l’élaboration, le déploiement et l’évaluation de politiques publiques d’aménagement et de transport.

De plus, lorsque des adaptations sont mises en place, leur intégration au sein du domicile est souvent vécue difficilement. Peu de personnes ont effectué au moins un aménagement d'adaptation de leur logement : 7 % des moins de 80 ans vivant à domicile et 21 % des 80 ans et plus. Or, 25 % des personnes âgées de 60 ans et plus déclarent des limitations fonctionnelles susceptibles de rendre des aménagements nécessaires (s'abaisser, s'agenouiller ou monter, descendre un escalier). On peut expliquer **la faible proportion de ménages qui adapte leur logement par un manque d'information sur les aménagements, les financements et les acteurs** »¹⁸.

S'agissant du **parc social**, en conséquence de la forte croissance du parc HLM des années 1950 à 1980, et de durées d'occupation moyennes relativement longues (de l'ordre de douze ans, soit le double de celle d'un logement dans le secteur libre), un vieillissement de la population vivant en HLM, particulièrement marqué dans certains ensembles notamment franciliens, peut être observé. Les données du recensement 2020 montrent que sur les 4,6 millions de logements HLM occupés, près de 975 000 logements sociaux le sont par des ménages dont la personne de référence a 65 ans et plus. Même si en moyenne les logements du parc social ont été construits plus récemment que ceux du parc privé, de vraies questions se posent, selon l'Agence nationale de contrôle du logement social (Ancols)¹⁹, qui a estimé que « **la problématique de l'accueil des personnes constitue un enjeu majeur dont l'acuité devrait croître au cours des prochaines années** » et que « **la problématique du vieillissement et notamment de la perte de mobilité de la population (...) nécessite une attention et une mobilisation accrues de la part des organismes** ».

Encadré 3 | Évaluation des besoins et attribution des aides pour l'aménagement du logement dans le cadre de l'APA

Parmi les équipes médicosociales (EMS) d'évaluation des CD ayant contribué à l'enquête 2023 du Conseil, 6 EMS sur 10 indiquent évaluer « systématiquement » les besoins d'adaptation du logement, l'essentiel des autres répondant qu'elles le font « souvent » ; Interrogées sur la prise en compte de ces besoins dans la construction des plans d'aide APA, seuls les trois quarts confirment les y intégrer « systématiquement » ou « souvent », le quart restant précisant que cela n'arrive « jamais ».

- Lorsque ces dépenses sont prises en charge en dehors des plans d'aide APA, elles le sont souvent dans le cadre de la CFPPA, ou sur d'autres lignes du budget départemental, dans le cadre des dépenses extralégales.
- Parmi les départements qui financent ces dépenses dans le cadre de l'APA, plusieurs ont indiqué avoir mis en place des dispositifs de lissage, pour éviter que ces dépenses, ponctuelles et éventuellement coûteuses, ne limitent, sous l'effet du plafonnement des plans, les volumes d'heures d'aide humaine.
- Enfin, plusieurs EMS ont indiqué que l'impossibilité de recourir à un ergothérapeute était un obstacle à l'élaboration de plans d'aide adaptés.

Source : SG HCFEA, sur données de l'enquête 2023 auprès des acteurs du Grand âge.

C. L'accès aux dispositifs d'adaptation du logement et aux innovations techniques est essentiel

1. Adapter les logements du parc privé

Un objectif d'adaptation de 80 000 logements avait été fixé pour la période 2012-2017. Son déploiement s'appuyait à la fois sur un dispositif d'aides directes de la Cnav et de l'Anah et sur le crédit d'impôt « pour adaptation du logement », ainsi que sur des améliorations apportées par la loi « ASV » (inscription de l'adaptation des logements dans les instruments programmatiques, facilitation de la relation locataire-bailleur pour la réalisation de travaux d'adaptation ou encore mise

¹⁸ Loger nos séniors : état des lieux d'un enjeu de société | Cerema

¹⁹ ANCOLS, rapport annuel public de contrôle pour 2018.



en place des conférences des financeurs de la prévention de la « perte d'autonomie » (CFPPA) - dans les départements) et une meilleure information des allocataires potentiels. Le gouvernement estime que 82 000 logements ont pu être adaptés entre 2012 et 2016.

Toutefois, il est apparu que le système d'aides et de services favorisant un effort accru d'adaptation était inadapté pour traiter un nombre satisfaisant de logements : **les dispositifs étaient jugés complexes, illisibles et insuffisamment tournés vers la prévention**. Le Conseil de l'âge avait recommandé, dès 2018, dans son [rapport sur le soutien à l'autonomie des personnes âgées à l'horizon 2030](#), de concevoir des guichets uniques pour simplifier le montage des projets d'aménagement du logement. En 2021, le [Rapport interministériel sur l'adaptation des logements, des villes, des mobilités et des territoires à la transition démographique](#) a préconisé une simplification et une amplification des dispositifs d'aide à l'adaptation des logements.

En conséquence, le Gouvernement a décidé, en mars 2022, la mise en place d'une aide unique pour les logements du parc privé, libellée « **MaPrimeAdapt'** » (MPA'). Elle remplace trois aides : Habiter Facile, distribuée par l'Anah, les aides de la Cnav pour l'adaptation des logements (action Habitat cadre de vie) et le crédit d'impôt pour certains types de travaux. Le ministère chargé du logement et l'Anah ont récemment communiqué sur ses modalités de mise en œuvre, assorties d'une cible quantitative de 680 000 logements adaptés sur dix ans, dont 265 000 d'ici 2027 et d'un objectif qualitatif, de prévention des chutes et de la « perte d'autonomie ». Pour satisfaire ce point, le ministre chargé du logement a indiqué que la visite d'un ergothérapeute serait ouverte aux demandeurs de MPA' (dans des conditions qui n'ont pas été précisées). Si le lancement du dispositif MPA' constitue une évolution importante, plusieurs points de vigilance sont exprimés par le Conseil de l'âge :

- **Le rythme de montée en charge du dispositif** : le programme « Urbanisme, territoires et amélioration de l'habitat » indique que « *le budget de l'Anah devrait permettre d'adapter 45 000 logements en 2024, contre 23 244 en 2021, pour les seules personnes de 60 ans et plus* ». Cette augmentation sera accompagnée « *d'un soutien financier accru de la part de l'État [...] de 67 M€* ». L'objectif de 265 000 dossiers traités en 2027 correspond à 39 % de la cible 2023-2032 ;
- **Le périmètre des allocataires potentiels** : MPA' est un dispositif de subvention au coût des travaux, et donc d'aide « à la pierre ». Cette subvention est prévue sous **conditions de ressources**, à hauteur de 70 % pour les ménages aux revenus très modestes et 50 % pour les ménages aux revenus modestes. Le ciblage de la mesure peut s'entendre, mais il conviendrait de s'assurer qu'il n'exclut pas les ménages « intermédiaires » qui pourraient avoir des difficultés à assumer, sans aides, le coût de travaux d'adaptation, et ce d'autant plus que le devenir du crédit d'impôt autonomie hors part intégrée dans MaPrimeAdapt' n'est pas décrit dans le PAP 135.
- Par ailleurs, **les personnes âgées locataires du parc privé** peuvent y recourir, y compris à leur initiative, après avoir informé le bailleur de leur volonté d'effectuer des travaux d'adaptation aux besoins d'autonomie. Les propriétaires bailleurs peuvent bénéficier de l'aide sous des conditions d'ancienneté du logement (au moins 15 ans à la date où est acceptée la demande) et de revenu.
- Comme le rapport Anah/Cnav sur [l'adaptation des logements pour l'autonomie des personnes âgées](#) le pointait déjà en 2013, **la problématique du vieillissement des logements et des locataires du parc de logement social** se pose également de façon aiguë, appelant un effort à la fois de promotion de la mobilité au sein du parc de logements. Selon la dernière enquête logement de l'Insee, les personnes de référence des ménages occupant des logements sociaux sont en moyenne âgées de 50 ans, elles sont plus jeunes que celles des ménages propriétaires occupants (57 ans), mais plus âgées que celles des ménages locataires du secteur libre (44 ans).

- **L'articulation de MPA' avec les autres aides permettant le maintien et la prévention au domicile :** le périmètre de dépenses pris en compte par MPA' est large, dès lors qu'il s'agit de travaux (par exemple : pose de WC surélevés, de barres d'appui ou d'éclairage à détection de mouvement). Les dispositifs plus « attachés à la personne » comme les aides techniques, électroniques ou numériques (telles que la télésurveillance) sont en revanche exclus. La question de la frontière d'intervention entre MPA' et le financement de ces dispositifs, dans le cadre de l'action sociale retraite ou de l'APA, se pose donc : les « kits de prévention » à domicile des Carsat seront progressivement basculés dans les forfaits prévention de la nouvelle offre de service « Oscar » (cf. [Partie3.II.a](#)) tandis que les aides attribuées dans le cadre l'APA, qui sont généralement davantage orientées vers que le financement des aides techniques plutôt que celui des travaux d'installation²⁰ ont vocation à intervenir en complémentarité avec MPA'.

La prise en compte du confort thermique et du besoin de rénovation énergétique des logements des seniors : au besoin de vivre dans un logement adapté à une vie la plus autonome possible, s'ajoute celui de vivre dans un bon confort thermique et une maîtrise des dépenses énergétiques. D'après le ministère du Logement, près de 5 millions de logements sont mal isolés (« passoires énergétiques ») et 3,8 millions de ménages ont des difficultés à payer leur facture de chauffage. Il convient donc d'adopter une vision globale de l'adaptation du logement « autonomie/confort et sobriété thermique ». Le partenariat « Habiter mieux » noué entre la Cnav et l'Anah dès 2010 avait vocation à promouvoir la rénovation énergétique comme l'une des dimensions du maintien à domicile des personnes âgées. Toutefois, il s'est avéré difficile d'assurer un bon repérage de cette double problématique *via* les visites à domicile. Il serait donc particulièrement important que le nouveau « service public de la rénovation de l'habitat », France Rénov', installé depuis janvier 2022²¹, soit vraiment un point d'entrée unifié pour tous les parcours de travaux, en incluant la mission sociale et la prévention du développement des besoins d'aide à l'autonomie.

2. Adapter les logements et l'accompagnement des locataires du parc social

Dans les rapport précités, l'Anah recommande que les politiques des organismes de logement social interviennent et nouent des partenariats sur quatre axes :

- l'accessibilité des logements aux personnes à mobilité réduite ;
- l'adaptation des logements au vieillissement des locataires ;
- la gestion locative avec des actions en matière de politique des loyers et les mutations au sein du parc (mobilité « verticale » au sein d'un même ensemble) ;
- l'organisation, voire la dispense, de services au domicile des personnes et/ou à proximité.

S'agissant de l'adaptation des logements, la convention d'objectifs et de gestion (Cog) conclue entre l'État et la Cnav pour 2023-2027 prévoit que cette dernière (qui ne financera plus les aides individuelles aux retraités propriétaires²² puisqu'elles ont été intégrées dans le dispositif MPA', cf. [partie 3.II.A](#)) se concentre sur l'accompagnement de l'adaptation des résidences autonomie et des bailleurs sociaux. Le gouvernement a confirmé un objectif de 25 000 logements sociaux adaptés d'ici 2027.

²⁰ La prescription d'aides techniques au titre de l'aménagement du logement dans le cadre de l'APA reste marginale : en 2017, elle ne figurait que dans 0,4 % des plans d'aide.

²¹ Ce réseau, organisé avec le concours des Régions, proposera plus de 450 guichets "espaces conseil France Rénov'" sur tout le territoire avec des partenaires CCAS, France Services, etc. Il s'articulera avec les programmes locaux d'amélioration de l'habitat conduits par les collectivités territoriales.

²² Les financements d'aides individuelles de la Cnav au titre de l'adaptation du logement, qui ont concerné en moyenne 19 500 personnes par an entre 2017 et 2022 et 22 215 allocataires en 2022.



Le rapport de restitution des ateliers « *Adapter la société au vieillissement* » du Conseil national de la refondation « Bien vieillir » estime qu'il convient d'aller plus loin. Actant l'engagement de l'Union sociale de l'habitat (USH) il propose qu'une « *convention Etat-USH portant sur l'adaptation des logements au vieillissement puisse permettre de se fixer tous les 5 ans des objectifs communs* ».

Ces démarches concernant la place et l'évolution du parc de logements sociaux devront s'accompagner d'une réflexion sur la mobilité résidentielle aux âges élevés – à la fois au sein de ce parc et en entrée/sortie de celui-ci – ainsi que sur le meilleur accompagnement par les bailleurs des locataires âgés (rôle étendu des gardiens d'immeubles par exemple) et l'articulation de leurs interventions avec les proches aidants, les services et professionnels de l'aide à domicile.

3. Accompagner les dispositifs financiers innovants permettant d'augmenter la capacité d'adaptation de l'habitat

Pour certaines personnes âgées, les dispositifs mentionnés *supra* ne seront pas suffisants pour garantir une bonne adéquation du logement à leurs besoins, du fait d'une insuffisance de ressources pour conduire les adaptations nécessaires ou de fragilités particulières nécessitant davantage que la réalisation de travaux et l'apport d'aides techniques classiques. Les prochaines années seront marquées par une baisse du niveau de vie relatif des personnes âgées²³, même si leur situation patrimoniale restera relativement favorable en moyenne. Cela pourrait avoir des conséquences importantes en termes d'accompagnement à domicile des personnes âgées vulnérables pour celles qui ne sont pas propriétaires mais aussi pour certains propriétaires non-accédant à revenus modestes, pour assurer les coûts du domicile et mobiliser les aides professionnelles nécessaires.

Le Conseil de l'âge a souhaité se pencher sur des dispositifs innovants pouvant venir résoudre ces situations complexes. Des **dispositifs de solvabilisation** se développent notamment sous la forme du viager solidaire et du prêt viager hypothécaire : à partir du dispositif classique du viager, dont il reprend les grandes caractéristiques (vente d'un bien avec droit d'occupation et versement d'un capital et/ou d'une rente), le dispositif du viager solidaire offre deux avantages au regard de la problématique de l'adaptation du logement et de la mobilité résidentielle. Il permet aux propriétaires à revenus modestes de compléter leurs ressources pour pouvoir solvabiliser, en complément des aides publiques, l'adaptation de leur logement et des accompagnements à domicile ; si la personne ne souhaite ou ne peut plus occuper son logement (par exemple dans le cas d'une entrée en résidence autonomie ou en Ehpad), le bien remis sur le marché du logement en vente ou location.

Encadré 4 | Le viager solidaire porté par la société coopérative Les 3 colonnes

La Société coopérative d'intérêt collectif Les 3 colonnes du maintien à domicile porte depuis 2013 une activité de viager solidaire. Soutenue notamment par la Caisse des Dépôts - Banque des Territoires, la coopérative a été labellisée entreprise innovante par la BPI et est lauréate du programme d'investissement d'avenir. Elle s'appuie sur un réseau de 7 000 financeurs solidaires pour acheter sous mandat de service d'intérêt économique général des logements à des personnes fragiles économiquement et en perte d'autonomie afin de leur assurer le versement de rentes (rente autonomie) fixées en fonction de la valeur du logement et de l'âge du vendeur, indexées annuellement, ou d'un bouquet (versement d'un capital précédant la rente). L'acquisition s'accompagne de la prise en charge des coûts liés au statut de propriétaire : taxe foncière, travaux de réfection, 30 % des charges de copropriété.

²³ Si le niveau de vie relatif des retraités est aujourd'hui légèrement supérieur à celui des actifs, les projections présentées dans le [rapport 2023 du Conseil d'orientation des retraites \(COR\)](#) anticipent une baisse du niveau de vie relatif des retraités sur les prochaines décennies, les pensions moyennes, indexées sur l'inflation, progressant moins rapidement que les salaires.

Un accompagnement social du vendeur est assuré par la coopérative, qui l'assiste sur le calcul et la gestion du reste à vivre (montant financier restant après déduction des charges) et dans la mise en place de l'adaptation du logement et de services de soutien à son autonomie en s'appuyant sur les institutions et les acteurs du secteur (départements, Clic, CCAS, Saad, Ssiad etc.). Le vendeur bénéficie d'un droit d'usage et d'habitation. S'il n'occupe plus le logement, la coopérative met en œuvre deux formes de recyclage solidaire, mais l'ancien propriétaire dispose auparavant d'un droit au retour de six mois :

- location du logement à des personnes aux revenus modestes ayant des difficultés à se loger, transformation en logement intergénérationnel ;
- revente du logement, les fonds perçus étant réutilisés au profit d'autres bénéficiaires.

La coopérative développe également une activité de prêt viager hypothécaire qui concerne moins de bénéficiaires. Au 1^{er} février 2023, la coopérative comptait une file active de près de 435 bénéficiaires, dont 366 au titre du viager solidaire. Elle était propriétaire de 324 logements, la société ayant réalisé 354 acquisitions et 30 reventes. Le total des fonds levés s'élevait en bilan 2023 à près de 25 M€.

Les contraintes principales pour développer l'activité semblent tenir à :

- la lourdeur du montage des achats et le nombre de contacts qu'il faut pour réaliser une opération. Ainsi, entre juillet 2022 et juin 2023, 2 167 prises de contact ont été réalisées pour 94 acquisitions et 7 cessions.
- la capacité à lever des fonds pour acheter plus de logements, avec un sujet de clarification du régime fiscal pour les investisseurs, le droit actuel ne prenant pas totalement en compte la spécificité et le caractère solidaire des missions de la coopérative.

De **nouvelles technologies** permettent d'« augmenter » le maintien à domicile : comme le Conseil de l'âge l'avait résumé dans les actes de son séminaire de 2020 « [Le rôle de la technologie dans le soutien à l'autonomie. Quel possible ? Quelle éthique de la preuve ?](#) », en s'appuyant notamment sur le numérique, la robotique, la domotique et l'intelligence artificielle, elles peuvent modifier les conditions de vie chez soi :

- en prévenant les risques notamment de chutes, facilitant la prévention, le suivi médical voire la prédiction et donc une intervention « à temps » ;
- en diminuant l'incidence des limitations fonctionnelles (vision, audition, mobilités dans la maison ou à l'extérieur, cognition), en particulier le seuil où elles rendent très difficiles la vie dans son domicile ;
- en facilitant l'accès à des services génériques (courses, transports...) et la poursuite ou le développement d'activités sociales et culturelles et de relations humaines.

Les innovations technologiques destinées aux personnes âgées vulnérables et/ou leurs proches doivent veiller à rester **d'usage aisé** notamment en s'appuyant sur des équipements déjà utilisés par des seniors (téléphone portable, téléviseur).

Encadré 5 | Les innovations des équipes de recherche de l'INRIA

Les différents projets qui ont été présentés par six équipes de l'INRIA répondent bien à ces trois types d'objectifs :

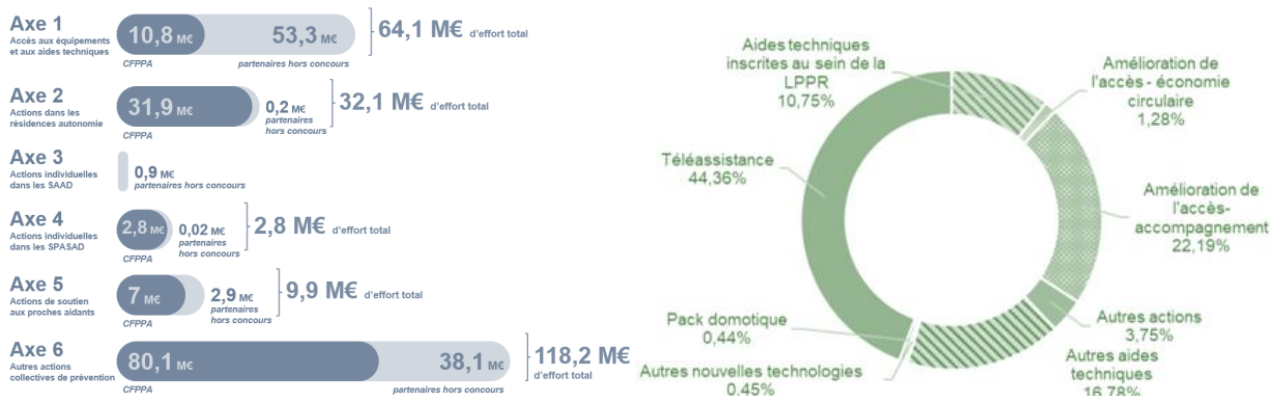
- recherche de solutions synergiques et développement de la vision artificielle pour les personnes malvoyantes (Biovision Lab) ;
- travaux autour des maisons intelligentes et des technologies émergentes pour les personnes âgées, dans des domaines aussi variés que la santé, les loisirs, la mobilité ;
- recherches autour de la communication parlée, aussi bien pour améliorer la clarté de la parole en cas de difficultés en termes d'intelligibilité que pour réduire les bruits alentours (projet Multispeech) ;
- assistance à la mobilité : de la personne, mais également des objets vers la personne (projet Hephaistos) ;
- recherches autour des apports de la réalité virtuelle pour les personnes âgées (compagnon pour les personnes présentant des troubles cognitifs par exemple) ;
- projets de reconnaissance vidéo d'analyse des actions et du comportement humain, également pensé pour des personnes affectées par des troubles du comportement.



Les développements prometteurs des applications de ces projets, qui ont plutôt vocation à être portés et commercialisés par des entreprises privées, posent la question de la répartition entre financements publics et privés, soit individuels, soit mutualisés via des contrats ou garanties. S’agissant des acteurs de la politique publique de l’autonomie, le principal levier de financement des usages de ces innovations repose sur les **crédits des CFPPA**.

Parmi les six axes du programme coordonné de financement de la prévention de la « perte d’autonomie », les CFPPA peuvent mobiliser des financements sur l’axe 1 : « *amélioration de l’accès aux équipements et aux aides techniques individuelles* ». Le bilan établi par la CNSA montre que cet axe représente près de 28 % des dépenses totales, avec 64,1 M€, avec un effet levier important sur l’apport financier « hors concours de la CNSA » (5 € d’apport pour 1 € de concours, provenant principalement de l’interrégime de retraite). Près de 365 000 aides pour l’acquisition d’équipements et d’aides techniques individuelles ont bénéficié à plus de 395 000 allocataires. La **téléassistance** constitue le premier poste des dépenses, mais avec une part relative en diminution ces dernières années, tout comme celle, qui est très modeste, des packs domotiques et des autres nouvelles technologies, au bénéfice des crédits mobilisés pour **l’acquisition d’équipements et aides techniques individuelles**, notamment relevant de la Liste des produits et prestations remboursables (LPPR) par l’assurance maladie et les complémentaires santé.

Graphique 5 | Bilan de l’utilisation des crédits de la CFPPA



Source : CNSA, Synthèse des rapports d’activité 2021.

Orientation I Outre les nombreux points de vigilance qu’il a relevés (notamment concernant les copropriétés et le parcours du couple propriétaire-bailleur/locataire-occupant), le Conseil de l’âge recommande d’assurer un **suivi fin de la mise en œuvre du dispositif MPA’** et de **questionner** le cas échéant son **niveau d’ambition**, concernant à la fois la cible en termes de nombre de logements adaptés, le rythme de déploiement et le niveau de couverture (en s’assurant notamment que les conditions de ressources ne sont pas trop restrictives).

Plus largement, y compris au-delà du dispositif MaPrimeAdapt’, le Conseil de l’âge considère qu’il est nécessaire de :

- **systematiser l’évaluation des besoins** en matière d’aides techniques et d’adaptation du logement (voir infra les recommandations relatives à l’extension du périmètre des besoins couverts), et de **généraliser l’implication d’ergothérapeute** lors des visites à domicile préalables à la construction des plans d’aide
- **améliorer la connaissance** et de poursuivre le recensement des innovations techniques et des solutions d’adaptation du logement, qui permettent de bien vieillir chez soi malgré des restrictions d’activité

- clarifier les différentes modalités d'accès et de financement des aides, complémentaires à l'intervention sur le bâti, qui permettent d'habiter un logement adapté et sécurisant, avec le regroupement de l'ensemble des informations utiles dans une documentation unique, facile à lire et comprendre (FALC), diffusée et mise à disposition dans le cadre du service public de l'autonomie (SPDA)
- faciliter l'accès en privilégiant les solutions « de bon sens » telles que les abonnements et locations et le reconditionnement plutôt que les achats de matériel (cela permettrait de favoriser l'accès du plus grand nombre aux nouvelles solutions techniques ou technologiques, et de lutter contre le gaspillage de ressources) et en assouplissant les modalités de couverture de ces dépenses (voir ci-dessous les recommandations permettant de remédier aux difficultés d'accès dues au plafonnement des plans d'aide).
- Pour renforcer l'accessibilité financière aux travaux d'adaptation, des membres proposent que, pour les personnes aux revenus très modestes, soit étudiée la définition d'un "panier de travaux" minimum pris en charge à 100% en fonction du niveau de perte d'autonomie reconnue, le cas échéant couvert dans la logique du « 100% santé » par un financeur public et un ou des financeurs complémentaires (voir la partie 3. II.D sur les prestations des organismes complémentaires)

D. La diversification des modes d'habitats est nécessaire pour répondre à l'aspiration d'« être chez soi quel que soit son lieu de vie »

1. Consolider et développer les offres intermédiaires existantes

La politique privilégiant l'habitat en domicile privatif comme lieu de vie des personnes âgées ne peut se concevoir sans intégrer l'importance de la **mobilité résidentielle**. Celle-ci doit permettre aux personnes âgées de changer, en fonction de leurs aspirations et problématiques particulières, de lieu ou de type de résidence. La politique du domicile n'est pas l'idée que « *tout le monde demeure à tout prix dans son domicile historique* ».

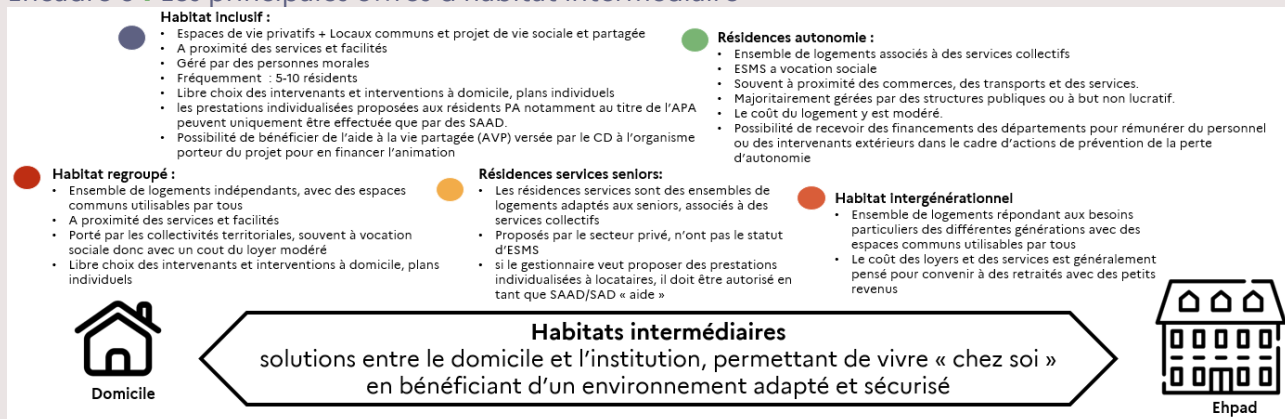
Comme le souligne la haute autorité de santé (HAS), « *Le respect du choix de son lieu de vie est un droit inaliénable, propre à chacun et cela indépendamment de ses éventuelles fragilités physiques ou sociales. [...] La gestion de la prise de risque et le pari sur la réussite, inhérents à tout projet, doivent être le fruit d'une concertation entre professionnels, avec la personne accompagnée, et le cas échéant son entourage* »²⁴. S'agissant des mobilités vers des logements « ordinaires », les **normes** qui s'attachent à la construction d'habitats neufs collectifs ou à la rénovation du parc résidentiel social doivent permettre l'accessibilité du plus grand nombre, et favoriser autant que possible leur modularité et leur évolutivité pour s'adapter aux contraintes spécifiques des personnes âgées.

Le Conseil est attaché à ce que les différentes catégories d'habitats « intermédiaires » entre le **domicile privé et les établissements médicosociaux** soient positionnées dans les parcours résidentiels des personnes âgées : résidences autonomie, résidences services seniors, habitat inclusif, accompagné, partagé, et inséré, accueil familial et proposées, dans les meilleures conditions d'accessibilité financière et territoriale.

²⁴ HAS, L'accompagnement vers et dans l'habitat par les professionnels des ESSMS, décembre 2023.



Encadré 6 | Les principales offres d'habitat intermédiaire



Source : SG HCFEA.

Au-delà, il importe de tirer toutes les conséquences de l'objectif consensuel de transformation des Ehpad pour les inscrire dans une logique domiciliaire et – le cas échéant – leur permettre d'évoluer vers des domiciles intermédiaires, comme le suggérait le rapport du Conseil de la CNSA de 2018. Cela ne doit pas conduire à imposer à tous ces établissements de renoncer au statut d'établissement médicosocial pour personnes âgées. Une réflexion pourrait être conduite pour examiner dans quelle mesure ces établissements transformés pourraient bénéficier de dotations forfaitaires pour continuer à mobiliser une équipe dédiée aux soins, à la prévention et à l'entretien de l'autonomie, sous la même direction. L'objectif est avant tout de renforcer la dimension de « chez soi » de ces lieux de vie. De nombreux établissements se sont engagés dans cette voie, portant leur action à la fois sur :

- leur projet d'établissement, en s'ouvrant à la fois en interne (liberté de circulation et de choix des résidents, allègement de l'aspect médical s'agissant du port de blouses par les personnels et sur l'extérieur (respect des droits de sortie des résidents et de visite des familles, accueil d'activités et de publics externes) ;
- les aspects immobiliers, en travaillant sur la configuration des bâtiments et des circulations, en rénovant chambres pour les transformer en vrais logements et espaces de vie communs.

En découle un enjeu de transformation de l'offre, qui ne peut être que progressive et accompagnée. Elle peut passer par une hybridation et un rapprochement des différents parcs de structures en s'inspirant des nombreux projets innovants comme le développement sur un même site d'une offre plurielle Ehpad/domiciles intermédiaires bénéficiant de services en commun, Ehpad de type résidentiels comme la résidence de l'Abbaye du groupe ABCD dans le Val-de-Marne, visité à l'invitation de son directeur membre du Conseil de l'âge, ou le Village Alzheimer de Dax²⁵.

²⁵ Comme celle construite par la Fondation COS Alexandre Glasberg à Viroflay dans le cadre d'un appel à projet du département des Yvelines et de l'agence régionale de santé d'Île-de-France. La fondation gère sur un même site une résidence médicalisée (Ehpad La Source) avec des unités allant du peu au plus fortement médicalisée (quatre unités d'hébergement classique, deux unités de vie protégée, un pôle d'activités et de soins adaptés), des places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire, et une résidence intergénérationnelle de 32 logements.

Orientation I Le Conseil de l'âge propose de **définir des normes qualitatives pour les espaces privés**, s'appliquant en Ehpad comme en résidence, aux constructions neuves ou aux restructurations : 30 à 35 mètres carrés, comprenant toujours un cabinet de toilette intégré (douche, lavabo, sanitaires), pouvant être doté d'une kitchenette, permettant l'habitat d'une personne seule ou, sur une surface plus importante, deux cohabitants.

Cette disposition exigeante, à accompagner par les **aides à l'investissement** prévues tant pour les Ehpad que pour les résidences autonomie, pourrait conduire, notamment en phase de transition, à une contraction du nombre de places ou de logements offerts. Si la tendance à la stagnation du taux d'occupation des **résidences autonomie** (87 % en 2019 selon la Drees²⁶) se confirme, l'objectif pourrait être fixé à la fois de **rénover** et d'**agrandir les logements** qu'elles proposent et de faire en sorte qu'elles puissent plus largement accueillir des personnes connaissant des incapacités ou des vulnérabilités.

Le Conseil préconise donc **de supprimer la limite de 10 % de personnes en GIR 1 et 2²⁷ s'imposant aux admissions en résidence autonomie**, peu justifiée sur le fond (car revenant à considérer qu'une personne en GIR 1 peut tout à fait habiter dans un domicile individuel y compris inadapté, mais pas en résidence autonomie) et pouvant conduire à des situations de mobilité obligée – en excluant une éventuelle requalification en Ehpad. Le forfait « autonomie » perçu par ces structures pourrait être modulé à la hausse pour celles qui accueillent une proportion significative de personnes classées en GIR 1 à 3.

Pour mettre en œuvre ces orientations, les CD sont les collectivités les plus largement compétentes (voir *infra*) mais ils devront compter sur un concours renforcé de l'État, des acteurs du logement et de la Sécurité sociale, avec la CNSA en chef de file. En dépit des apports de la loi « ASV » et des lois successives sur le développement du logement inclusif, le déploiement d'offres nouvelles ou rénovées apparaît en effet lent. Le rôle majeur des communes et intercommunalités doit être aussi souligné. Elles disposent de fait des principaux leviers d'action sur l'urbanisme, le logement pensé au sein d'un cadre de vie et d'activités, avec l'outil global que sont les programmes locaux de l'habitat²⁸. La branche retraite tiendra aussi une place importante, la nouvelle Cog de la Cnav prévoyant une accélération de son soutien au développement des habitats intermédiaires. Il est prévu qu'elle poursuive le financement de ces habitats, et qu'elle assure opérationnellement, pour le compte de la CNSA, la gestion de plans d'aide à l'investissement (PAI) à destination des résidences autonomie.

Le Conseil de l'âge n'a pas été en capacité, dans le cadre du présent rapport, de procéder à des projections de besoin de développement des différentes solutions intermédiaires. Dans l'attente de la finalisation, début 2024, des travaux de la mission Igas sur les alternatives à l'Ehpad, qui exposera des éléments actualisés sur les différentes composantes des offres et les mettra en regard des besoins liés au vieillissement mesurés sur les territoires, le Conseil prend acte des objectifs que la stratégie Grand âge du Gouvernement a d'ores et déjà arrêtés :

²⁶ Études et résultats, n° 1284, 2023 : Résultats de l'enquête Ehpa 2019.

²⁷ Décret n° 2016-696, qui fixe par ailleurs un taux d'encadrement de 15% pour les personnes classées en GIR 1 à 3.

²⁸ L'article L302 du Code de la construction et de l'habitation prévoit que le PLH indique « *les moyens à mettre en œuvre pour satisfaire les besoins en logements et en places d'hébergement, dans le respect du droit au logement et de la mixité sociale et en assurant une répartition équilibrée et diversifiée de l'offre de logements* » en précisant, depuis la loi ASV, « *les réponses apportées aux besoins particuliers des personnes en situation de perte d'autonomie liée à l'âge ou au handicap, par le développement d'une offre nouvelle et l'adaptation des logements existants* ».



- renforcement de l'habitat inclusif pour permettre à 27 000 personnes d'y vivre d'ici 2030, avec une extension du financement en prêt locatif aidé d'intégration (Plai) pour les plus modestes ;
- développement des résidences autonomie avec un renforcement des financements pour la création de près de 3 000 logements ;
- renforcement de l'offre dans les quartiers prioritaires de la ville (QPV) : rénovation et modernisation des résidences autonomie et expérimentation de nouvelles modalités d'accompagnement des personnes âgées résidant dans des logements sociaux ;
- renforcement des 15 000 places d'accueil familial.

2. Poursuivre les démarches sur le regroupement des habitats

Face au constat des difficultés à apporter des aides dans le « diffus » de domiciles historiques parfois difficiles à adapter, en raison de déplacements longs et coûteux pour les professionnels, l'idée de créer de l'**habitat regroupé** de seniors a toute sa pertinence. De nombreux projets de regroupement se sont développés ces dernières années, selon des modèles qui ne correspondent pas nécessairement à la philosophie et au cahier des charges de l'habitat partagé inclusif, parfois parce que déployés antérieurement à ce dispositif. Pour des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, des projets d'habitats regroupés se sont ouverts dans plusieurs régions, à l'instar du Village Alzheimer de Dax ou des colocations soutenues par la Fondation Médéric Alzheimer. Il en existerait une soixantaine. Une étude observationnelle réalisée pour cette fondation²⁹, autour des habitants de six colocations montre en quoi ce modèle peut améliorer la qualité de vie des personnes et de leur proche, et donner du sens au travail des professionnels qui les aident. De nombreuses colocations de seniors ont également été créées, dont les personnes elles-mêmes peuvent être les promotrices. Mais elles ont aussi émergé de la volonté de certains acteurs de développer une offre de colocation « clé en main » permettant, notamment dans les zones rurales ou les petites villes, d'offrir une mobilité aux personnes âgées souffrant d'isolement ou d'habitats inadaptés ou éloignés des facilités.

Encadré 7 | Les colocations Alzheimer et les maisons partagées en colocation Âges et Vie

La fondation Médéric Alzheimer a accompagné et suivi la création d'un modèle nouveau de colocations dites « *Alzheimer* ». Projets partenariaux dont le portage est assuré par des associations en lien étroit avec les collectivités territoriales et acteurs de la protection sociale, elles consistent en un logement accueillant une petite dizaine de personnes (généralement entre 7 et 10) vivant avec la maladie d'Alzheimer ou ayant des syndromes apparentés. Les habitants sont accompagnés par une équipe organisant la vie au sein de la colocation : animateur-coordonateur, auxiliaires de vie pouvant intervenir, en mode mandataire ou prestataire selon les colocations, de jour et en tant que de besoin 24h/24. Le logement est semblable à un domicile ordinaire dans son architecture, et composé d'espaces communs (salon, cuisine, salle à manger, salles de bain, jardin, etc.) ainsi que de pièces privatives, les chambres de chaque habitant. Ce modèle s'inscrit dans le cadre législatif et l'approche du dispositif d'habitat inclusif en direction des personnes âgées et en situation de handicap. Le projet partagé collectif permet de mutualiser certains coûts (loyers, charges, intervention au titre de l'animation du lieu de vie, aides humaines à l'autonomie, etc.). Les coûts mensuels moyens sont de l'ordre de 515 € pour les loyers et de 600 € pour les charges, mais sont très variables entre les colocations. Les habitants sont solvabilisés principalement par les allocations logement et l'APA, qui est mutualisée. Le caractère accompagné, partagé et inséré du modèle lui permet de demander/bénéficier de la nouvelle aide à la vie partagée (AVP). Outre le soutien à la vie sociale apporté par les professionnels salariés, les proches aidants sont invités à participer à la vie des colocations en s'investissant dans le fonctionnement de la maison et dans la gestion des activités de la vie quotidienne (sorties, animation, accompagnement pour les rendez-vous médicaux, etc.). Le rapport observationnel met en lumière l'amélioration des conditions de travail ressentie par les auxiliaires et ce, en comparaison aux conditions de travail qu'elles avaient précédemment en intervenant à domicile ou en Ehpad.

²⁹ [Vivre dans une colocation Alzheimer : toute une communauté pour prendre soin, novembre 2023.](#)

La filiale « Âges et Vie » du groupe Clariane-Korian, représenté au Conseil de l'âge, porte une offre de maisons partagées permettant la colocation de personnes âgées de sept ou huit chambres, pour des seniors isolés ou en couple, comprenant des espaces de vie commune notamment pour les repas, et comportant une équipe constituée de maîtresses de maison et adjointes, et d'auxiliaires de vie fonctionnant en Saad. Ce modèle sécurisant par la présence 7J/7 avec astreinte la nuit d'au moins un professionnel permet d'offrir des projets de vie partagés au centre ou à proximité d'une ville ou d'un bourg, où les personnes âgées peuvent se rendre, mais aussi les professionnels venir travailler sans longs trajets successifs.

Elle gérait 323 colocations implantées sur 162 communes dans 43 départements à fin 2023, avec en grande majorité deux maisons sur un même site, et emploie 1 260 salariés en ETP. Y vivent un peu plus de 1 830 colocataires dont 81 couples, la proportion de couples étant en hausse à 9 % de l'ensemble des habitants. Les femmes représentent 76 % des colocataires. L'âge moyen est de 87 ans, pour un GIR moyen de 3,7.

Le groupe a fait le choix d'un modèle rationalisé de construction (plans-type adaptés à l'esthétique locale) et d'une implantation dans des zones où le coût du foncier était accessible. Âges & Vie a conçu cette solution d'habitat partagé « de petite taille » pour les personnes âgées des territoires ruraux, leur permettant de rester dans leur commune, proches de l'endroit où elles ont toujours vécu. Le montant moyen pour un logement (charges locatives comprises : assurance, électricité, chauffage, entretien) est de 745 € TTC/mois, pouvant être solvabilisés par les allocations logement. Les repas sont préparés et pris en commun, et les achats de nourriture et de vie courante sont refacturés à l'euro près dans la limite d'un plafond de 210 €/mois.

Une équipe de six professionnel(e)s de vie accompagne les personnes âgées de deux colocations : une maîtresse de maison, une maîtresse de maison adjointe, quatre auxiliaires de vie. Ces six personnes sont embauchées en CDI temps plein et se relaient pour assurer un accompagnement continu de 7h30 à 20h30 et un système d'astreinte la nuit pour intervention sur appel d'urgence (téléalarme). Une 7^e personne peut intervenir (auxiliaire de vie multisites) en renfort ponctuel. Les frais relatifs à l'intervention des professionnels de soutien à l'autonomie sont considérés comme ceux d'un Saad et solvabilisés par l'APA et le crédit d'impôt. Une démarche qualité est mise en œuvre passant par la formation des professionnels, des audits qualité conduits deux fois par an par un cabinet indépendant et des enquêtes régulières de satisfaction des habitants. Une visite et des échanges au sein de la maison Âges et Vie de Baccarat (Meurthe et Moselle) a mis en lumière la satisfaction des professionnels sur le cadre et les conditions de leur métier, le sentiment de bien-être qui se dégageait chez les habitants, et le soutien renouvelé du maire de la commune à l'implantation en centre-ville de nouveaux habitants seniors, dont un tiers y habitait auparavant dans logement individuel et un tiers dans les communes et villages environnants.

Orientation I Le Conseil de l'âge réitère ses recommandations, formulée dans son rapport de 2018, pour « Assurer le développement, la viabilité et la pérennité de l'offre d'habitat intermédiaire, alternatif ou regroupé : connaître, reconnaître et promouvoir ce secteur dans sa diversité ; lever les obstacles juridiques et administratifs au développement et à la pérennisation de l'offre ; sécuriser le modèle économique des habitats ; favoriser l'accessibilité financière et géographique à ce type d'habitat ».

E. Il existe peu de possibilités pour vivre à domicile pour certaines personnes vulnérables

1. Le logement ordinaire n'est pas une option évidente pour certaines personnes âgées

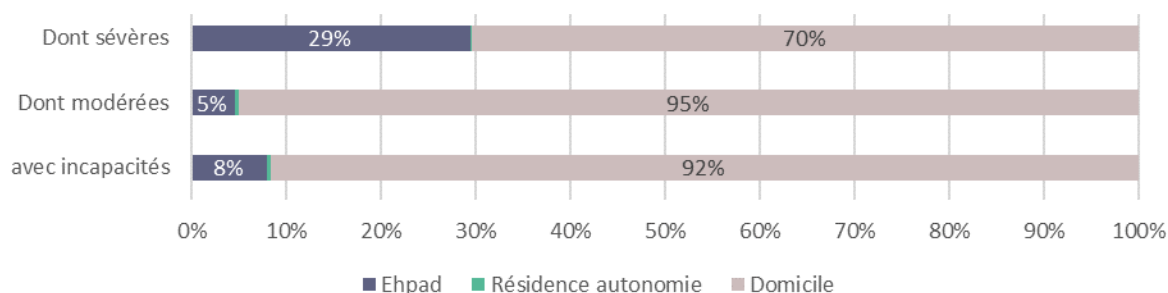
Une politique qui fait du domicile « résidentiel » dans un logement le lieu cardinal de vie et de satisfaction des aspirations des personnes concernées, de préférence à l'établissement sanitaire, médicosocial ou social, se doit de prendre en compte à la fois la faculté et les possibilités offertes aux personnes d'habiter en toute autonomie et sécurité. Comme la politique de lutte contre la précarité résidentielle et le sans-abrisme l'a montré, la mise en œuvre d'une stratégie de « logement d'abord » est exigeante :



- pour certaines personnes, conjuguant souvent différents types de désavantages, de limitations et de vulnérabilités, l’orientation dans la filière du domicile, ou son maintien en cas de développement des besoins d’aide à l’autonomie, s’avère complexe ;
- dans un contexte où l’augmentation du nombre de places en établissements n’est pas programmée, une attention particulière doit être portée aux personnes dont les limitations se développent aux seuils d’âge les orientant vers les dispositifs pour personnes âgées, mais aussi aux personnes âgées résidant à domicile dont l’autonomie est la plus diminuée. Car, pour ces deux catégories de personnes, l’Ehpad joue actuellement un rôle de sécurisation du parcours, qu’il ne pourra pas tenir dans le futur à système inchangé et à nombre constant de places.

Le profil des personnes âgées de moins de 75 ans accueillies en Ehpad donne des enseignements sur les parcours où le domicile a peu de place : Si la part des personnes âgées de 60 à 75 ans présentant des incapacités apparaît relativement réduite (6 % en 2025 selon le scénario intermédiaire des projections de la Drees), l’effectif concerné par des limitations n’en demeure pas moins conséquent puisque cela correspond à 770 000 personnes. Parmi ces personnes, seules 1 sur 10 résiderait en Ehpad, mais ce chiffre s’élèverait à 3 sur 10 pour les personnes dont les incapacités sont sévères.

Graphique 6 | Répartition des personnes âgées de 60 à 74 ans présentant des incapacités selon le lieu de résidence



Source : SG du HCFEA sur données Drees-Insee – modèle [LIVIA](#), scénario intermédiaire.

Encadré 8 | L’établissement Hector Berlioz de Bobigny

Lors de ses immersions, l’équipe du Conseil de l’âge a eu l’occasion de rencontrer les équipes et les résidents de l’Ehpad Berlioz de Bobigny, qui dépend du Groupe SOS, membre du Conseil de l’âge et a historiquement « vocation à accueillir tout type de résidents sans discrimination aucune ». Les 85 places sont habilitées à l’aide sociale et l’établissement accueille en priorité des personnes en situation de précarité. Le profil des personnes accueillies est donc atypique : près de 4 résidents sur 10 ont moins de 30 ans et l’âge moyen s’établit à un niveau nettement plus bas (76 ans en 2022) que la moyenne des Ehpad (86 ans). La proportion d’hommes est nettement plus élevée (56 %, contre 27 % dans l’ensemble des Ehpad). Enfin, les deux tiers des résidents de cet établissement bénéficient d’une mesure de protection juridique.

Comme le note l’institut des politiques publiques (IPP)³⁰, « les personnes qui entrent « jeunes » en établissement pour personnes âgées, c’est-à-dire entre 60 et 75 ans, présentent un profil particulier, davantage marqué par l’isolement social et par de faibles ressources ». Ces travaux soulignent également qu’« une proportion non négligeable, parmi les plus jeunes résidents d’Ehpad, [est constituée] de personnes handicapées avant l’âge de 60 ans : 10 % des résidents de moins de 70 ans vivaient dans un établissement pour personnes handicapées avant leur entrée en établissement pour personnes âgées et 12 % étaient dans un service psychiatrique ».

³⁰ [Vieillir à domicile : disparités territoriales, enjeux et perspectives | Institut des Politiques Publiques – IPP.](#)

Par ailleurs, certaines personnes intègrent un Ehpad avant même 60 ans. La Drees estimait leur nombre à environ 5 300 en 2017, soit 0,7 % des résidents des Ehpad.

Encadré 9 | Conditions d'accès à l'Ehpad avant 60 ou 65 ans

Pour les personnes handicapées

Si l'entrée d'un adulte handicapé vieillissant en établissement pour personnes âgées ne constitue pas toujours la solution la plus adaptée, celle-ci peut toutefois répondre à certaines situations. Toute personne handicapée de moins de 60 ans dont l'incapacité permanente est égale à 80 % ou qui est, compte tenu de son handicap, dans l'impossibilité de se procurer un emploi, peut être hébergé dans un établissement d'accueil pour personnes âgées. Les personnes peuvent bénéficier de l'aide sociale aux personnes handicapées pour les aider à assumer le tarif hébergement. Il n'y a pas d'obligation alimentaire et pas de recours sur succession sur cette aide sociale.

Pour les personnes non reconnues handicapées

Toute personne ayant été reconnue inaptes au travail peut être admise en Ehpad avant 60 ans. Dans les autres cas, on parle de « dérogation d'âge » à la décision du président du Conseil départemental, qui peut être donnée aux personnes dont l'âge est compris entre 60 à 65 ans et qui n'ont pas été reconnues inaptes au travail.

Il convient donc de prendre en compte ces publics pour lesquels la politique du domicile sera extrêmement compliquée *ab initio*, puisque les personnes n'avaient pas ou plus de domicile parfois depuis de nombreuses années.

Par ailleurs, des pathologies conduisant au développement progressif de besoins d'accompagnement pour les actes de la vie quotidienne (maladies neurologiques, neurodégénératives) peuvent se manifester à des âges relativement jeunes, même si leur prévalence tend à augmenter avec l'âge. La présence d'aidants et la possibilité de recourir aux dispositifs d'accompagnement (capacités financières et présence d'une offre de qualité en quantité suffisante) influera alors fortement sur la viabilité du projet de ces personnes de rester vivre à leur domicile. L'insuffisance des niveaux des plans d'aides APA dont elles peuvent bénéficier, documentées dans l'Éclair'Âge consacré à la [Prise en compte des besoins des personnes âgées vulnérables](#), rend singulièrement élevé le risque de sursollicitation des aidants et peut mettre en danger la personne et son projet de vie à domicile.

Plus généralement, ces situations d'entrée « jeune » en Ehpad faute de pouvoir envisager un autre lieu de vie adapté appellent trois constatations :

- les faiblesses de l'APA pour les publics encore « jeunes » souffrant principalement de troubles psychiques ou cognitifs, appellent des évolutions conséquentes ;
- pour une partie de ces publics, le développement d'habitats intermédiaires, partagés et inclusifs, régulés par tiers est nécessaire. Ils peuvent aller de la « résidence sociale à vocation très sociale », comme celles du Centre d'action sociale de la Ville de Paris, à de l'habitat partagé, regroupé ou plus diffus, intermédié, qui peut même se développer dans le parc social ;
- pour les Ehpad qui accueillent, et accueilleront encore certainement à l'avenir une partie de ces personnes, une réflexion doit être menée sur leur capacité et les moyens dont ils disposent pour répondre à des besoins spécifiques que les forfaits et dotations « classiques » des Ehpad ne prennent que très peu en compte : réadaptation, interventions éducatives de certains professionnels (ergos, psychomotriciens), prise en compte de problèmes d'addiction par exemple.

ALLER+LOIN

[Prise en compte des besoins des personnes âgées vulnérables : grille AGGIR, outils d'évaluation et adéquation de l'APA](#)





2. La difficulté du domicile pour les personnes avec de fortes restrictions ou des situations d'isolement

En moyenne, 30 % des bénéficiaires de l'APA en GIR 1 ou 2 résident à domicile quand cette part s'élève à 74 % pour les GIR 3 et 4³¹. À nombre de places en Ehpad constant ou en très faible augmentation, et y compris en anticipant une augmentation de l'offre d'habitats intermédiaires, le nombre de personnes en GIR 1 et 2 à domicile va tendanciellement augmenter (baisse du taux d'institutionnalisation). Cela pose donc la question de l'accompagnement de cette évolution, pour garantir les meilleures conditions de vie à domicile aux personnes concernées et à leurs proches. Outre la question, cruciale, du volume d'aide global qui leur sera apportée, abordée en parties 3 et 4, se pose celle de l'étayage, du soutien à ces projets.

Encadré 10 | Initiatives conduites auprès de personnes avec de fortes restrictions dans les actes de la vie quotidienne

L'État et les conseils départementaux ont soutenus des dispositifs qui visent à rendre viables et soutenables les projets de vie à domicile « compliqués et alternatifs à l'admission rapide en Ehpad », dont certains portés par des membres du Conseil de l'âge qui ont fait l'objet de visites de l'équipe du HCFEA :

Les dispositifs renforcés de soutien à l'autonomie (Drad), qui ont servi à modéliser et ont vocation à intégrer les futurs Centres de ressources territoriaux (CRT)

Pour répondre à l'enjeu de conforter et sécuriser le maintien à domicile de personnes âgées particulièrement vulnérables, une expérimentation dite « article 51 » de Drad a été conduite et portée par la Croix Rouge française, le groupe Hospitalité Saint-Thomas de Villeneuve (HSTV) et la Mutualité française sur la base d'un cahier des charges national, complémentaire aux actions que certaines ARS, notamment en Île-de-France avait entrepris dans le même objectif. Cette expérimentation a été déployée dans 23 sites, les porteurs étant des Ehpad – majoritairement – ou des Ssiad/Spaspad. Le rapport intermédiaire « *Évaluation de l'expérimentation des Dispositifs renforcés de soutien à domicile – Drad* » a montré l'apport que pouvaient avoir leur intervention pour consolider le projet de vie à domicile de bénéficiaires de l'APA, mais aussi les limites sur la possibilité de pouvoir intervenir de façon assez intense auprès des personnes en GIR 1 et 2, plus des deux tiers des bénéficiaires étant en GIR 3 et 4. Sans attendre le résultat de l'évaluation finale, les pouvoirs publics ont jugé le dispositif suffisamment intéressant pour envisager son intégration au sein des futures CRT.

Il est inscrit dans la circulaire « de campagne » médicosociale de mai 2023, complétée par la circulaire du juillet 2023³² que les Drad pourront être pérennisés par conversion en CRT sur leur 2^e volet de missions au sens du décret du 27 avril 2022 relatif à la mission de CRT pour personnes âgées.

L'exemple du Drad de l'Ehpad Donation Brière de la MGEN (Val-d'Oise)

Le Drad s'est fixé comme objectif de constituer pour une trentaine de bénéficiaires en file active une alternative à l'entrée en Ehpad, et inclure un niveau de services équivalent à celui d'un Ehpad en coordonnant une offre de soins et d'accompagnement appuyée sur les services des Ssiad, Saad et autres professionnels médicaux et paramédicaux de proximité. Il est constitué d'une équipe incluant une fonction de coordination du parcours des personnes (médecin coordonnateur, une coordinatrice de parcours, une infirmière coordinatrice) et des intervenants passant une fois par semaine au domicile, et pouvant offrir des prestations « directes » par exemple de stimulation (deux assistants de soins gérontologiques). L'adressage au Drad se fait selon plusieurs canaux : file d'attente de l'Ehpad, EMS, professionnels de santé libéraux.

³¹ Cette répartition est « une photographie » et ne prend pas forcément en compte le glissement des personnes par rapport à leur classement en GIR notamment en primo-évaluation.

³² Instruction du 15 mai 2023 relative aux orientations de la campagne budgétaire des établissements et services médicosociaux accueillant des personnes en situation de handicap et des personnes âgées pour l'exercice 2023. Instruction du 10 juillet 2023 relative aux autorisations d'engagement de dépenses pour les centres de ressources territoriaux.

Le dispositif « Autono'vie »

Depuis 2021, l'ADMR a conduit une expérimentation de prévention et de soutien à domicile, le dispositif Autono'Vie, qui mobilise six fédérations départementales pilotes. L'objectif est de définir et de proposer à la fois une fonction de coordination du projet et d'une série de services qui vise à faciliter le quotidien des personnes accompagnées, en faisant intervenir à la fois une fonction :

- de coordonnateur de parcours, interlocuteur direct d'une cinquantaine de personnes ;
- d'expertise au profit des personnes mais aussi des autres institutions (CD, CLIC etc.) avec des compétences spécialisées d'ergothérapeutes, de diététiciens, etc.

De premiers éléments d'évaluation ont déjà montré des impacts positifs sur un public composé de personnes plutôt âgées et très âgées (80 à 90 ans), permettant notamment :

- d'éviter des hospitalisations ;
- d'apporter un soutien actif aux aidants, en matière de prévention des risques de chute, de retour à domicile après une hospitalisation, d'accompagnement de la fin de vie des allocataires ;
- d'anticiper la précarité financière et les ruptures du lien social.

Ces projets font l'objet d'un soutien fort de CD, comme par exemple dans le Calvados où l'équipe Autono'vie portée par l'ADMR départementale est devenue une ressource pour l'EMS, mais tient aussi le rôle de facilitateur quand les personnes ont besoin d'une adaptation du plan d'aide APA prescrit ou d'une intervention des Clic, ou d'une intervention du dispositif d'appui à la coordination (DAC, voir *infra*). Le financement du projet est essentiellement assuré par des crédits de la CFPPA du Calvados, l'équipe Autono'vie intervenant pour toute personne âgée signalée, allocataire de l'APA ou non, et non réservée aux personnes âgées recourant au « service prestataire AMDR ».

II. A partir du domicile, satisfaire les besoins et les aspirations des personnes âgées et de leur entourage

A. Les différentes dimensions des besoins des personnes âgées et leur analyse

1. Adopter une vision large des besoins à prendre en compte

La nomenclature des besoins des personnes âgées vulnérables en matière sanitaire, sociale et médicosociale a été précisément décrite en 2018 par le Conseil de l'âge du HCFEA et le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCaam)³³. Cette description tend à rejoindre l'approche globale du droit à vivre autonome retenue dans de nombreux pays économiquement et démographiquement comparables à la France, qui repose sur une vision holistique couvrant les six grandes conditions nécessaires à la promotion de l'autonomie des personnes âgées vulnérables.



³³ HCFEA, [rapport tome 1.pdf \(hcfea.fr\)](#), [rapport tome 2.pdf \(hcfea.fr\)](#) et HCaam, [Système de santé et personnes âgées fragiles ou en perte d'autonomie à l'horizon 2030, 2018](#).

Encadré 11 | Synthèse des éléments présentés dans les avis du HCFEA et du HCaam de 2018, en réponse à la saisine de la ministre des Solidarités et de la Santé

Les besoins en matière sanitaire	Les besoins en matière sociale et médico-sociale
<p>Intervention d'une équipe de soins de proximité pluri-professionnelle qui les suive et les oriente, en ambulatoire si elles sont mobiles, et autrement dans leur lieu de vie, avec, pour les cas les plus lourds, la mise en place d'une permanence d'infirmier de nuit ou de professionnel soignant ;</p> <p>Accès à des soins et actes spécialisés, notamment en ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie (ORL) et dentaire (ces derniers ayant un impact sur la nutrition en conditionnant la qualité de la mastication), avec la présence physique du médecin ou du dentiste lorsque nécessaire.</p> <p>Aide à l'utilisation des dispositifs médicaux : Les personnes âgées qui ne sont pas capables d'utiliser correctement les dispositifs médicaux, comme par exemple les aides auditives et prothèses dentaires, ont besoin d'être aidées par d'autres professionnels, formés pour vérifier que les équipements sont en état de fonctionner et d'être utilisés par les personnes ;</p> <p>Prise en charge en proximité et dans des délais appropriés de besoins non programmés liés à l'apparition de problèmes de santé ou à des décompensations de pathologies existantes, notamment la consultation de spécialistes et des séries d'examens si nécessaire</p>	<p>Aide à la réalisation des actes de la vie quotidienne : gestion du corps et des repas, entretien du logement, transport</p> <p>Surveillance gériatrique et d'urgence (garde à domicile, hébergement d'urgence, relayage...)</p> <p>Activités concourant au maintien et à la réhabilitation des capacités fonctionnelles et cognitives (accueil de jour, pôles d'activités et de soins adaptés (PASA), équipe spécialisée Alzheimer (ESA), actions de prévention...)</p> <p>Appui pratique : aide aux actes de gestion administrative (notamment pour l'accès aux droits, soins et aides), à l'utilisation des appareils et techniques de communication, conciergerie et organisation d'autres services (coiffeur...)</p> <p>Accompagnement des aidants, qui jouent un rôle clé dans le soutien à domicile (par le soutien qu'ils apportent eux-mêmes, leur fonction de repérage et de coordination...);</p> <p>Adaptation du logement : évaluation des adaptations nécessaires, aide au choix des prestataires, accompagnement des démarches administratives et du suivi de la réalisation des travaux</p> <p>Participation sociale : activités sociales et de loisir, temps de compagnie. Cette dimension est fondamentale compte tenu du rôle majeur de la lutte contre l'isolement dans le maintien de l'autonomie.</p>

Source : SG HCFEA.

Figure 2 | Les 6 grandes dimensions de l'autonomie



Source : SG HCFEA.

2. Mobiliser les démarches et les outils d'évaluation des besoins

a. Au niveau collectif et territorial, de nombreux outils existent dont l'intégration peut être améliorée

L'appréciation des besoins des publics concernés par l'action sociale et médicosociale est organisée selon différentes échelles territoriales. Elle est confiée à plusieurs collectivités publiques, dont les principales sont les collectivités territoriales : CD (et métropoles et collectivités), communes et intercommunalités. L'État, les ARS, les caisses de retraite pour piloter leur action sociale conduisent également de telles démarches. **Le cadre départemental est privilégié pour l'appréciation des besoins et de l'adéquation des offres.** Depuis les lois de décentralisation de 1983, la démarche et l'outil principal d'évaluation des besoins et des ressources pour y répondre s'agissant des personnes handicapées ou âgées vulnérables est le **schéma d'organisation sociale et médicosociale (SOSMS)**.

S'agissant des personnes en situation de handicap ou confrontées à des restrictions d'autonomie, l'objectif des SOSMS³⁴ est large et non limité aux services sociaux ou médicaux sociaux : *« assurer l'organisation territoriale et l'accessibilité de l'offre de services de proximité destinée aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie et à leurs proches aidants. Ils comportent des dispositions relatives au logement, notamment des objectifs en matière d'adaptation des logements existants et d'offre de nouveaux logements adaptés en vue de préserver l'autonomie des personnes ».*

La démarche d'élaboration des schémas impose au département de conduire une concertation avec le représentant de l'État et l'agence régionale de santé (ARS), dans le cadre de la commission de coordination des prises en charge et des accompagnements médicosociaux. Par ailleurs, le Conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA) est consulté, pour avis, sur leur contenu.

Encadré 12 | Exemples de SOSMS de générations différentes

La Haute-Garonne

Le département de Haute-Garonne s'était doté d'un schéma départemental en faveur des personnes âgées pour la période 2019-2023. Pour son élaboration, le département a privilégié une méthodologie participative (association étroite du CDCA, journées de dialogue citoyen, ateliers de design de service). L'objectif affiché par le schéma est de mettre en place des politiques adaptées aux besoins concrets des publics concernés, favorisant l'autonomie notamment des 30 000 personnes âgées étant concernées par l'APA à domicile et en établissement. Ses trois grands axes consistaient à assurer l'adaptation de la société au vieillissement (avec un accent fort mis sur la prévention, la sécurisation du domicile avec un service de téléassistance gratuit, des aides majorées à l'adaptation des logements, des actions contre l'isolement), à faciliter l'accès aux droits des personnes âgées et de leurs aidants, et accompagner les acteurs de l'offre sociale, médicosociale et sanitaire dans les évolutions souhaitées. Le développement d'offres intermédiaires, alternatives au « tout domicile » ou « tout établissement » était ainsi identifiée comme un nouvel enjeu majeur.

La Meurthe-et-Moselle

Adopté en juin 2023, le schéma pour l'autonomie du département pour 2023-2028 a été établi à l'issue d'un travail de préparation et de concertation approfondis (six rencontres territoriales réunissant près de 600 participants, travaux et contributions du CDCA et des établissements sanitaires et médicosociaux, consultation citoyenne avec près de 600 contributeurs).

Ses treize axes concernent soit spécifiquement les sujets ayant trait aux personnes âgées (prévention de la perte d'autonomie, résidences autonomie, diversification de l'offre d'Ehpad), soit de façon transverse les publics âgés et ceux en situation de handicap (accompagnement et répit des aidants, adaptation des logements, accueil familial). Un accent très fort y est mis sur le domicile : sécurisation de l'aide et de l'accompagnement dans les domiciles non collectif, accompagnement de la dynamique de développement de l'habitat inclusif.

³⁴ Depuis la dernière rédaction de l'article L315-2.



Par ailleurs, chaque département doit élaborer depuis 2006 un plan départemental de l'habitat (PDH), pour assurer la cohérence entre les politiques d'habitat des territoires couverts par un plan local de l'habitat (PLH) et celles dans les territoires non couverts, dans le cadre des orientations Scot. Mais il doit également prendre en compte les besoins « *résultant des sorties des établissements d'hébergement ou services figurant au schéma départemental d'organisation sociale et médicosociale* ». Les premières études sur les PDH étaient nuancées sur leur contenu, mais estimaient que les départements pouvaient être « *un outil de lisibilité et de coordination des politiques de l'ensemble des acteurs à l'échelle départementale, dans lequel les conseils [départementaux], selon le contexte politique local, peuvent jouer un rôle moteur* »³⁵.

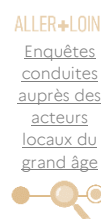
Pour prendre en compte **l'articulation nécessaire des stratégies et des compétences des départements avec celles des ARS**, il est prévu que ces schémas soient établis « *pour une période maximum de cinq ans en cohérence avec le schéma régional de santé* » que chaque ARS doit adopter sur la base, depuis 2018, de la stratégie nationale de santé. Cette articulation est d'importance, car le **schéma régional de santé de l'ARS** est lui aussi établi pour cinq ans sur la base d'une évaluation prospective des « *besoins sanitaires, sociaux et médicosociaux (...) qui détermine, pour l'ensemble de l'offre de soins et de services de santé, y compris d'accompagnement médicosocial, des prévisions d'évolution et des objectifs opérationnels* ». Il doit par ailleurs comporter des objectifs sur la « *continuité et la pertinence des prises en charge sanitaires et médicosociales ainsi que sur l'organisation des parcours de santé, notamment pour les personnes atteintes de maladies chroniques et les personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie* ». L'ARS doit consulter les collectivités territoriales de la région, et au premier chef les départements, pour l'élaboration de ce document. Par ailleurs, les ARS doivent adopter³⁶ un programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (Priac), déclinaison programmatique du projet régional de santé. Il vise à identifier les priorités de financement en région, en matière d'adaptation et d'évolution de l'offre d'accompagnement médicosocial pour les personnes âgées dépendantes et les personnes en situation de handicap pour ceux qui relèvent en financement de l'ARS.

Au niveau communal ou intercommunal, au-delà des outils de planification évoqués *supra*, l'analyse des besoins des administrés est une méthode d'intervention fortement inscrite dans la tradition de l'action sociale. La démarche la plus emblématique est l'analyse des besoins sociaux.

Encadré 13 | L'analyse des besoins sociaux (ABS)

L'article R123-1 du CASF prévoit que les centres communaux et intercommunaux d'action sociale (CCAS/Cias) produisent une « *analyse des besoins sociaux de l'ensemble de la population du territoire de leur ressort. L'analyse des besoins sociaux consiste en un diagnostic sociodémographique à partir des données d'observation sociale du territoire* ». Ce diagnostic est établi avec l'ensemble des partenaires, publics ou privés, qui participent à la mise en œuvre des actions de prévention et de développement social. L'ABS fait l'objet d'un rapport présenté au conseil d'administration au cours de l'année civile qui suit chaque renouvellement des conseils municipaux.

D'après les résultats de l'enquête conduite en 2023 par le Conseil de l'âge auprès des CCAS/Cias, 8 structures sur 10 conduisent effectivement des analyses spécifiques sur les besoins des seniors vivant sur leur territoire. Les deux tiers des CCAS/Cias indiquent ainsi l'avoir fait dans le cadre d'une ABS. 17 % indiquent avoir conduit un autre type d'analyse pour mesurer les besoins des personnes âgées. 14 % ont eu l'occasion d'évaluer ces derniers dans le cadre de l'élaboration d'un plan ou d'un schéma seniors et 7 % dans celui d'un programme « ville amie des aînés ».



³⁵ Cerema, Les plans départementaux de l'habitat (PDH), 2011.

³⁶ Article L312-5-1 du CASF.

Il ne manque donc pas d'outils qui analysent les besoins et organisent les réponses qui leur sont apportées, soit en tant qu'administrés, soit spécifiquement en tant que personnes vulnérables.

En revanche, les prises en compte « translatives » des orientations contenues dans les schémas orientés « personnes » des départements et des ARS, et des schémas orientés « domaine » de programmation et de planification au niveau régional, départemental ou intercommunal (PLH précités, plans régionaux et locaux des mobilités tels qu'installés par la loi d'orientation des mobilités du 24 décembre 2019, programmes et pactes régionaux de formation ou d'investissement dans les compétences) ne sont que peu prévues par les textes. Une première disposition pourrait consister à prévoir cette prise en compte réciproque des plans et schémas, mais elle n'offre que peu d'avantage en termes de meilleure visibilité notamment pour les parties prenantes.

L'option que privilégie le Conseil serait de regrouper dans des plans « longévité » établis par niveau de territoire l'ensemble des besoins identifiés ou prévus et des réponses à apporter aux enjeux de vieillissement et d'accompagnement des aînés dans tous les domaines de l'action publique et privée. L'idée n'est pas de créer une obligation et une charge brute nouvelle, mais plutôt de demander à consolider dans un plan lisible l'ensemble des leviers qui seront mobilisés. Au niveau régional et départemental, les schémas portés par les ARS et les CD y répondent déjà largement, dès lors qu'ils seraient complétés sur les dimensions manquantes. Les plans concernant le bloc communal seraient élaborés de préférence au niveau des intercommunalités.

Orientation I Prévoir d'établir, aux différents niveaux territoriaux – régional, départemental, intercommunal ou communal – des « Plans Longévité Personnes Âgées » qui regroupent les diagnostics sur les besoins actuels et prospectifs d'adaptation et de réponses à mobiliser au titre du vieillissement des populations.

b. Au niveau des besoins individuels

Le principal outil mobilisé pour l'évaluation des besoins des demandeurs de l'APA, réalisées par les EMS des CD, est la grille Aggir, qui est l'outil légalement prévu depuis l'instauration de l'APA en 2002 pour la détermination de l'éligibilité à l'APA d'une part et le montant de l'allocation d'autre part (avec un plafonnement variable selon le degré d'autonomie évalué par l'EMS). Cette grille Aggir, dont les propriétés sont largement analysées dans la suite de ce document (cf. [partie 3.III](#)), prend place dans un large éventail d'outils et référentiels de repérage, de quantification et de valorisation des besoins individuels de compensation. Leur développement est souvent plus récent et certains d'entre eux sont mobilisés en France par une partie des acteurs du grand âge. Ces outils se distinguent par leur usage, les objectifs qui leur sont assignés, la place laissée aux troubles cognitifs et enfin les méthodes employées lors de leur conception³⁷. Ils se différencient également en termes de besoins et aspirations mesurés : la grille Aggir évalue la capacité à réaliser certains actes de la vie quotidienne quand d'autres instruments couvrent également les dimensions de mobilité, de participation sociale, de bien-être... Ils se distinguent également par la place faite aux normes (professionnelles, sociales et à leurs potentiels conflits) de la personne dont la situation est évaluée, en particulier en présence de troubles du comportement. Si les différents outils évalués retiennent des approches différentes, il apparaît de manière notable que la grille Aggir ne laisse pas de place à la subjectivité de la personne, à son projet de vie personnel et à sa définition propre de ce que sont ses besoins.

³⁷ La partie 3.I.B de [l'Éclair'âge sur la prise en compte des besoins des personnes âgées vulnérables](#) revient notamment sur les outils inter-RAI, REMD, Fragire, les démarches Pari et Smaf et le projet Seraphin-PH.





Face au caractère très limitatif de la grille Aggir pour évaluer globalement les besoins de la personne dans son environnement, un **référentiel d'évaluation multidimensionnelle (REMD)** a été coconstruit par les équipes de la CNSA et une large représentation de CD et son utilisation au niveau national introduite par la loi ASV³⁸. Il repose sur une approche globale et une analyse de la situation d'une personne dans toutes ses dimensions (douze dimensions étant identifiées, parmi lesquelles la grille Aggir) et vise à évaluer la situation et des besoins de la personne âgée, afin d'élaborer un plan d'aide cohérent et complet.

Encadré 14 | Les enseignements de l'enquête conduite par le Conseil de l'âge concernant l'usage des outils d'évaluation par les EMS, et leurs besoins complémentaires

Les pratiques des EMS restent hétérogènes :

- 9 sur 10 indiquent coter l'ensemble des variables de la grille Aggir et non seulement les huit items qui servent à la classification en GIR ;
- les deux tiers utilisent le référentiel d'évaluation multidimensionnelle de la CNSA pour l'évaluation des besoins en termes d'aides techniques, d'aménagement du logement ou d'appui ou de répit des proches aidants ;
- parmi d'autres instruments cités par les EMS pour la mesure de ces besoins, une partie indique avoir développé des outils en interne ou mobiliser des instruments développés dans le cadre de la CFPPA ou encore confier ces évaluations à des ergothérapeutes ;
- les EMS restent assez peu nombreuses à effectuer un repérage du syndrome de fragilité : moins du quart indique le faire « systématiquement » ou « souvent ». Une part d'entre-elles a toutefois mentionné l'utilisation du programme Icope (développé par l'OMS et dont l'objectif est de retarder les restrictions d'autonomie), de la grille Sega (destinée à l'évaluation rapide du profil de fragilité des personnes âgées), ou encore de la grille Fragire ;
- divers outils ont également été cités par les EMS en ce qui concerne la mesure des besoins des aidants, notamment l'échelle de Zarit ou « d'inventaire du fardeau », qui évalue la charge émotionnelle, physique et financière des proches aidants.

Les attentes des EMS en termes de renforcement des capacités d'évaluation des besoins sont fortes : une part importante cite ainsi l'accès à de nouveaux instruments ou l'extension des outils actuels parmi leurs principales attentes pour établir des plans d'aide mieux adaptés aux besoins des personnes âgées vulnérables. L'amélioration de couverture des **troubles cognitifs** par les instruments d'évaluation est la plus souvent citée, suivie par les attentes en termes d'outils de mesure de la **fragilité** et de la **vulnérabilité** et en termes d'outils ou de professionnels aptes à identifier les besoins **d'adaptation du logement** ou **d'aides techniques**.

Source : SG HCFEA sur données de l'enquête 2023 du Conseil de l'âge auprès des EMS.

³⁸ Loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 d'adaptation de la société au vieillissement, article 41.

B. Les dynamiques démographiques et territoriales, couplées aux évolutions sociétales, risquent d'amplifier l'isolement et la réclusion des personnes âgées

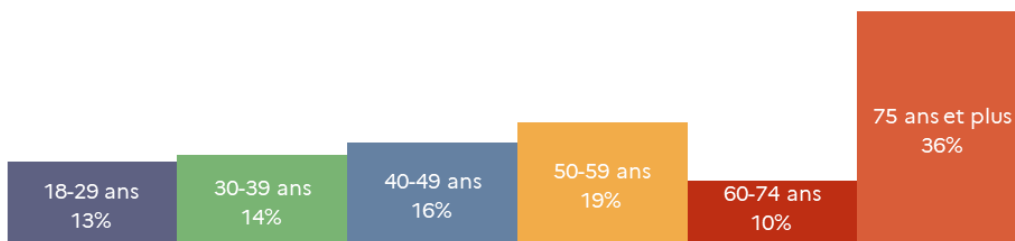
1. Anticiper une diminution du nombre de proches d'aidants, résidant à proximité des personnes âgées

Les proches aidants tiennent un rôle important mais lourd auprès des personnes âgées ayant besoin d'aide pour l'autonomie lorsqu'elles résident à domicile, notamment pour la coordination de l'ensemble des interventions professionnelles autour de la personne accompagnée. Une étude³⁹ publiée début 2023 et réalisée par l'institut des politiques publiques (IPP) dans le cadre d'un partenariat avec la CNSA alerte sur le fait que « le virage domiciliaire risque de faire peser une responsabilité de plus en plus importante sur un nombre réduit de personnes [...] le nombre d'aidants potentiels par personne en perte d'autonomie va baisser. Les aidants seront donc de plus en plus contraints à aider, ce qui pourrait avoir des conséquences tant sur l'effet de l'aide, sur leur santé que sur la qualité de l'aide apportée ».

2. Renforcer les actions visant à accompagner l'accès aux droits, la mobilité et la lutte contre l'isolement

Ce phénomène pourrait aggraver le risque d'isolement relationnel chez les personnes âgées. Selon les travaux du Crédoc, l'isolement concernerait plus du tiers des personnes âgées de 75 ans ou plus. Le rapport 2020 sur les solitudes en France⁴⁰ précise ainsi que « plusieurs évènements peuvent, en effet, bouleverser la vie d'une personne âgée et contribuer à la rendre étrangère au monde qui l'entoure : décès des proches, maladie, inadaptation de l'environnement urbain et des modes de transports collectifs, sentiment de dévalorisation lié à l'avancée en âge, etc. ».

Graphique 7 | Taux d'isolement relationnel selon la classe d'âge



Source : Les solitudes en France – édition 2020, Étude réalisée par le CRÉDOC pour la Fondation de France.

Le maintien des connexions sociales et la rupture des situations d'isolement constituent dès lors des axes indispensables de la politique d'autonomie qu'il conviendrait de renforcer compte tenu de l'attrition prévisible du nombre d'aidants. Dans son avis de 2019⁴¹, le Conseil de l'âge soulignait ainsi que « [...] la prévention et la lutte contre l'isolement des personnes âgées [constituent un] axe majeur d'une politique du bien vieillir et de prévention de la perte d'autonomie ».

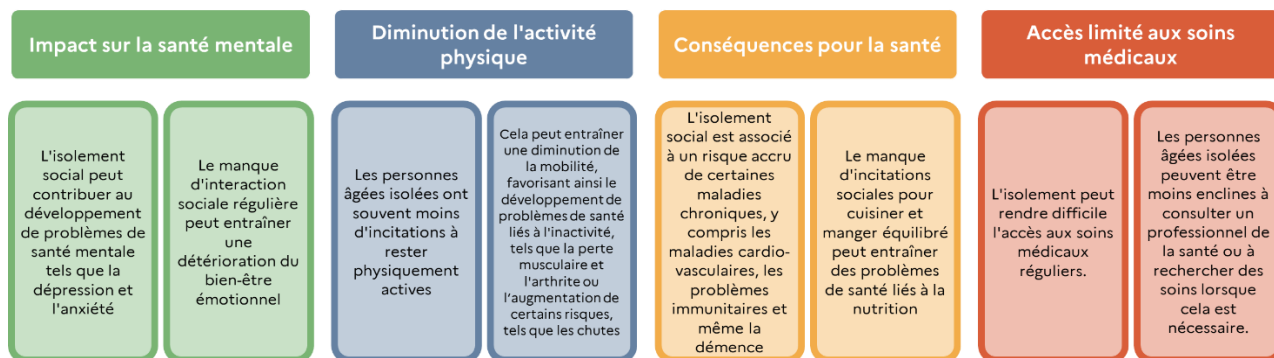
³⁹ Amélie Carrère, Delphine Roy, Léa Toulemon *Vieillir à domicile : disparités territoriales, enjeux et perspectives*, rapport IPP, n°41

⁴⁰ *Les solitudes en France – édition 2020*, étude réalisée par le Crédoc pour la Fondation de France.

⁴¹ *Avis du Conseil de l'âge sur la démarche MONALISA et la lutte contre l'isolement*, HCFEA, 2019

Il a en outre rappelé, dans sa contribution de 2023 aux états généraux des maltraitances que « La promotion de la bientraitance passe en outre par des actions de nature à lutter contre l'isolement, qui peut conduire à la fois à des phénomènes de renoncement aux droits et aux soins et surexposer les personnes âgées à des situations de maltraitance »⁴².

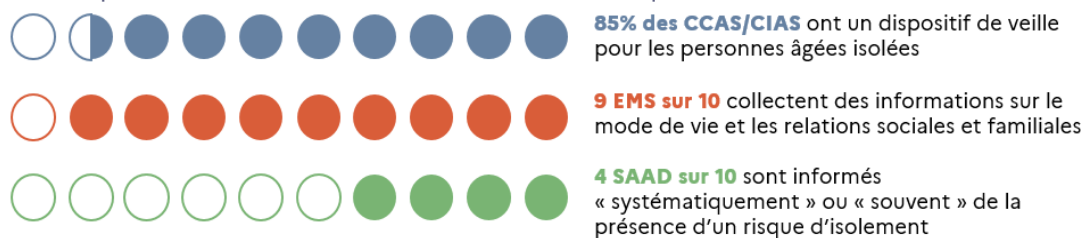
Figure 3 | Les risques associés à l'isolement social des personnes âgées



Source : SG HCFEA.

Les enquêtes conduites par le Conseil de l'âge ont montré que **d'importants progrès pouvaient être réalisés en matière de lutte contre l'isolement et d'« aller vers »**, en s'appuyant notamment sur les CCAS/Cias, dont le positionnement est particulièrement adapté pour tenir ce rôle de veille et d'alerte. Par leur proximité et leur rôle social, ces structures disposent en effet d'une connaissance la population âgée vivant sur leur territoire, en particulier lorsqu'il s'agit de personnes vulnérables : 84 % des structures ont ainsi mentionné l'existence d'un dispositif de veille pour les personnes âgées isolées. Le croisement des réponses obtenues aux trois enquêtes corrobore en effet le constat établi lors de la concertation grand âge et autonomie de 2019 qui déplorait « Le manque d'articulation des interventions autour de la personne, ce qui peut entraîner des ruptures de parcours, un développement insuffisant des réflexes de prévention et un isolement de la personne âgée et du proche aidant »⁴³.

Figure 4 | Les déperditions d'information concernant le risque d'isolement social



Source : SG HCFEA sur données des trois enquêtes conduites par le Conseil de l'âge en 2023.

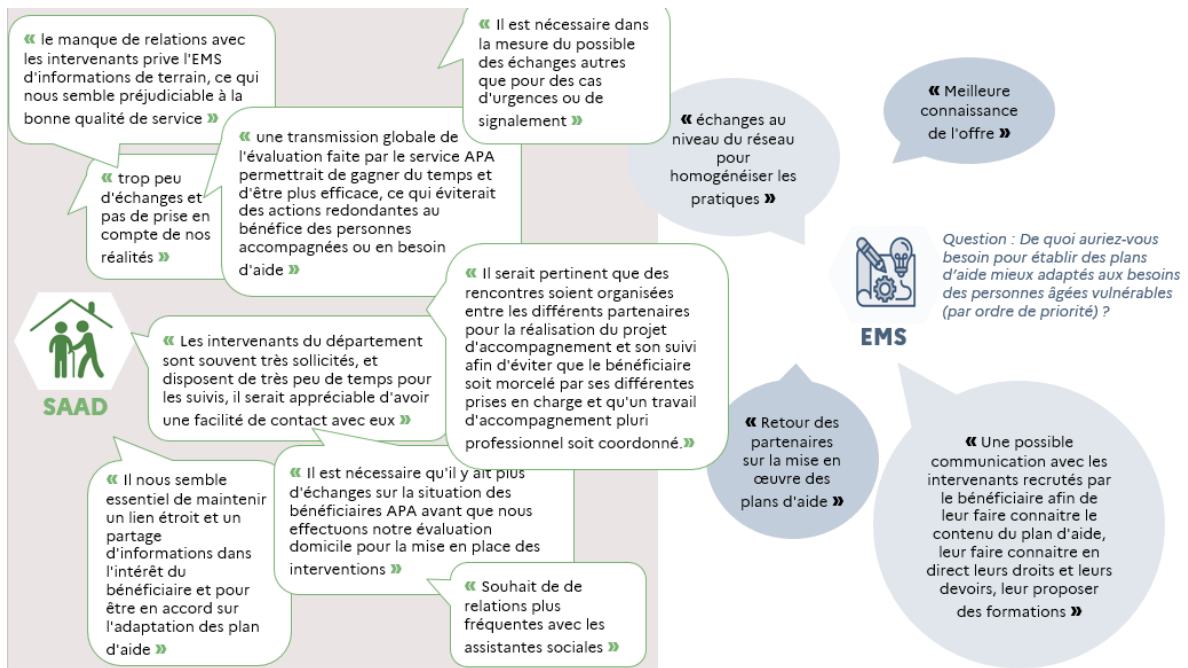
Ce manque de synergies peut non seulement conduire à laisser de côté des situations d'isolement déjà identifiées, et qui risquent en conséquence de s'accroître, mais il peut également engendrer lui-même de telles situations. Le repérage des risques d'isolement, et la transmission des informations aux bons niveaux, sont en effet essentiels à la fois en termes de prévention et pour garantir l'accès aux droits, et plus largement à la vie de la cité.

⁴² Contribution du Conseil de l'âge aux EGM, 2023

⁴³ Rapport de la Concertation grand âge et autonomie, 2019.

Le besoin d'un renforcement de la coordination entre les acteurs remonte aussi bien de l'enquête conduite auprès des Saad que de celle menée auprès des EMS : il est considéré comme un levier incontournable et prioritaire du développement de la politique du grand âge dans la mesure où il améliorerait les conditions de travail de chaque partie prenante en lui donnant accès aux informations et aux contacts utiles pour appréhender au mieux la situation et les besoins des personnes accompagnées et leur proposer la réponse la mieux adaptée.

Figure 5 | Les attentes des acteurs de terrain concernant la coordination au niveau local



Source : SG HCFEA sur données des trois enquêtes conduites par le Conseil de l'âge en 2023.

La « ré-humanisation » des procédures et des services destinés aux personnes âgées apparaît elle aussi nécessaire et urgente : selon l'enquête qualitative menée en 2021 par le défenseur des droits auprès des aidants de personnes âgées, « l'omniprésence du numérique accroît les difficultés des personnes âgées, avec un sentiment d'exclusion fortement ressenti et une nécessité pour eux de s'adapter, notamment par l'accompagnement et le soutien indispensable des aidants. Les aînés, étant plus à l'aise dans les relations directes et physiques, se retrouvent donc en difficulté suite à la montée en puissance du tout numérique »⁴⁴. Pour les travailleurs sociaux, « l'échange direct demeure nécessaire pour dénouer les situations les plus complexes, surmonter les barrières de la langue »⁴⁵.

⁴⁴ Défenseur des droits, *Difficultés d'accès aux droits et discriminations liées à l'âge avancé*, 2021.

⁴⁵ Crédoc, *Les travailleurs sociaux, urgentistes de terrain*, 2022.



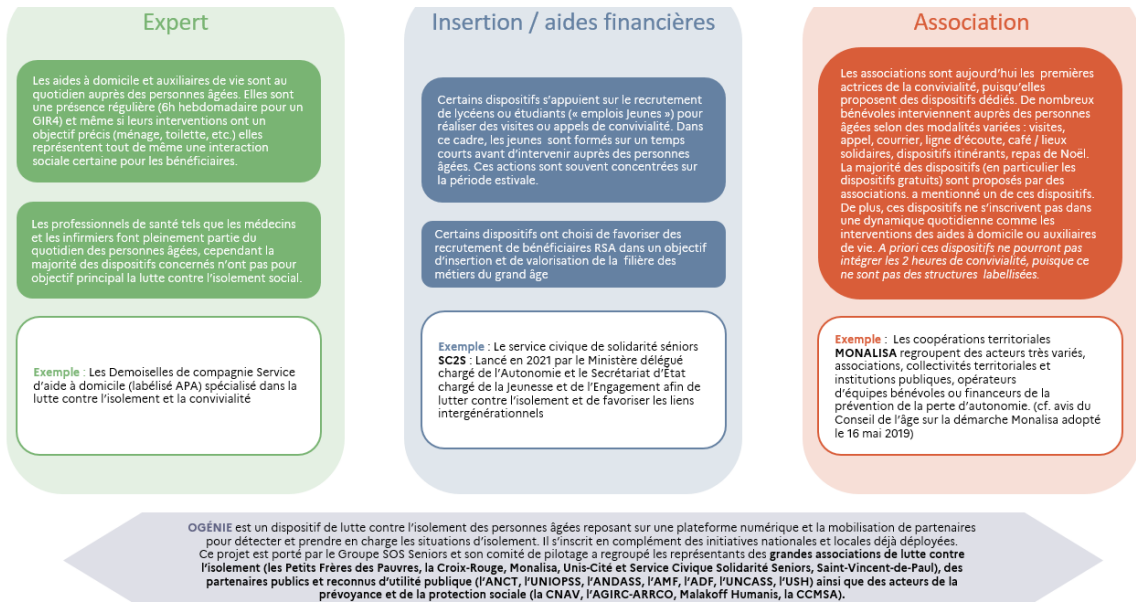
Encadré 15 | La barrière linguistique et les difficultés d'accès aux droits⁴⁶

Les défis auxquels font face les plus âgés, en particulier dans des régions telles que Mayotte, Saint-Martin et la Martinique mettent en lumière l'urgence absolue de traduire les outils de prévention et de soins en langue locale. La Fiapa a révélé des obstacles significatifs dans l'accès aux droits et aux soins. La perte de chances est aujourd'hui patente. Le réseau Aloïs, étendant ses services à diverses régions, a constaté la nécessité d'adapter les tests neuropsychologiques localement (du français parlé en France au français parlé en Algérie, et du français parlé en Métropole au français parlé à Mayotte notamment). Le projet Adan-M (Adaptation des tests neuropsychologiques pour la population de Mayotte), financé par l'ARS Mayotte, illustre cette nécessité d'ajuster les outils de prévention pour garantir des résultats interprétables. Les barrières linguistiques entravent l'accès aux droits fondamentaux, et il est crucial d'adapter ces outils aux spécificités linguistiques et culturelles locales pour assurer des diagnostics précis et des soins appropriés. La conception actuelle des tests neuropsychologiques, basée sur des références culturelles étrangères, ne convient pas à des populations aux réalités différentes. En plaidant pour la traduction des outils de prévention, la Fiapa vise à garantir un accès équitable aux services, renforcer la compréhension mutuelle, et améliorer la qualité de vie de la population vieillissante. La traduction n'est pas seulement linguistique, mais aussi un acte de respect et d'inclusion pour nos aînés.

Source : Fédération Internationale des Associations des Personnes Âgées (Fiapa).

L'amélioration des articulations entre acteurs constitue aussi un préalable à la bonne mise en œuvre de la mesure de la LFSS pour 2023 qui prévoit l'intégration dans les plans d'aide APA, d'heures « dédiées à l'accompagnement au lien social » afin de lutter contre l'isolement des personnes âgées et de repérer les fragilités. Les acteurs qui interviennent dans la lutte contre l'isolement sont en effet nombreux. La coordination de leurs actions serait le gage d'un accès le plus large possible des personnes âgées à ces dispositifs.

Figure 6 | Description des principaux intervenants au sein des dispositifs de lutte contre l'isolement



Source : SG HCFEA à partir des éléments de la Mission innovation I DGCS.

⁴⁶ Références : enquête de terrain préliminaire mandaté par la Fiapa en 2021 en partenariat avec la Miviludes ; Coconstruction d'outils de prévention et formation sur mesure adaptés au territoire mahorais afin de correspondre au contexte socioculturel. Fiapa-Miviludes projet en cours ; Adaptation de tests neuropsychologiques aux cultures ultramarines. Exemple de la neuropsychologie à Mayotte par le neurologue Bénédicte Desfontaine et le neuropsychologue R. Gnassounou.

Les conditions de mise en œuvre des heures de lien social, qui seront proposées à compter du 1^{er} janvier 2024, étaient toutefois encore floues pour les acteurs au dernier semestre 2023 :

- parmi plus de 300 Saad interrogés en septembre 2023 dans le cadre de l'enquête conduite par le Conseil de l'âge, la quasi-totalité affirme n'avoir reçu aucune indication de la part du CD concernant la mise en place de cette mesure ;
- la capacité des services à déployer la mesure pose en outre question, dans la mesure où la grande majorité des Saad (9 sur 10) indique rencontrer des problèmes de recrutement les confrontant d'ores et déjà à des difficultés pour la mise en œuvre des plans d'aide (« systématiquement » ou « souvent ») pour 7 Saad sur 10 ;
- les EMS sont déjà en difficulté pour tenir un rythme satisfaisant de renouvellement des plans d'aide, ce qui laisse craindre l'application de la mesure aux seuls nouveaux demandeurs, laissant de côté des allocataires actuels : sans demande de renouvellement de la part de l'allocataire, le rythme de révision périodique automatique des plans d'aide se situe aux alentours de quatre à cinq ans (tandis que la durée moyenne de perception de l'APA à domicile s'établit à 3,1 ans selon la Drees⁴⁷).

Le gouvernement a publié, le 15 janvier 2024, une [documentation](#) sur les heures de lien social, comportant notamment un guide d'information pour les bénéficiaires et leurs aidants et plusieurs outils à destination des professionnels (foire aux questions, guide d'information, fiche d'information pour recenser les envies et préférences du bénéficiaire et faciliter la transmission d'informations entre professionnels, kit de cartes permettant de donner des idées et de faciliter le choix d'une activité avec le bénéficiaire). Les conditions de mise en œuvre suivantes ont été précisées de la manière suivante :

- la planification des heures (neuf par mois au maximum) peut être flexible, soit en les divisant (plusieurs temps courts hebdomadaires), soit en les additionnant (une journée mensuelle) ;
- le financement et la prise en charge de ces heures sont identiques au fonctionnement de l'APA à domicile, ce qui confirme qu'une partie du coût des heures de lien social peut être laissée à la charge de l'allocataire, du fait de son taux de participation ou d'un éventuel reste-à-charge extralégal ;
- ces heures ne peuvent être réalisées que par des aides à domicile et auxiliaires de vie.

Une autre question qui se posera enfin est celle de l'articulation des heures de présence qui seront assurées par des professionnels salariés (et financés dans le cadre du plan d'aide APA ou de ceux déployés par les caisses de retraite dans le cadre des leurs offres de service comme Oscar) et l'intervention de bénévoles ou de jeunes en service civique senior ou solidarité. La documentation mise en ligne en janvier 2024 précise simplement « *Les services civiques seniors peuvent être une ressource pour appuyer le dispositif* ». Ce dernier dispositif a mobilisé près de 10 000 jeunes pour des actions d'« aller vers » et chez des personnes âgées isolées, et des actions de lien social. L'évaluation réalisée par ses promoteurs (le pilotage en est assuré par Unicités), montrent un taux de satisfaction élevé à la fois pour les jeunes volontaires et les personnes bénéficiaires.

⁴⁷ Stéphanie Boneschi et Malika Zakri, *La durée de perception de l'allocation personnalisée d'autonomie*, [dossier de la Drees n° 29](#), octobre 2018.



Encadré 16 | Le service civique solidarité seniors

Le service civique est un dispositif public lancé en 2010 permettant aux jeunes de 16 à 25 ans de consacrer 6 à 12 mois à des missions d'intérêt général dans des structures associatives, mutualistes ou publiques. Les jeunes bénéficient dans ce cadre d'une couverture sociale (santé/retraite) et d'une indemnisation ainsi que d'un tutorat, de formations civiques et d'un accompagnement « *au projet d'avenir* ». Depuis fin 2020, l'accent est mis sur le champ du Grand âge, avec le service civique solidarité seniors (SC2S). Les missions confiées aux jeunes consistent principalement à maintenir le lien social (visites de convivialité, accompagnement dans l'utilisation d'outils numériques, jeux de société, activités manuelles, sorties extérieures...), en la conduite d'animations collectives (appui aux activités d'animation et de stimulation, ateliers sport et détente...) et d'actions susceptibles de favoriser le bien-vieillir (essentiellement autour des activités physiques et des parcours santé).

Une évaluation du dispositif a été présentée en 2023 et montre une grande satisfaction tant de la part des 240 000 personnes âgées que des 10 000 jeunes ayant au dispositif sur trois années, avec un sentiment d'utilité mutuelle. À terme, le dispositif cible la mobilisation de 10 000 jeunes auprès de 200 000 personnes âgées chaque année.

Source : SG HCFEA sur données transmises par le responsable développement du SC2S.

Orientation | Pour les heures de lien social financées dans le cadre de l'APA, le Conseil considère qu'une action **proactive des départements** devrait être conduite auprès des allocataires actuels ayant **particulièrement besoin** de ce dispositif : personnes isolées ou ayant perdu récemment leur conjoint par exemple. Tel que décrit dans la documentation dédiée, le dispositif n'est pas assorti d'un tel ciblage, ce qui peut laisser supposer que les heures de lien social seront d'abord attribuées aux primo-demandeurs et aux demandes de renouvellement, selon l'ordre d'arrivée et d'examen des dossiers plutôt que selon des signaux révélateurs de besoins.

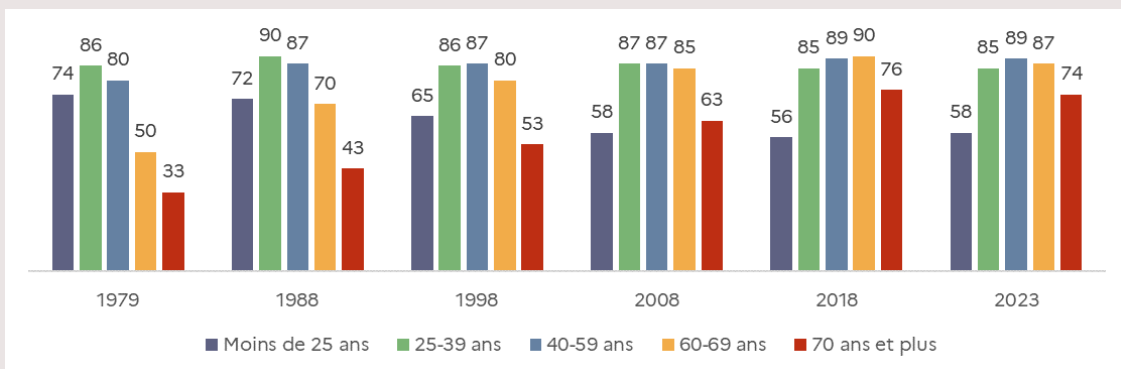
De façon plus générale, le Conseil de l'âge estime que le **dispositif pourrait être assoupli** : la réponse aux attentes en termes de lien social peut, certes, résider dans le partage de moments conviviaux avec les professionnels qui les accompagnent, mais pourrait également, voire surtout, consister à permettre aux personnes de maintenir leurs liens sociaux préexistants ou d'en développer de nouveaux, en leur proposant une assistance pour la mobilité, l'identification et facilitation de la participation à différents activités ou événements, pour susciter des occasions de rencontre et de possibilité de retrouver des proches. Tenir un tel rôle suppose des **capacités relationnelles et organisationnelles spécifiques** et pourrait conduire à réfléchir à l'ouverture du dispositif à d'autres spécialités. Toutefois, parmi les objectifs assignés aux heures de lien social, figurait également le développement des **temps plus complets pour les professionnels**, en permettant d'inscrire des interventions en dehors des horaires « tendus ». L'ouverture du dispositif à d'autres catégories professionnelles risquerait d'aller à l'encontre de cet objectif, c'est donc plutôt vers des formations des aides à domicile et des auxiliaires de vie que cet assouplissement du dispositif pourrait passer. Le Conseil de l'âge recommande de suivre de très près le déploiement du dispositif « lien social » durant les premiers mois, pour vérifier que la mesure permet d'avancer vers les différentes cibles fixées.

Le développement d'actions favorisant la **mobilité des personnes âgées** notamment dans les zones peu denses ou moins bien desservies par les transports en commun est l'une des clés de la lutte contre l'isolement. Les accompagnements, pédestres ou véhiculés, permettent aux personnes âgées d'accéder aux commerces, aux services, à la culture, aux espaces de convivialité. Ils sont essentiels en termes de prévention tant de l'isolement que du développement des besoins d'aide à l'autonomie et sont une clé du « bien vivre » au sein de la société.

Encadré 17 | Les enseignements des études du Crédoc concernant la mobilité des personnes âgées

Dans un rapport de 2013, basé sur les résultats de ses trains d'enquête récurrente sur les conditions de vie et les aspirations des Français, le Crédoc avait essayé de déterminer un « âge d'entrée dans la vieillesse » en étudiant l'évolution des modes de vie au fur et à mesure que l'on vieillit. Un des marqueurs utilisés était celui de la possession ou de l'usage d'une voiture, qui marquent la capacité et se déplacer et être mobile. Le Crédoc notait alors : « On renonce plus tardivement à conduire : aujourd'hui, on compte encore 60 % de conducteurs d'automobile à 76 ans, alors que ce seuil était franchi bien plus tôt il y a 30 ans, vers 59 ans ».

Membre du Conseil de l'âge, le Crédoc a répondu à sa demande de disposer de données actualisées sur cette question, qui sont établies sur des tranches d'âges plus classiques. Il apparaît que la proportion de seniors de plus de 60 ou de 70 ans ayant accès à un véhicule individuel avait fortement augmenté entre 1979 et 2018, pour légèrement se tasser en 2023.



Source : SG HCFEA sur données Crédoc.

Des initiatives sont déjà mises en œuvre sur certains territoires, la plupart du temps en zone urbaine, comme les navettes réservées aux personnes âgées, dont le parcours a été pensé pour faciliter leur accès aux cœurs de ville ou de bourgs. Elles pourraient être soutenues et généralisées. Leur pendant en milieu rural doit être conceptualisé et développé.

Les **services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS)**, déployés dans le champ du handicap, « offrent un accompagnement aux personnes pour maintenir ou restaurer les liens familiaux, sociaux, et faciliter leur accès aux services proposés par la collectivité »⁴⁸. Ils sont intégrés dans les projets individualisés de prise en charge et d'accompagnement. Ce dispositif, qui n'existe pas dans le champ du grand âge, pourrait lui être étendu. Cet accompagnement pourrait être effectué par les professionnels des Saad et les employés des allocataires de l'APA, dans le cadre du dispositif de l'accompagnement au lien social.

Orientation I Le Conseil recommande de **favoriser la mobilité et la participation à la vie collective** des personnes âgées, par la généralisation des dispositifs de transport, en commun ou partagés, adaptés aux besoins des personnes âgées et éventuellement en intégrant des accompagnements de « type SAVS » dans les plans d'aide proposés aux personnes âgées.

⁴⁸ [Quelle est la définition de SAVS ? | Mon Parcours Handicap.](#)



C. La transition démographique impose plus largement de repenser l'organisation de l'espace et de la vie sociale

La problématique très forte de mobilité des personnes âgées nécessite de repenser l'organisation de l'espace pour faire se rapprocher les lieux de vie des personnes âgées et les espaces donnant accès aux services publics et aux biens essentiels, mais aussi aux activités sociales, sportives, culturelles et citoyennes. En bref, il s'agit de réduire les distances en jouant à la fois sur les deux leviers : la localisation des habitats et celles des activités offertes. Dans son rapport [Politique de l'autonomie, mobilités résidentielles et aménagement du territoire de 2021](#), le Conseil a déjà recommandé de développer les approches territorialisées d'évaluation et de réponse aux besoins de la vie courante des personnes âgées et de déployer des outils de zonage favorables au bien-vieillir.

Les actions conduites d'un côté dans le cadre de la politique de l'autonomie, pour diversifier les lieux et cadres de résidence des personnes âgées, et de l'autre dans celui de la cohésion des territoires pour offrir plus de services dans la proximité des villes, des zones périurbaines et rurales, doivent se conjuguer pour pallier les effets des évolutions démographiques et territoriales qui tendent à allonger ces distances et s'associent aux conséquences de la dispersion des familles qui éloignent les personnes âgées de leurs potentiels aidants.

L'Agence nationale de la cohésion des territoires (ANCT) se mobilise pour conduire des initiatives, ainsi qu'accompagner ou relayer celles d'autres acteurs afin de donner des points d'appui aux décideurs publics, nationaux et locaux, pour repenser l'inclusion des personnes âgées dans et autour de la cité. Elle diffuse une veille précieuse à cet effet⁴⁹. Les publications récentes suivantes peuvent par exemple être citées, parmi de nombreux travaux d'analyse des évolutions des modifications territoriales:

- le document de synthèse des enjeux du [Bien vieillir dans les petites villes de demain](#), produit par l'ANCT (2021), prolongé par la Fabrique Prospective avec « *Dans un monde en transition, être senior demain dans une petite ville* » ;
- l'avis du Conseil national des villes (CNV) [Vieillir en quartier prioritaire, un enjeu de société. Sortir du « déni de vulnérabilité »](#) (2021) ;
- le guide [Bien vieillir dans les petites villes](#), à destination des élus, établi par l'Association des petites villes de France (APVF), France Silver Eco et la Caisse d'épargne (2023).

III. Oser une conception ambitieuse du domicile comme soutien des projets de vie et solution « capacitante »

Les personnes âgées, notamment quand elles sont confrontées à des fragilités ou des besoins d'aide à l'autonomie, doivent pouvoir choisir entre des formes multiples d'habitats et de façon d'« habiter ». Le domicile doit dès lors être appréhendé comme un levier contribuant à la satisfaction des autres besoins, dans une vision dynamique des projets de vie des personnes, et sans recourir à des modèles prescriptifs, plutôt que comme un besoin en soi. En quelque sorte, il faut un domicile qui soit « capacitant »⁵⁰, c'est-à-dire qui renforce le pouvoir d'agir, dedans comme dehors.

⁴⁹ [Série Veille et territoires - sélection Vieillessement des populations et territoires.](#)

⁵⁰ Le terme « habitat capacitant » est d'utilisation récente. Il a été introduit pour évoquer le potentiel des nouvelles technologies telles que celles présentées plus haut en partie 2. Voir notamment Elena Elias, Marc-Eric Bobillier Chaumon. Approche innovante pour concevoir un habitat capacitant pour personnes fragilisées. 2018.

Un habitat – individuel ou en résidence – plus adapté et sécurisé et le cas échéant mieux localisé, permet à la fois de conserver cette sphère privée et d'intimité qu'est le domicile privatif, d'offrir un meilleur cadre d'intervention aux aidants et de maintenir ou d'établir des liens de proximité dans son environnement immédiat, dont il est établi qu'ils prennent une importance croissante avec l'âge par rapport aux échanges avec la famille et les amis⁵¹. Les habitats inclusifs, accompagnés, partagés, insérés dans la cité et la société, offrent la possibilité de sortir de l'isolement, de renouer le lien social à la fois au sein de l'unité de vie résidentielle, mais aussi d'y rencontrer, dans et hors les murs, des non-résidents. Ils sont, dans un sens, un soutien à la relation, surtout quand les accompagnateurs professionnels de ces projets jouent leur rôle de facilitation, de « prendre soin du collectif », et nouent les bonnes interfaces avec les ressources extérieures. Ainsi, la conception du domicile doit permettre d'assurer les trois types d'accompagnements dont les personnes âgées auront, à un âge et un degré variable, besoin :

- accompagnement vers le soin ;
- accompagnement à la prévention et à l'entretien de leur autonomie ;
- accompagnement au lien social.

Sans pouvoir le quantifier dans le cadre du présent rapport, le Conseil de l'âge estime qu'il faut accompagner, mais aussi impulser, cette dynamique qui vise à démultiplier le nombre et les formes possibles d'habitats renforçant le pouvoir d'agir des personnes âgées, de leurs aidants et des apporteurs de solutions. Car le vivier de ces habitats adaptés, partagés, inclusifs, est très large. La France compte près de 38 millions de logements, dont plus de 82 % sont des résidences principales et 45 % des logements collectifs. Des quartiers et des bâtiments à vocation administrative, commerciale etc. sont à reconvertir dans nombre de villes ou de quartiers, offrant l'opportunité de créer de vrais « inclus-quartiers » comme on voit naître des « éco-quartiers ». Une évolution de la conception de l'utilisation de l'espace, de l'urbanisme, émerge au titre d'impératifs environnementaux et économiques : les voies de la dispersion de l'habitat, de l'artificialisation des sols, de la non-réutilisation du bâti existant ne seront plus empruntées. Le plan national « Action cœur de ville » lancé en 2018 a bien saisi cette opportunité, par exemple, de redynamiser des centres villes par le développement d'habitats inclusifs, permettant d'y accueillir de nouveaux habitants, mais aussi de favoriser l'activité économique (commerce et lieux de culture et de loisirs) et l'emploi (aides et accompagnants des projets de vie).

Au-delà des progrès évidents accomplis par l'inscription dans les textes de ces nouvelles formes d'habitat, un cadre encore plus facilitant pour les porteurs des nouveaux projets doit être mis en place. Tout en laissant sa place à l'initiative et à la singularisation des projets, il devra permettre d'éviter les difficultés ou incompréhensions que les pionniers ont rencontrées et résolues.

Orientation I Le Conseil de l'âge recommande de donner de la visibilité sur les différentes formes d'habitats qui permettent d'ajouter de l'autonomie et du lien social dans la vie à domicile et les bonnes stratégies pour les intégrer dans l'organisation spatiale et sociale des territoires, dans toute leur diversité. Il préconise de développer une palette d'outils pour soutenir leur développement : *vade-mecum* du droit applicable, apports en ressources d'ingénierie, tant pour les promoteurs publics (collectivités locales, offices HLM), que pour des porteurs privés (collectifs de personnes, associations, entreprises...), fléchage de crédits d'investissement dans le cadre des plans d'aménagement (plans de rénovation urbaine, plans petites villes, ruralité).

⁵¹ Comme le montre l'enquête [Mon quartier Mes voisins](#), conduite entre 2016 et 2018 par l'Ined.



Partie 3

L'ensemble formé par les soins et les accompagnements est largement cloisonné et ne répond pas pleinement aux besoins

I. S'agissant des besoins liés à la santé, les fortes spécificités des publics âgés doivent être mieux prises en compte

Les questions de santé et les conditions d'accès aux soins de ces personnes âgées constituent une dimension cruciale du bien vieillir à domicile :

- d'une part, car ce sont des besoins essentiels et/ou impérieux pour la santé et la qualité de vie des personnes ;
- d'autre part, parce que les risques et les atteintes à la santé qui ne sont pas traités en temps voulu risquent d'aggraver ou de provoquer des déficiences et/ou incapacités, qui réduiront l'autonomie des personnes et seront autant de désavantages pour leur projet de vie à domicile.

Dans le cadre de son programme de travail 2023 et après échanges avec le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (Hcaam), qui a travaillé encore récemment sur l'organisation des soins et la structuration des soins de proximité⁵², le Conseil de l'âge a décidé de consacrer un travail particulier sur la dimension « santé/accès aux soins/coordination des parcours » de ses travaux sur le domicile. On peut retirer deux idées forces des éléments qui sont présentés dans l'Éclair'Âge *Accès aux soins et coordination sanitaire, sociale et médicosociale*.

A. L'accès aux soins et la coordination des parcours sont à améliorer

Deux problématiques remontent comme les plus déterminantes dans la prise en compte des besoins de santé et d'accès aux soins nécessaires.

1. Rendre effectif l'accès à des soins de premiers recours dans la proximité du lieu de vie des personnes et, lorsque cela est justifié, à son domicile

Le médecin traitant tient à la fois un rôle :

- de synthèse médicale et d'orientation vers les professionnels en ville et en établissements spécialisés, en favorisant le juste recours aux établissements de santé (hospitalisation de jour et complète, dispositifs ambulatoires portés par les établissements, HAD, équipes mobiles) ;
- de prescription dans les meilleurs délais des produits (traitements adaptés, dispositifs médicaux) et des interventions libérales nécessaires (professionnels paramédicaux) ;
- d'établissements des bilans et certificats médicaux permettant d'accéder aux aides et au soins médicosociaux (prescription d'un Ssiad, ouverture de l'APA, admission en Ehpad).

Face à la difficulté de pouvoir désigner un médecin traitant dans de nombreuses zones du territoire, urbaines comme périurbaines ou rurales, le plan confirmé par le ministre chargé de la Santé et la Cnam visant à permettre de trouver un médecin traitant pour toutes les personnes en affection de longue durée est très important.

⁵² Avis et Rapport du Hcaam – Organisation des Soins de proximité : Garantir l'accès de tous à des soins de qualité, septembre 2022.

La mise en place et la mobilisation future des CPAM et des CPTS à cet effet est un gage d'atteinte de cet objectif majeur. Pour compenser la plus faible mobilité des personnes âgées, la promotion des visites longues à domicile des médecins généralistes au bénéfice des 80 ans et plus doit être plus active, et contrer pour ce public la moindre disponibilité du corps médical pour ce type d'intervention. Comme le HCaam le souligne, les CPTS peuvent également contribuer à répondre à des besoins de santé non programmés ne nécessitant pas de plateau technique spécialisé et d'éviter à la fois le défaut de soins délivrés à temps et le recours inapproprié aux urgences hospitalières. Cette montée en responsabilité des équipes de premiers recours doit rencontrer un effort des établissements et unités spécialisées pour mieux les appuyer. Le développement des « *hotline* » gériatriques au sein des CHU et des centres hospitaliers, la mise en place d'équipes mobiles de gériatrie intervenant à l'extérieur des établissements (au domicile tout comme en Ehpad) pour des bilans et expertises, est encourageante, et devrait permettre une forme de codécision entre médecins libéraux et médecins hospitaliers sur la décision du juste recours à l'hôpital (hospitalisations de jour ou directement en service de spécialité, plutôt qu'aux urgences ou en médecine interne par défaut, notamment).

2. Coordonner les réponses aux besoins complexes et articuler les soins techniques et l'accompagnement à l'autonomie

Malgré l'impression qu'on peut parfois avoir d'un « mille-feuilles » de structures et de dispositifs de coordination, la lecture des rapports et études, et les échanges avec les acteurs concernés donnent le sentiment d'un paysage d'acteurs qui trouvent progressivement leurs marques et les voies d'une meilleure articulation. Parmi ces structures, les dispositifs d'appui à la coordination (DAC) semblent jouer ce rôle pivot de prise en charge des demandes d'appui à la conception et à la mise en œuvre des parcours complexes, et de référencement des ressources sur les territoires qui vont y contribuer. Leurs interventions se déclenchent généralement quand les problèmes de santé se chronicisent et nécessitent l'intervention de multiples structures ou professionnels, ou quand un épisode aigu (AVC, chute) rend le parcours de soins long et le retour à domicile complexe. La définition, attendue d'ici à 2027 pour l'ensemble de la France, des filières gériatriques permettra d'améliorer la visibilité de l'ensemble des acteurs du soin et de l'accompagnement sur les portes d'entrée et les ressources mobilisables sur chaque territoire.

De nombreux DAC ayant intégré des Maia et des réseaux de soins palliatifs ou gérontologiques, elles disposent de compétences et d'outils pertinents pour la coordination des parcours des personnes âgées, même si une évaluation réalisée en Île-de-France sur la mise en place des DAC en 2020-2022 montre qu'il existe un risque de dépréciation de ces derniers, et de banalisation des publics âgés au sein d'une file active plus diversifiée. La visite de la DAC Appui santé 14, géré par l'association Revivre et qui couvre la moitié du département du Calvados, montre que l'attention au public âgé est restée forte chez les coordinateurs et coordinatrices de parcours (neuf postes financés par l'ARS Normandie, pour gérer une file active de 450 patients). La DAC exprime une attente forte d'outillage nouveau, et d'un répertoire opérationnel des ressources (ROR) actualisé, complétant les segments d'offres non présents dans Via Trajectoire (qui couvre essentiellement l'offre de places en soins de suite et de réadaptation).

Sur certains territoires, la cohabitation de DAC et de structures de coordination des parcours d'autonomie (Drad, équipes Auto-nôvie précitées) produit déjà des coopérations intéressantes, comme dans le Val-d'Oise ou le Calvados. La réforme à venir des services autonomie à domicile (SAD) et le déploiement des CRT devrait offrir des interlocuteurs plus visibles aux DAC pour intégrer la dimension médicosociale et sociale aux parcours des personnes âgées à problèmes de santé, même si elles ne doivent pas conduire les DAC à s'exonérer de toute dimension sociale dans leur action.



B. La conduite d'une véritable politique de prévention s'impose

Les démarches qui sont engagées pour déployer des actions de promotion de la santé et de prévention à tous les âges de la vie, ainsi que pour accroître le repérage des fragilités et les limiter, seront capitales pour la capacité de notre pays à réussir sa politique du domicile.

La sensibilisation aussi tôt que possible aux facteurs de risque de développer déficiences ou incapacités, ainsi que les actions (activité physique adaptée, stimulation) ou dispositifs visant à restaurer des capacités perdues (appareillages visuels, auditifs et dentaires, aides techniques et numériques) ou encore à assurer une veille et alerter en cas de besoin (dispositifs de téléalarme), seront autant de levier pour limiter la proportion de personnes âgées dont l'autonomie sera limitée ou dégradée.

La conjonction des actions des acteurs de la santé, des porteurs de la prévention de la perte d'autonomie fédérés par la CNSA et les CFPPA, des acteurs de la prévoyance sera indispensable pour toujours atteindre davantage un public plus large des personnes âgées fragiles ou à risques. Elle devra s'appuyer sur la bonne compréhension et prise en compte par ces acteurs de la nouvelle mission de prévention confiée aux SAD.

Orientation I Le Conseil de l'âge considère que l'accès aux soins de santé doit être mieux assuré et les parcours mieux articulés avec les accompagnements à l'autonomie des personnes âgées à domicile. Deux filières devront faire l'objet d'une mobilisation particulièrement forte, en profitant de la redéfinition en cours des plans associés : l'accompagnement des personnes atteints de maladies neurodégénératives et de leurs aidants, et l'accompagnement des fins de vie à domicile.

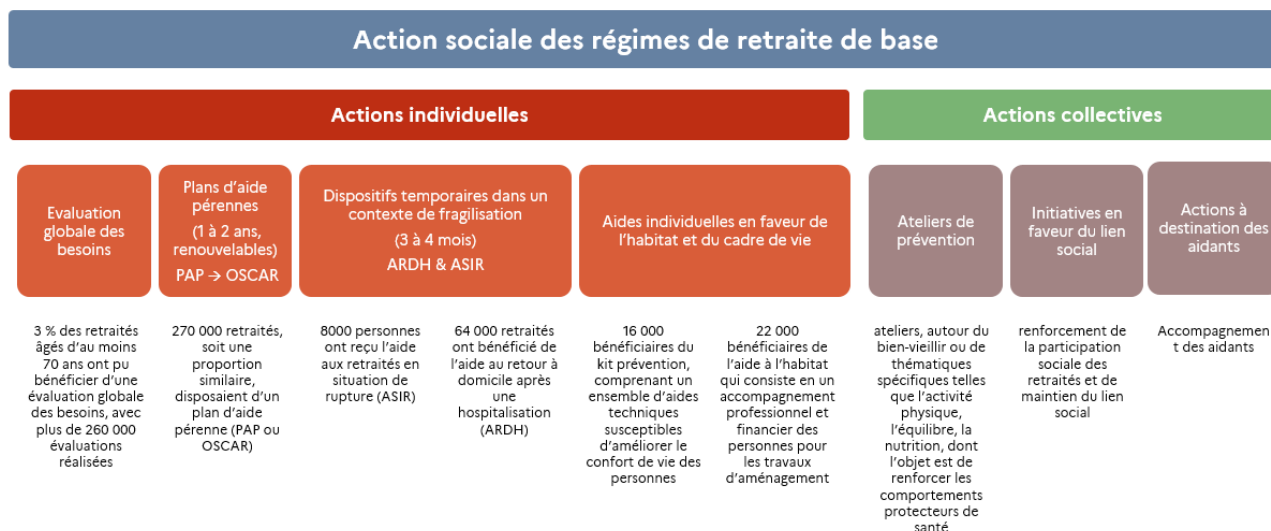
Le Conseil de l'âge estime que la future stratégie nationale de santé doit faire de la prévention du développement des besoins d'aide à l'autonomie une de ses priorités, dans le cadre d'un plan pour le vieillissement en santé.

II. Pour les personnes âgées sans limitations fortes, l'offre de services est principalement portée par les caisses de retraite

A. L'offre de services des régimes de base de l'interrégime se développe

Les caisses de retraite mènent une politique d'action sociale pour prévenir le risque de développement des besoins d'aide à l'autonomie chez les personnes âgées fragiles et favoriser le maintien à domicile. Elles peuvent dans ce cadre proposer des actions individuelles ou des programmes collectifs aux personnes dont les besoins d'aide à l'autonomie sont insuffisants pour qu'elles soient éligibles à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA, cf. [partie 3.III.B](#)).

Figure 7 | Les différentes composantes de l'action sociale des régimes de base



Source : SG HCFEA à partir du bilan de l'action sociale 2022 transmis par la Cnav.

Les plans d'aide proposés par les caisses de retraite ont évolué récemment avec le déploiement, depuis 2021, du **dispositif Oscar** (Offre de services coordonnée pour l'accompagnement de ma retraite) en remplacement de la précédente génération de plans d'aides personnalisés (PAP). Cette nouvelle offre repose sur une approche centrée sur la prévention, qui « *place le retraité au cœur d'un accompagnement personnalisé et coordonné* »⁵³ et se décompose en **plusieurs briques non fongibles, comprenant des aides individuelles et collectives** :

- un **forfait prévention**, pris en charge intégralement par l'assurance retraite dans la limite de 500 € par an et par bénéficiaire, pour le financement d'actions de prévention et de lien social telles que les aides techniques pour l'amélioration du cadre de vie et la garantie de la sécurité à domicile ; les aides à la mobilité, au lien social, aux loisirs ; les actions personnalisées de soutien psychologique et de conseils en prévention et en gestion et enfin des interventions d'aide à la vie quotidienne, telles que le portage de repas ou la livraison de courses ;
- des heures d'accompagnement et de prévention à domicile, dont le coût est pris en charge en fonction du barème national et le volume défini en fonction du score Fragire (cf. [Partie 2.II.A.2.b](#)). Il peut s'agir d'interventions pour l'entretien du linge et du logement, d'accompagnements à la toilette ou encore d'aide au déplacement pédestre de proximité et d'assistance à la préparation des repas (pour ces deux dernières prestations favorisant le lien social, une majoration du plan d'aide de douze heures par an est prévue par la Cog). Des actions de prévention réalisées par les aides à domicile vont en outre être développées progressivement, avec l'intégration de la démarche Icope⁵⁴ développée par l'OMS et destinée à retarder le développement des besoins d'aide à l'autonomie par le repérage des facteurs de fragilité chez les seniors ;
- des programmes collectifs de prévention : ateliers collectifs, conférences, forums, programmes partenaires (Agirc-Arrco, Seniors en vacances...) ;
- un forfait de coordination, d'un montant de 150 € par an, peut être inscrit dans le plan d'aide dès lors que celui-ci comporte au moins trois prestations différentes.

⁵³ [Oscar, une nouvelle génération de plans d'aides \(lassuranceretraite.fr\)](#)

⁵⁴ *Integrated Care for Older People*



Il vise à assurer un suivi personnalisé du retraité afin de mieux l'orienter et de faciliter la mise en œuvre des prestations et leur ajustement en cas d'évolution de la situation du bénéficiaire.

- le dispositif Oscar prévoit de plus un accompagnement renforcé lors de la mise en place du plan d'aide, avec l'organisation de trois points de suivi à deux, quatre et six mois.

Encadré 18 | Le rôle grandissant des caisses de retraite dans le repérage et la prévention

Les actions conduites par les caisses de retraite se transforment, de par leur propre initiative (le développement des plans d'aide coordonnés Oscar, par exemple, s'est appuyé sur des expérimentations conduites par les caisses de retraite) ou sous l'effet de modifications portées sur d'autres segments de l'offre. Ainsi, le positionnement de l'action sociale dans la politique d'autonomie a notablement évolué ces dernières années :

- la [Cog 2023-2027](#) consacre ainsi la place majeure de l'action sociale dans la **prévention** : du **risque d'isolement** d'une part, par l'extension au public des bénéficiaires de l'action sociale du dispositif du « temps de lien social » prévu par la LFSS pour 2023 et initialement destiné aux bénéficiaires de l'APA ; du **développement des besoins d'aide à l'autonomie** d'autre part, avec le développement progressif du programme Icope dans les plans d'aide ;
- l'intégration, à compter de 2023, des dispositifs d'aide à l'adaptation du logement de l'Anah et de la Cnav au sein du dispositif MaPrimAdapt' conduit à la fin du versement des aides à l'adaptation du logement de la Cnav dans le parc privé. Il est en revanche prévu, en lien avec l'Anah, que les prestataires en charge de l'évaluation des besoins d'adaptation du logement puissent, dans le cadre du parcours MPA', repérer les personnes âgées fragiles afin de les orienter vers les caisses de retraites pour qu'elles bénéficient d'une **évaluation globale des besoins dans le cadre de la demande unique d'aide à l'autonomie**.

L'offre de services de la politique de prévention conduite dans le cadre de l'action sociale des régimes de retraites est financée sur des **enveloppes budgétaires fermées**, négociées dans le cadre des Cog conclues entre les régimes et l'État. En conséquence, les initiatives conduites dans ce cadre sont limitées et nécessite une **priorisation** vers les retraités les plus fragiles et les plus modestes.

B. Les caisses de retraite complémentaire développent un ensemble de services pour accompagner leurs assurés

L'Agirc-Arrco propose ainsi des services spécifiques aux personnes âgées d'au moins 75 ans qui lui sont affiliées. Leur coût est intégralement pris en charge par la caisse de retraite complémentaire, quel que soit le niveau de ressources du bénéficiaire. Le dispositif « **Sortir Plus** » consiste ainsi en des accompagnements, par un professionnel de confiance, pour des sorties, en voiture ou à pied (56 000 personnes ont utilisé ce service en 2022, pour un total de 112 000 sorties). L'**aide à domicile momentanée** permet de bénéficier d'aide en cas de difficulté temporaire (36 000 personnes en ont bénéficié en 2022⁵⁵). Enfin, le dispositif du « **Diagnostic Bien chez moi** » prévoit l'intervention d'un ergothérapeute, pour trouver des solutions d'adaptation du domicile à l'avancée en âge. Outre ces actions individualisées, l'Agirc-Arrco a développé une offre de services collectifs : un centre d'informations et de ressources dédié à la sensibilisation aux solutions existantes pour le maintien à domicile, libellé « **Espace idées Bien chez moi** » a ainsi été mis en place ; un site internet, « **ma boussole aidants** » soutenu par l'Agirc-Arrco, permet de trouver de solutions de proximité pour alléger le quotidien des aidants. L'Agirc-Arrco s'est aussi engagée dans une démarche « **Vieillir Heureux** » visant à changer le regard sur la vieillesse, et a notamment conduit dans ce cadre une étude présentant des propositions sociétales à destination des seniors, de la société civile, et des décideurs politiques ainsi qu'une enquête sur les perceptions des Français concernant l'avancée en âge.

⁵⁵ [Chiffres clés 2022 de l'AGGIR-ARRCO](#)

C. Les CCAS et CIAS proposent des services aux personnes âgées notamment vulnérables

Les **communes** ne sont responsables de l'aide sociale que si une délégation du CD le prévoit. La dernière enquête de la Drees sur l'aide sociale des communes indique que c'est le cas d'une commune sur dix, couvrant 50 % de la population. En matière d'action sociale, elles sont tenues à **certaines obligations**, au-delà de la réalisation de l'analyse des besoins sociaux mentionnée *supra* :

- participer à l'**instruction des dossiers de demande d'aide sociale** (excepté celle des dossiers de demande d'aide sociale à l'enfance) et les transmettre à l'organisme adéquat ;
- **domicilier les demandeurs d'aide sociale** ;
- constituer et tenir à jour un **fichier des personnes allocataires d'une prestation d'aide sociale légale ou facultative**, résidant sur le territoire de la commune.

Les prestations d'aide et d'action sociales versées par les municipalités, *via* notamment leurs centres communaux et intercommunaux d'action sociale (CCAS-Cias), se sont élevées à près de 4,9 Md€ en 2020. Elles sont essentiellement centrées sur les risques familles et emploi et pauvreté, exclusion sociale. La part dédiée aux personnes âgées n'est pas connue. Ils peuvent également être gestionnaires d'établissements et services médicosociaux (Ehpad, Ssiad, Saad).

Encadré 19 | Les résultats de l'enquête du Conseil de l'âge auprès des CCAS et Cias

Les CCAS/Cias sont responsables de l'aide sociale au niveau local. Ils sont à ce titre très bien identifiés et souvent sollicités en premier lieu par les personnes confrontées à une situation de fragilité. Ils tiennent en conséquence un rôle primordial pour les personnes âgées, auxquelles la quasi-totalité des CCAS/Cias fournit des prestations ou des accompagnements facultatifs spécifiques et un appui pour la demande d'ouverture de l'APA lorsque cela est nécessaire. Les deux tiers des CCAS/Cias ayant répondu à [l'enquête conduite par le Conseil de l'âge en 2023 auprès des acteurs du grand âge](#) disposent d'ailleurs de guichets ou d'équipes dédiés aux personnes âgées et près de la moitié contribue à l'évaluation de leurs besoins dans le cadre des demandes d'APA, en lien avec les autres collectivités responsables de l'action sociale. En tant que promoteurs de l'action sociale locale, les CCAS/Cias disposent d'une connaissance précise des publics vulnérables, notamment les personnes âgées : près de 4 structures sur 5 déclarent ainsi conduire des analyses spécifiques pour connaître les besoins des personnes âgées.



Source : SG HCFEA sur données de l'enquête HCFEA 2023 auprès des CCAS & Cias (152 réponses).



D. Des services sont également proposés par les acteurs de la protection complémentaire

Les institutions de prévoyance (IP), spécialisées sur la prévoyance collective des salariés, ne développent pas elles-mêmes d'actions ou de services dédiés aux personnes âgées, sauf quand elles interviennent dans le cadre de leur activité d'institution de retraite complémentaire pour le compte de l'Agirc-Arrco. Le CTIP, membre du Conseil de l'âge, relève que les IP contribuent toutefois aux conditions de l'autonomie des personnes âgées à domicile par le biais de services et d'aides destinées aux salariés aidants : sites d'information ou plateformes digitales pour mieux concilier vie professionnelle et vie personnelle, guides d'information à destination des aidants pour faciliter les démarches ou le choix d'une résidence pour la personne aidée. Certaines IP servent des aides financières au salarié-aidant pour la prise en charge de dépenses liées à l'aidance (aide-ménagère, garde-malade, bilan ergo, portage de médicaments ou de repas, etc.), délivrées sur dossier et financées dans le cadre de l'action sociale, ou assurent une allocation forfaitaire complémentaire à l'allocation du congé proche aidant. Enfin, elles peuvent financer une partie des coûts associés aux solutions de répit.

Les mutuelles interviennent dans l'accompagnement des personnes fragiles, vulnérables ou de leurs aidants vivant à domicile, principalement pour l'adaptation des logements et la délivrance de services et d'aides supplémentaires dans le cadre de leurs contrats santé et/ou prévoyance, au titre de leurs services d'action sociale, ou encore dans le cadre de contrats « dépendance ». La FNMF, membre du Conseil de l'âge, a identifié de nombreuses interventions. Des actions de prévention ciblée sur les seniors sont en effet proposées par de nombreuses mutuelles, la prise en charge de séances d'ergothérapie peut être prévue dans des garanties santé. Au titre de garanties d'assistance, certaines mutuelles s'appuient sur des assistants pour proposer des accompagnements pluri-thématiques et notamment un accompagnement sur l'habitat (téléassistance, aménagement du logement, recherches de financements – constitution de dossiers – évaluation sociale) et lié à la « perte d'autonomie » (financement d'aides techniques, lien avec la famille en complément de l'APA...). À titre d'exemple, en 2022, Inter mondial assistance a initié 450 interventions d'ergothérapies, 5 900 interventions de travailleurs sociaux et réalisé plus de 12 000 évaluations sociales (évaluation multidimensionnelle des besoins à domicile, détection des fragilités, préconisations de services...). Les services d'action sociale des mutuelles peuvent prévoir, comme le fait la Mutuelle nationale territoriale, des aides exceptionnelles pour l'aménagement de domicile ou l'acquisition d'aides techniques, (personnes en situation de handicap et personnes âgées). Elles sont, dans ce cas, octroyées à des assurés sur décision de la commission d'interventions sociales. Des mutuelles (MGEN, Macig, Aesio, Mutex, La Tutelaire) proposent par ailleurs des contrats dépendance prévoyant des garanties, généralement sous la forme de versement de rentes ou de capitaux.⁵⁶ Enfin, les mutuelles proposent ou organisent des actions de prévention en faveur du bien vieillir (par exemple sur la prévention des chutes, le programme MGEN « Equilibre atout âge » ou la participation du groupe VYV au programme Icope en Occitanie. Elles contribuent en tant que membre de droit de la CFPPA à l'organisation d'actions touchant des publics plus larges que leurs seuls adhérents et contribuent sur fonds mutualistes au financement de projets de recherche et développement de nouveaux produits et services en santé et autonomie (par exemple le MedTechLab®) ou des projets de logements partagés (cité des aînés à Montpellier).

⁵⁶ La Mutualité française défend la mise en place d'une solution d'assurance dépendance à travers un système de cotisation mensuelle sur une base large de souscripteurs. Le projet porté par la Mutualité française et France assureurs, qui passe par un adossement de cette assurance et de la cotisation associée aux contrats complémentaire santé, a fait l'objet d'une présentation en Conseil de l'âge et d'une [note](#).

III. Pour les personnes âgées vulnérables, l'APA, principal dispositif de solvabilisation de l'accompagnement, connaît de fortes limites

A. Les départements ont largement structuré leur action autour de l'APA

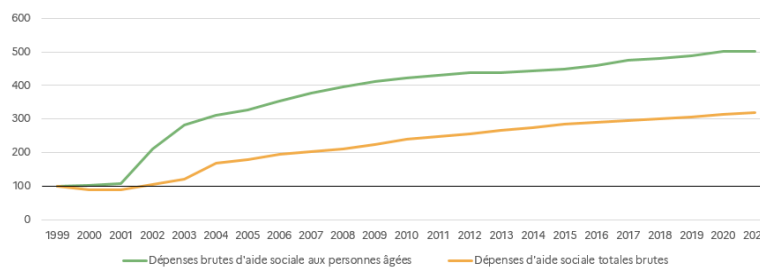
Les lois récentes en matière de décentralisation et d'organisation territoriale⁵⁷ et la loi d'adaptation de la société au vieillissement ont conforté les CD comme les « chefs de file de l'action sociale » et du « développement social ». Dans ce cadre, figure parmi les compétences obligatoires des départements la politique gérontologique et d'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie.

La loi ASV et en particulier son article 76⁵⁸ consacre la prééminence du département dans la définition et la conduite de la politique en faveur des personnes âgées. Le périmètre de compétences issus de la décentralisation initiale de 1983 s'est complété par le chef de filât, confié par les lois successives comme la prévention de la perte d'autonomie (loi ASV) ou le logement intermédiaire ou partagé et inclusif (loi Elan, loi du 21 février 2022).

De fait, les politiques et les organisations départementales témoignent d'un plus **large spectre d'intervention des CD**, qui vont des points ou services d'information de proximité (Clic, service territorial de l'autonomie, maison des solidarités) à la mise en place de services numériques pour gérer les prestations et les parcours des personnes. De nombreux rapports en donnent des illustrations, notamment celui sur le [Service public territorial de l'autonomie](#), ou encore le [rapport de l'Igas sur l'action sociale territorialisée](#).

Toutefois, on peut aussi constater qu'en vision d'ensemble, l'action départementale est souvent organisée et perçue comme s'organisant largement autour du **service** et de la **gestion de l'APA**, captant la majeure partie des ressources humaines et des financements dédiés à l'autonomie par les conseils départements sur le volet domicile. **La Drees chiffrait à un peu plus de 8 Md€ la dépense d'aide sociale brute aux personnes âgées des départements en 2020, sur 42,3 Md€ de dépenses sociales brutes. À près de 80 %, cette dépense est concentrée sur le versement de l'APA, 16 % sur l'ASH, les autres dépenses ne représentant que 460 M€ (soit moins de 5 M€ par département).**

Graphique 8 | Évolution comparée de la progression des dépenses d'aide sociale à destination des personnes âgées et de la dépense totale d'aide sociale. Base 100 = 1999



Source : Drees, édition 2022 du Panorama « L'aide et l'action sociales en France ».

⁵⁷ Loi de modernisation de l'action publique territoriale et d'affirmation des métropoles du 27 janvier 2014 (Maptam) ; Loi du 16 janvier 2015 relative à la délimitation des régions, aux élections régionales et départementales et modifiant le calendrier électoral ; Loi du 7 août 2015 portant nouvelle organisation territoriale de la république (Notre).

⁵⁸ L'article L. 113-2 du CASF dispose que le département est chargé de définir et mettre en œuvre l'action sociale en faveur des personnes âgées et de leurs proches aidants, et liste ses missions à ce titre.



Tableau 1 | Répartition des dépenses sociales des départements en 2020

	En M€	En %
APA	6278	78%
ASH en établissement et chez des particuliers	1297	16%
Autres	460	6%
Total	8035	100%

Source : Drees, édition 2022 du Panorama « L'aide et l'action sociales en France ».

B. Par rapport aux besoins des personnes, l'APA, principal dispositif de solvabilisation de l'accompagnement, connaît de fortes limites

1. La grille Aggir mobilisée pour la détermination des plans d'aide APA est mal adaptée au domicile et couvre mal les troubles neurodégénératifs (TND)

La grille AGGIR constitue toujours aujourd'hui la référence pour le classement dans un GIR donné. Elle est en conséquence **décisive pour l'éligibilité à l'APA à domicile⁵⁹ et pour la détermination du plan d'aide** puisque les plafonds de l'APA ont été définis en se fondant sur cette grille. Elle est en outre le principal outil mobilisé par les EMS dans le cadre de l'établissement d'un plan d'aide APA.

La reconstitution de sa genèse et des modalités d'élaboration des plafonds de l'APA montre pourtant que ceux-ci dépendent d'une mesure, ancienne et partielle, de la charge en soins effectuée en institution. Comme l'ont indiqué ses concepteurs dès l'origine, la grille Aggir n'avait donc pas vocation à mesurer le coût associé aux prises en charge. **Cet outil n'aurait en conséquence pas dû être mobilisé pour la définition des plafonds de l'APA à domicile.**

Les concepteurs de la grille de 1993 appelaient également à compléter les travaux pour évaluer la charge en soins auprès de personnes présentant des pathologies psychiatriques afin d'étudier « l'opportunité et les modalités d'un surclassement ». Les **conséquences des troubles cognitifs et des troubles du comportement** dans la vie en domicile ordinaire, sont en effet particulières dans la mesure où l'aide repose de manière déterminante sur l'entourage. Au-delà de la stimulation souvent nécessaire dans le cas des personnes présentant des troubles cognitifs, le besoin de vigilance induit, au domicile, une charge en temps et une charge mentale très différentes de celles induites dans un environnement institutionnel.

Les classifications Aggir successives ont pourtant été mobilisées pour établir les barèmes des prestations à destination des personnes âgées vulnérables à domicile, et notamment les plafonds de l'APA, instaurée en 2002. **Malgré leur caractère inadapté au domicile, la logique et la pertinence des plafonds de l'APA n'ont jamais été réinterrogés**, bien que des révisions de leurs montants soient intervenues, d'abord en 2016, dans le cadre de la Loi ASV de 2015, puis plus récemment, dans le cadre des dernières LFSS depuis 2022.

⁵⁹ Le classement en GIR est également déterminant en institution, puisqu'il intervient dans le calcul des financements alloués à la section « dépendance » des établissements d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes (Ehpad), cf. [fiche 3.1 du rapport à la commission des comptes de la sécurité sociale de juin 2020](#).

2. La grille Aggir est un outil excessivement complexe, qui conduit à des résultats peu lisibles pour les allocataires comme pour les professionnels

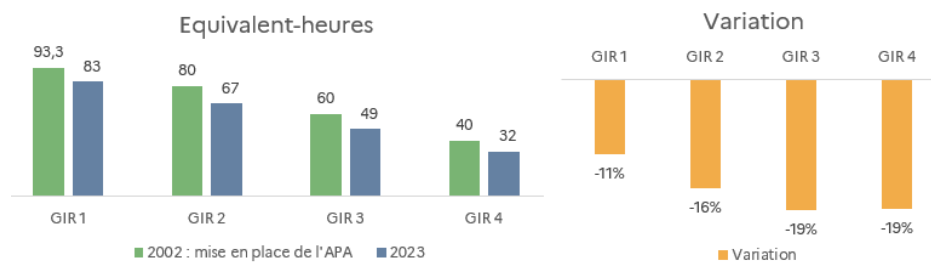
L'étude de la sensibilité de l'éligibilité à l'APA et du classement dans un GIR à la cotation des restrictions d'autonomie (RA) tend à confirmer la complexité excessive de l'algorithme. Moins de 40 % des combinaisons de restrictions d'activité théoriquement possibles, d'après la grille, sont effectivement observées. Par ailleurs, les résultats en termes d'éligibilité sont très sensibles à la cotation : le changement de la cotation d'un seul des huit items de la grille Aggir modifie l'éligibilité à l'APA pour près d'un individu sur cinq. Enfin, l'analyse portant sur les effets d'un changement de cotation sur le classement en GIR montre que la cotation en « C » est le principal déterminant pour le classement dans un GIR donné. L'analyse des propriétés de l'algorithme Aggir confirme en outre que sa conception peut conduire à exclure de l'APA les personnes souffrant de troubles cognitifs.

3. Le modèle de l'APA crée un renoncement partiel et des problèmes majeurs d'effectivité dans la mise en œuvre des plans d'aide

Une analyse conventionnelle du nombre d'heures maximal correspondant aux plafonds de l'APA montre de plus une tendance à la baisse depuis sa création. Les plafonds étant exprimés en proportion de la majoration pour tierce personne (MTP), ils sont actualisés chaque année selon le même coefficient que la MTP, qui résulte des modalités réglementaires de revalorisation annuelle qui s'appliquent à la MTP et reflète l'inflation, et non l'augmentation des salaires dans le secteur de l'aide.

Graphique 9 | Comparaison des équivalents-heures mensuels finançables par les plafonds APA à l'origine et aujourd'hui

ALLER+LOIN
Prise en compte
des besoins des
personnes âgées
vulnérables :
grille AGGIR,
outils
d'évaluation et
adéquation de
l'APA



Source : SG HCFEA.

La fraction d'allocataires se voyant attribuer un plan d'aide « saturé »⁶⁰, c'est-à-dire dont le montant atteint le plafond fixé nationalement a néanmoins significativement diminué depuis la mise en place de l'APA, passant de 26 % en moyenne en 2007⁶¹ à 12 % en 2017⁶². La part de plans saturés a diminué de 4 points en moyenne entre 2007 et 2011, et de 10 points entre 2011 et 2017, montrant que cette baisse est essentiellement imputable à la revalorisation des plafonds mise en œuvre dans le cadre de la loi ASV. Ces moyennes masquent toutefois des disparités entre les GIR, avec près de 3 plans d'aide saturés sur 10 pour les allocataires en GIR 1 contre 7 % pour les allocataires en GIR 4.

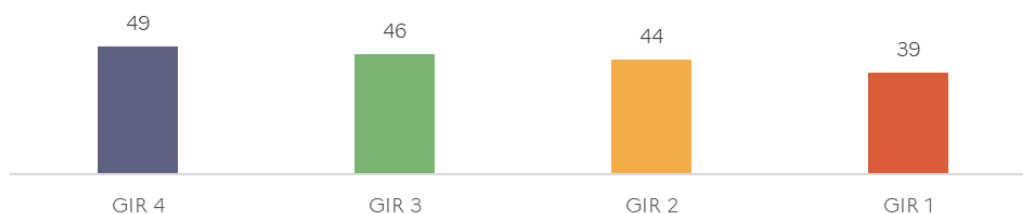
⁶⁰ Un plan d'aide est conventionnellement qualifié de « saturé » lorsque la somme des montants notifiés d'aide humaine et non humaine excède 96 % du plafond associé au GIR de l'allocataire.

⁶¹ Source : Drees - [Une analyse des montants des plans d'aide accordés aux allocataires de l'APA à domicile au regard des plafonds nationaux applicables \(solidarites-sante.gouv.fr\)](#), ER n°748, 2011.


⁶² Source : Drees - [er1152 - Profils, niveaux de ressources et plans d'aide des allocataires de l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile en 2017.pdf \(solidarites-sante.gouv.fr\)](#), 2020.

Les travaux conduits par la Drees autour des données administratives individuelles de plus de 600 000 allocataires de l'APA à domicile en 2017 l'ont en revanche conduite à estimer que « *près d'un allocataire sur deux (47 %) ne consomme pas l'intégralité du montant d'aide humaine qui lui a été notifiée* »⁶³. Elle note que cette **sous-consommation de l'aide humaine** décroît avec l'ampleur du besoin d'aide à l'autonomie (de 49 % en GIR 4 à 39 % en GIR 1) et que pour « *les allocataires [qui] ne consomment pas l'intégralité de leur plan, un tiers du montant de l'aide humaine n'est pas utilisé* », cette fraction étant similaire pour l'ensemble des GIR.

Graphique 10 | Part d'allocataires sous-consommant leur plan d'aide selon le GIR (%)



Source : SG HCFEA sur données Drees (E&R n° 1153).


ALLER+LOIN
 Prise en compte des besoins des personnes âgées vulnérables : grille AGGIR, outils d'évaluation et adéquation de l'APA 

Cette sous-consommation de l'aide humaine s'expliquerait en premier lieu par un **renoncement** des allocataires de l'APA, induit par l'importance de la **dépense qui reste à leur charge** mais également par un manque d'offre pour assurer la mise en œuvre de plans d'aide sur une partie du territoire.

Des travaux conduits en 2014⁶⁴ estimaient ainsi que « *les allocataires de l'APA sont sensibles à la variation du reste à charge : [...] une augmentation du reste à charge horaire de 10 % conduirait à une baisse du volume d'heures professionnelles consommées de 5,5 % en moyenne* ». Cette étude concluait alors que « *le comportement de demande des allocataires ne dépend donc pas uniquement de leur niveau de besoin mais prend aussi en compte ce que leur coûte effectivement une heure d'aide* ». Les réponses obtenues aux enquêtes conduites en 2023 par le Conseil de l'âge auprès EMS responsables des évaluations des besoins des demandeurs de l'APA et des services d'aide et d'accompagnement à domicile (Saad) qui interviennent auprès de ces personnes confortent cette analyse.

Les professionnels du grand âge ayant répondu à ces enquêtes sont en effet nombreux à souligner la **nécessité d'ajuster le modèle tarifaire de l'APA** pour permettre aux personnes âgées vulnérables de bénéficier de plans d'aide en réelle adéquation avec leurs besoins d'accompagnement. Le **niveau des plafonds de l'APA** est ainsi fréquemment désigné comme **insuffisant** par les acteurs, tandis que les **taux de participation** sont qualifiés de **trop élevés**.

Plusieurs professionnels mentionnent également la **problématique du reste à charge extralégal pour les services non tarifés** (lié à l'écart entre le tarif de référence et le tarif effectivement pratiqué par les services), en signalant qu'il **risque de s'accroître** du fait d'un **tarif plancher encore insuffisant**. Parmi les répondants, **6 sur 10** indiquent ainsi avoir appliqué récemment ou prévoir d'appliquer prochainement une **augmentation du reste à charge extralégal** demandé aux personnes accompagnées.

ALLER+LOIN
 Enquêtes conduites auprès des acteurs locaux du Grand Âge 

⁶³ « Allocation personnalisée d'autonomie : en 2017, un allocataire sur deux n'utilise pas l'intégralité du montant d'aide humaine notifié », Louis Arnault, Delphine Roy, Drees E&R n° 1153, 2020.

⁶⁴ Les déterminants du volume d'aide professionnelle pour les allocataires de l'APA à domicile : le rôle du reste-à-charge, notes du projet Modapa, 2014, financement Iresp et ANR.



Cette alerte sur l'insuffisance des financements semble partagée par les Saad habilités : parmi l'ensemble des services ayant répondu à l'enquête du Conseil de l'âge, **9 sur 10** ont répondu que les **financements alloués** par le département et les autres financeurs publics **ne leurs permettaient pas de couvrir l'intégralité des coûts de fonctionnement**. L'insuffisance du tarif plancher 2024 a d'ailleurs été soulignée par les représentants des Saad. Le fait est que son montant (23,50 €) s'établit désormais à un niveau nettement inférieur au montant retenu dans le cadre des plans de l'action sociale des caisses de retraite (plafond de 26,30 €, lui-même désigné comme insuffisant par les professionnels). Plus largement, l'enquête conduite par le Conseil de l'âge révèle que les tarifs de référence pratiqués par les CD sont fréquemment insuffisants pour couvrir les coûts de revient de ces services, même lorsqu'ils sont habilités et disposent à ce titre de l'opposabilité des accords collectifs agréés qui devrait leur garantir la couverture de ces coûts.

Face à cette augmentation des restes à charge, certains départements ont pris des dispositions consistant parfois à **imposer le tarif plancher** (ou le tarif départemental s'il est supérieur) pour tout ou partie des bénéficiaires de l'APA. La mesure est fréquemment ciblée sur ceux d'entre eux dont le taux de participation est compris entre 0 et 10 %. Le différentiel entre le tarif appliqué et les coûts supportés par le Saad peut être alors comblé par des financements en sus du tarif horaire, inscrits le cas échéant dans des CPom. Ils peuvent l'être également au titre des rémunérations complémentaires visant à favoriser la qualité des interventions (3 € par heure effectuée, sur financement CNSA et départements) ce qui n'est normalement pas possible⁶⁵. Certains départements combinent ces deux mesures. D'autres semblent avoir pris acte de la déconnexion durable entre tarifs fixés et finançables par le département et tarifs « d'équilibre » des Saad, en engageant une **déshabilitation des services sur leur territoire**. Si, en procédant ainsi, ces démarches permettent à ces services d'augmenter le tarif qu'elles facturent et ainsi leurs recettes, elles ancrent dans le droit les restes à charge au-delà du taux de participation à l'APA. D'après des fédérations de Saad du secteur privé non lucratif, une vingtaine de départements se serait engagée dans cette voie.

La sous-consommation des aides humaines résulterait également d'une insuffisante disponibilité de l'offre lié aux difficultés de recrutement. Les travaux de la Drees cités précédemment relèvent en effet des écarts en termes de sous-consommation selon les spécificités du territoire sur lequel résident les allocataires, en notant que la probabilité de sous-consommation des plans est plus élevée dans les communes densément peuplées que dans les communes très peu denses, à caractéristiques identiques. L'étude met en avant, parmi d'autres hypothèses, celle selon laquelle « Ces écarts pourraient souligner le lien entre sous-consommation et accessibilité aux différents types de services d'aide »⁶⁶. Là encore, les résultats des enquêtes conduites par le Conseil de l'âge en 2023⁶⁷ auprès des acteurs du grand âge permettent de confirmer cette hypothèse. En effet le manque de professionnels disponibles pour l'accompagnement des personnes âgées vulnérables arrive en tête des difficultés les plus fréquemment citées par les EMS pour l'établissement de plans d'aide en adéquation avec les besoins de personnes. Ces tensions de recrutement ont des conséquences

⁶⁵ En effet, la dotation qualité n'est pas conçue pour financer le coût de revient du service en complément du tarif plancher : elle doit venir s'y ajouter pour financer une amélioration de la qualité (article R. 314-136-1 du CASF : « La dotation s'ajoute aux tarifs horaires [...] lorsque les services ne sont pas habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale. L'attribution ou l'augmentation de cette dotation ne peut avoir pour conséquence une diminution de ces tarifs par rapport à ceux en vigueur avant l'attribution ou l'augmentation de cette dotation pour le service concerné ».

⁶⁶ « Allocation personnalisée d'autonomie : en 2017, un allocataire sur deux n'utilise pas l'intégralité du montant d'aide humaine notifié », Louis Arnault, Delphine Roy, Drees E&R n°1153, 2020

⁶⁷ Cf. Eclair ' Âge « Enquêtes conduites auprès des acteurs locaux du Grand Âge », HCFEA, 2023



directes sur la qualité des accompagnements et sur la qualité de vie au travail des intervenants au domicile. Un quart des Saad déclare ainsi rencontrer « systématiquement » des difficultés d'organisation pour la mise en œuvre des plans d'aide en raison du manque de personnel et 7 Saad sur 10 « souvent » ou « systématiquement » ;

Si la couverture d'autres dépenses, hors interventions humaines, par l'APA, est prévue depuis l'origine et a été explicitée par la loi ASV, la moitié des plans d'aide⁶⁸ ne prévoient encore que le financement d'heures d'aide et d'accompagnement humain⁶⁹. L'enquête conduite auprès des EMS a montré que si les besoins en aides techniques et les besoins des aidants étaient mesurés dans une majorité de cas, les plans d'aide notifiés ne comportaient pas toujours d'aide ou de dispositifs visant à y répondre. La préconisation d'actions complémentaires, telles que des mesures d'aménagement du logement, ponctuelles, mais éventuellement coûteuses, peut en effet s'avérer incompatible avec un nombre d'heures d'accompagnement suffisant (notamment lorsqu'il conduit à une dépense proche du plafond de l'APA). Les modalités de fonctionnement de l'APA peuvent de ce fait imposer un arbitrage entre le financement d'actions ponctuelles ou temporaires et le nombre d'heures d'intervention d'un accompagnant professionnel, ce qui n'apparaît pas souhaitable, ni en termes de lisibilité pour les acteurs (allocataires comme régulateurs) ni en termes de politique de prévention du développement des besoins d'aide à l'autonomie.

Encadré 20 | Difficultés rencontrées par les EMS concernant la prescription d'aides techniques ou d'aide à l'accueil temporaire dans les plans APA⁷⁰

La nécessité d'arbitrer entre le nombre d'heures d'aide et d'accompagnement humains et la prescription d'aides ponctuelles, parfois coûteuses, remonte comme l'une des principales difficultés pouvant être rencontrées par les EMS lors de l'élaboration des plans d'aide (« une prestation qui ne prend pas en compte tous les besoins exprimés par les usagers pour leur maintien à domicile » ; « une enveloppe mensuelle unique qui rend difficile la priorisation des besoins : exemple de l'adaptation du logement qui laisse peu de marge à l'intervention des professionnels de l'aide à domicile ») ou l'une des principales actions qu'ils recommandent pour améliorer l'adéquation des plans d'aide aux besoins des personnes (« faire évoluer le dispositif : distinguer les aides techniques des aides humaines au niveau maxi GIR comme pour la PCH ? »)

Source : SG HCFEA sur données de l'enquête « EMS » conduite en 2023 par le Conseil de l'âge.



Les travaux conduits par la Drees tendent à confirmer cet « arbitrage imposé » : « la proportion de plans contenant des aides non humaines est, en règle générale, plus faible parmi les plans saturés que parmi les non saturés. [...] L'effet de la saturation sur le recours aux aides non humaines est négatif pour les allocataires en GIR 1, 2 et 3 et d'ampleur d'autant plus importante que le GIR est faible. [...] La part moins forte de plans prévoyant des aides non humaines parmi les plans saturés en GIR 1 à 3 peut s'expliquer par le fait que les aides humaines sont relativement plus chères que les non-humaines, ce qui les mène plus facilement à la saturation. Une deuxième explication possible serait un arbitrage lors de l'arrivée à saturation (particulièrement en GIR 1 et 2) au détriment des aides non-humaines »⁷¹.

⁶⁸ Drees, Allocation personnalisée d'autonomie à domicile : la moitié des plans incluent des aides techniques, ER 1214, 2021

⁶⁹ Ces constats ont été obtenus avec un faible recul par rapport à la Loi ASV de 2016 qui avait précisé les dépenses entrant dans le champ des plans d'aide APA et prévu notamment le volet « répit des aidants » de la prestation. La prochaine édition de l'enquête autonomie permettra de vérifier si les proportions de plans d'aide prévoyant l'une ou l'autre de ces aides techniques ou à l'accueil temporaire ont augmenté.

⁷⁰ Les résultats détaillés des trois enquêtes (EMS, SAAD et CCAS) conduites en 2023 par le Conseil de l'âge sont présentés dans le document d'éclairage Enquêtes auprès des acteurs locaux du Grand Âge, HCFEA, 2023

⁷¹ Drees, APA à domicile : la moitié des plans incluent des aides techniques, ER 1214, 2021.

C. Des difficultés sont posées par la segmentation des dispositifs en fonction de l'âge ou d'une caractérisation médico-administrative

1. Les personnes de moins de 60 ans et souffrant d'une forme de vieillissement ou de vulnérabilité précoce sont éloignées des filières dédiées aux personnes âgées

L'accès des personnes souffrant de troubles neurodégénératifs précoces avant 60 ans (Alzheimer, Parkinson, syndrome de Korsakoff) aux dispositifs dédiés aux personnes âgées vulnérables n'est pas aisé ou automatique, alors même que les structures d'autres secteurs (handicap, adultes en difficultés sociales) ne sont pas adaptées et que vivre à domicile est difficile voire impossible (dans le cas d'une absence de domicile privé).

Ces personnes sont en risque de ne pas pouvoir bénéficier à la fois d'un bon accompagnement de leur maladie et d'un accompagnement social du fait des faiblesses globales de ces offres, d'une filière de prise en charge largement structurée autour des secteurs gériatriques, mais aussi du passage nécessaire par les MDPH qui sont peu formées à ces problématiques.

Encadré 21 | Témoignages d'aidants, France Alzheimer

Laurent est retraité, conjoint aidant de Marie-Paule, 54 ans, atteinte de la maladie d'Alzheimer dont les premiers symptômes sont apparus en 2016.

« Laurent comprend rapidement que personne n'a l'habitude de s'occuper de personnes « malades jeunes ». L'accueil de jour n'est pas du tout adapté (...) même à la retraite, comment pourrait-il s'accorder quelques jours de répit si aucune structure n'est à même d'accueillir Marie-Paule ne serait-ce qu'une journée ? Après le diagnostic, il lance des démarches du côté de la MDPH de son département puisque Marie-Paule à 54 ans et peut bénéficier de la PCH (...). Une fois encore, Marie-Paule ne rentre dans aucune case ! Laurent s'accroche et a rendez-vous avec la MDPH à deux reprises en 2018. Il rencontre une personne responsable des affaires sociales qui peine à l'orienter correctement. "Vous pourriez tenter telle démarche mais sans conviction"... François doit en parallèle s'occuper de Marie-Paule 24 heures sur 24 et personne ne peut le renseigner. (...) Laurent s'accroche néanmoins et finit par échanger avec une assistante sociale de la MDPH qui lui demande pourquoi il ne s'adresse pas à une MAS ? Aussi, François va frapper à la porte de la MAS et la réponse est désespérante mais logique : "Pas possible, nous n'accompagnons pas les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer !" Finalement, la MDPH décide d'octroyer des « heures » à Laurent et Marie-Paule pour une assistante de vie. L'organisme qui emploie cette personne est directement payé par la MDPH qui accorde 450 heures par mois au couple soit près de 7 000 euros par mois. Seul problème : aucun organisme à Toulouse ne peut répondre à une telle demande. »

Histoire de vie recueillie par France Alzheimer, les prénoms ont été changés.

Comme le relève l'Igas : « D'une part, au-delà du déficit général qui existe en ville en professionnels de santé (médecins, paramédicaux...) afin de répondre aux besoins des personnes âgées à domicile, on y constate toujours un déficit très important d'offre de dispositifs spécialisés, notamment lorsque les troubles psychologiques et du comportement apparaissent chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée. Ainsi, 50 000 personnes seulement peuvent bénéficier des services des ESA⁷² chaque année, soit moins de 5 % du total des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée. En outre, une large partie du territoire n'est pas couverte, d'où d'importantes listes d'attente. Enfin, les services offerts par les ESA ne permettent pas de répondre aux patients dont la situation est trop dégradée ». ⁷³

⁷² ESA = équipes spécialisées Alzheimer.

⁷³ [Evaluation des dispositifs spécialisés de prise en charge des personnes atteintes de maladies neurodégénératives](#), Igas, 2021.



Par ailleurs, leur accès à une place d'Ehpad, où existent des unités spécialisées, est largement conditionné à la possibilité de faire valoir une « dérogation d'âge » (voir *infra*) et de trouver une place dans un Ehpad disposant de ces services. « Ensuite, un déficit similaire existe dans les établissements, en dépit des efforts d'investissements réalisés. Ainsi, le nombre de Pasa, d'UHR, d'UCC et d'UVA⁷⁴ demeure modeste par rapport au nombre total d'Ehpad et aux caractéristiques de leurs publics. »⁷⁵

2. Les personnes de plus de 60 ans ne peuvent pas nécessairement choisir entre dispositifs handicap, invalidité et âge

Une circulaire en date du 21 juillet 2006 avait été publiée à la suite du rapport Blanc, concernant l'accueil des **personnes handicapées vieillissantes** en établissements et services médicosociaux. Elle rappelait alors aux préfets la nécessité de garantir le maintien des prises en charge en établissements et services médicosociaux au-delà de 60 ans et appelait également à la vigilance des départements sur ce sujet.

- Les personnes handicapées vieillissantes sont confrontées, souvent plus précocement que les autres, aux conséquences de l'avancée en âge en termes de besoins d'aide à l'autonomie. L'espérance de vie des personnes en situation de handicap a augmenté comme celle de la population générale.
- Le programme pluriannuel de création de places en établissements et services pour un accompagnement du handicap tout au long de la vie 2008-2012 a pris en compte cette dimension avec une action spécifique relative à « l'accompagnement de l'avancée en âge des adultes lourdement handicapés ». De même, un certain nombre de CD ont intégré le sujet de l'allongement de l'espérance de vie des personnes handicapées dans leur programmation, tenant compte de ses conséquences financières.
- Les foyers d'accueil médicalisés pour adultes handicapés devenus établissements d'accueil médicalisés en tout ou partie pour personnes handicapées (FAM/EAM) et les maisons d'accueil spécialisées (MAS) sont les structures médicalisées qui accueillent le plus de personnes handicapées âgées. Fin 2018, les adultes âgés de plus de 60 ans accueillis en FAM/EAM représentaient 21 % des personnes qui y étaient accompagnées (contre 6,6 % en 2006). Dans les MAS, les personnes de plus de 60 ans représentent 16 % des celles qui y sont accompagnées (contre 5 % en 2006) et les plus de 65 ans, 7 % contre 1,8 % en 2006.

3. L'APA n'assure pas le même niveau d'accompagnement que la PCH à caractéristiques proches de besoins

Un premier sujet est la question des pertes de chance induites par le fait de ne pas pouvoir choisir entre la PCH et l'APA (ou toute autre aide) du fait des conditions à remplir pour bénéficier de la PCH.

Le principe pour bénéficier de la PCH adultes était d'avoir moins de 60 ans au moment de la demande d'ouverture des droits, en sachant que les allocataires de la PCH pouvaient en conserver le bénéfice après 60 ans, et ce de façon indéfinie dans le temps. Un premier assouplissement a permis l'ouverture des droits à PCH pour les moins de 75 ans si la personne répondait avant 60 ans aux critères d'attribution de la PCH. Suites à des demandes exprimées par les parties prenantes et de nombreux rapports, l'effet de la barrière d'âge à 60 ans a été récemment atténué.

⁷⁴ Pasa = pôles d'activité et de soins adaptés/UHR = unités d'hébergement renforcé/UCC = unité cognitivo-comportementale/UVA = unité de vie Alzheimer.

⁷⁵ *Ibid.*

Depuis le 1^{er} janvier 2021, les personnes dont le handicap répondait avant 60 ans aux critères d'attribution de la PCH, peuvent prétendre à une ouverture de PCH même après 75 ans⁷⁶.

Deux autres dérogations existent pour devenir allocataire de la PCH après 60 ans :

- les personnes qui exercent toujours une activité professionnelle et dont le handicap répond aux critères d'attribution de la PCH liés au handicap au moment de la demande ;
- les personnes qui bénéficient de l'allocation compensatrice pour tierce personne ou pour frais professionnel (ACTP-ACFP) peuvent opter pour la PCH à tout âge dès lors qu'elles répondent aux critères d'attribution liés au handicap.

Un second sujet tient aux conditions d'éligibilité pour bénéficier respectivement de la PCH et de l'APA. Bien que le nombre des allocataires de la PCH puisse sembler très faible par rapport au nombre estimé de personnes souffrant d'un handicap, les critères d'éligibilité à la PCH sont au global moins drastiques que ceux de l'APA.

Les deux prestations sont marquées par des similarités, comme le note un article récent des tribunes de la santé⁷⁷ :

- ce sont des prestations en nature ;
- elles couvrent des dépenses d'aides humaines, techniques et du répit pour les aidants ;
- elles laissent aux personnes le libre choix concernant le mode d'exécution des aides humaines : service prestataire, mandataire, emploi direct, emploi familial ;
- elles sont individuelles, non soumises à obligation alimentaire et à recours sur succession ;

Toutefois, elles ont aussi des différences, et des « plus et des moins » ;

- en plus pour l'APA : aide au ménage, revalorisation pour le répit de l'aidant ou pour son hospitalisation ;
- en plus côté PCH : plan d'aide sans plafond global (uniquement des plafonds par compartiment), plusieurs compartiments, nouveaux forfaits dont surveillance. Moindre prise en compte des revenus et de reste à charge⁷⁸ sur la PCH « aides humaines ».

Un droit d'option de la PCH vers l'APA est possible à tout âge, mais pas de l'APA à la PCH, d'où une surdétermination du fait de remplir ou non les conditions de la PCH avant 60 ans.

Encadré 22 | Illustration : cas d'un Alzheimer sévère

L'équipe du Conseil de l'âge a eu l'occasion de participer à l'évaluation d'une demande initiale d'APA pour une femme ayant été diagnostiquée comme sévèrement atteinte de la maladie d'Alzheimer juste avant ses 60 ans. L'entretien a été conduit en présence de sa fille (principale aidante).

Une demande de PCH avait été faite précédemment auprès de la MDPH, et une évaluation au domicile était d'ores et déjà planifiée dans ce cadre.

L'évaluatrice APA a pu proposer en fin de visite un plan d'aide côté APA (classement en GIR 2, 67 heures mensuelles sans reste à charge compte tenu de son niveau de ressources). La MDPH ayant confirmé la possibilité d'opter plus tard pour la PCH, si l'évaluation de la MDPH conduisait à un plan d'aide plus favorable, il a été convenu d'ouvrir immédiatement l'APA, notamment pour couvrir les dépenses immédiates, et de la compléter avec une demande de prescription de soins infirmiers et l'intervention d'une équipe spécialisée Alzheimer, dans l'attente de l'instruction du dossier de demande de PCH. La MDPH a notifié le plan d'aide PCH deux mois plus tard, avec un forfait de 104 heures pour les aides aux actes de la vie quotidienne et un forfait surveillance régulière de 121 heures qui change tout pour la personne accompagnée et son entourage.

⁷⁶ Décret n° 2020-1826 du 31 décembre 2020.

⁷⁷ Denis Piveteau, [APA et PCH : le rapprochement est-il possible ?](#), Les Tribunes de la santé 2022/4 (n° 74).

⁷⁸ Si la personne respecte le volume horaire de son plan d'aide et recourt à un Saad prestataire au tarif plancher.



4. L'action sociale des caisses de retraite est accessible uniquement aux retraités

Ce sujet n'est pas très investigué, alors même que certaines personnes risquent de devoir attendre 67 ans pour bénéficier d'une retraite sans décote. Si elles ne sont ni en emploi ni en retraite, elles sont dans une forme de « trou de prise en charge » car si elles ont de premières limitations, elles ne peuvent bénéficier :

- ni du régime invalidité (pension et majoration tierce personne) ;
- ni de l'action sociale des caisses de retraite (car non retraitées) ;
- ni de l'ouverture de la PCH si les conditions n'ont pas été remplies avant 60 ans.

Paradoxalement, le droit de demander l'APA leur est ouvert. Pour ces personnes, le meilleur recours serait de faire reconnaître une inaptitude médicale au travail, et de liquider à 62 ans une pension de retraite, mais ces voies sont très limitées⁷⁹.

⁷⁹ [Les départs en retraite au titre de l'inaptitude](#), Igas, 2022.

Partie 4

Renforcer la préparation et l'organisation de la société au vieillissement, plus et mieux accompagner les personnes âgées et leurs aidants autour du domicile

De nombreux travaux de personnalités qualifiées, des rapports parlementaires et d'institutions comme le Cese, les avis et rapports du Conseil de l'âge et les plaidoyers et plates-formes de ses membres contiennent de nombreuses propositions pour donner à la fois une ambition et de nouveaux outils pour une adaptation effective de la société au vieillissement et la politique du domicile.

Chacun peut en prendre connaissance, et la présente partie n'a donc pas vocation à les récapituler toutes. Le Conseil de l'âge a préféré insister sur les points qui lui semblent déterminants pour engager un mouvement qui, poursuivi dans la durée, doit permettre à la France d'être au rendez-vous de cet événement extraordinaire qu'est l'émergence, historiquement inédite, d'une société de la longévité et de l'âge. Le pari qu'il défend est que ce mouvement, en donnant de la visibilité et de la lisibilité à l'ensemble des parties prenantes sur le cap et les réformes à conduire, permettra de sortir « par le haut » de la situation d'affaiblissement qui menace l'écosystème du domicile.

Il n'en demeure pas moins qu'à court terme, un soutien beaucoup plus fort au volet domicile de la politique de l'autonomie est indispensable, au bénéfice des personnes elles-mêmes, mais aussi des professionnels et structures de l'aide à domicile. Il doit passer par la mise en œuvre des mesures qualitatives déjà décidées, mais aussi, par une augmentation de l'effort de financements publics de l'APA à domicile, permettant de revoir à la hausse à la fois les volumes d'intervention et leur prix.

I. Adopter un cadre large de planification stratégique et opérationnelle de réponse aux besoins futurs

La préconisation répétée du Conseil de l'âge, reprise et synthétisée dans son [Avis sur le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2024](#), d'adoption d'une loi de programmation et d'orientation pour la politique de l'autonomie a été suivie d'effets. La ministre du Travail, de la Santé et des Solidarités a confirmé le respect de l'engagement pris par le précédent gouvernement de déposer un projet de loi de programmation, qui devait être adopté avant la fin 2024.

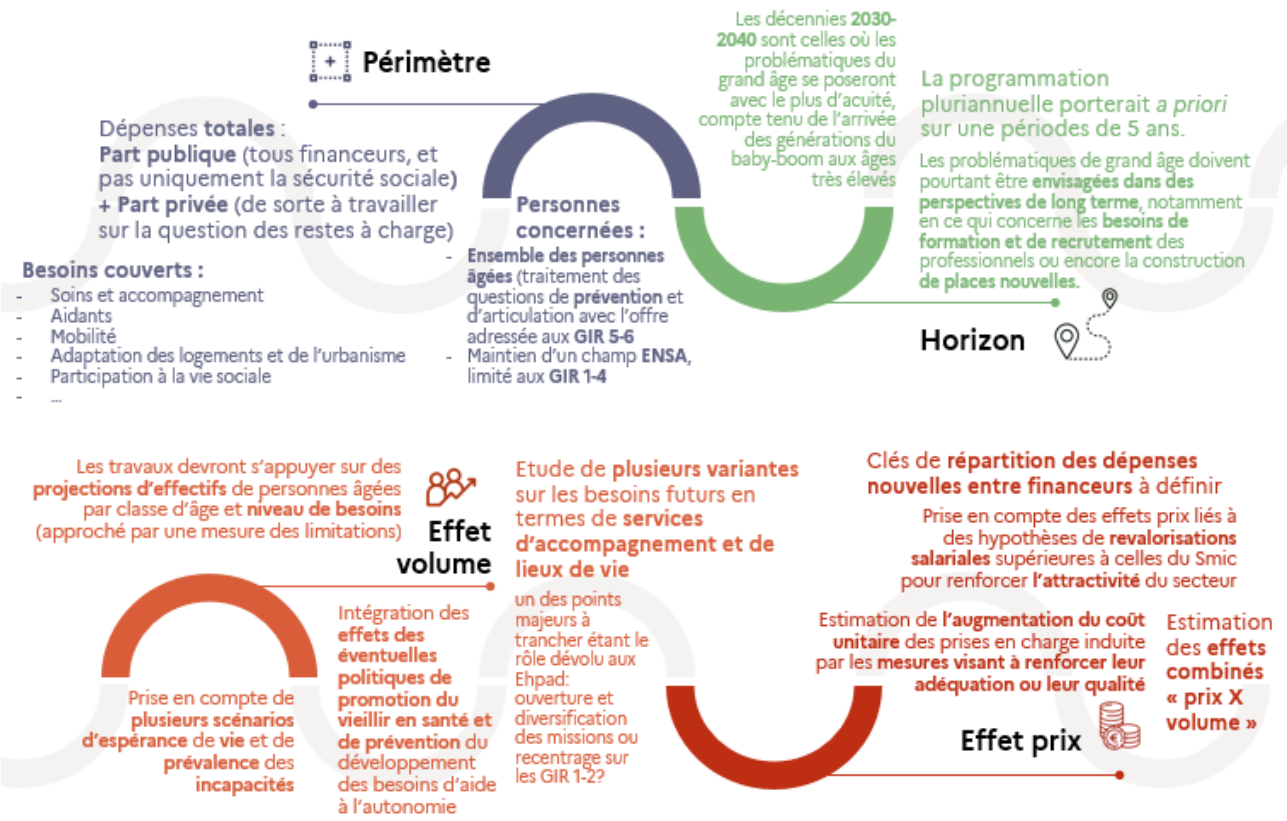
Comme le soulignent les parties 2 et 3 du présent rapport, les enjeux du vieillissement et du grand âge ne peuvent être abordés que dans le cadre d'une action publique programmatique, coordonnée – entre les différents ministères d'une part, et entre l'État, les collectivités territoriales et la Sécurité sociale d'autre part – et donnant une visibilité à l'ensemble des acteurs privés, ménages, entreprises, associations.

La programmation pluriannuelle des objectifs et des financements publics nécessite de disposer de **projections robustes** (assorties d'hypothèses et d'un scénario médian) et d'arrêter des **objectifs clairs**.

- Les **populations futures de personnes âgées** (de plus de 60/80 ans), classées par niveau d'incapacité à divers horizons, avec des scénarios prenant en compte l'impact positif qu'aurait une politique de promotion du « vieillir en santé » et de prévention de la perte d'autonomie plus dynamique ; il sera nécessaire d'étendre ce recensement aux personnes affectées par des troubles de la mémoire, du comportement ou neurodégénératifs.

- Les besoins futurs en termes d'offre s'agissant des lieux de vie et des services d'accompagnement, à politique constante sur leur répartition et avec des variantes selon différents axes de politique publique :
 - objectif d'adaptation des domiciles du secteur privé et du parc social ;
 - développement d'une offre large et diversifiée de lieux de vie hors établissement : résidences autonomie, résidences services, habitats alternatifs, regroupés, partagés et inclusifs... ;
 - cible pour le nombre de places en Ehpad et en USLD. *Un des points majeurs à trancher dans le cadre de la future loi de programmation sera le nombre de places et le rôle des Ehpad à l'avenir : recentrés sur les GIR 1 et 2, ou restant mixtes en termes de publics accueillis et évoluant vers un modèle plus résidentiel. En effet, la future politique du domicile ne s'envisage pas de la même façon selon le sort réservé à la part tenue par les Ehpad dans les solutions des personnes âgées en GIR 1 et 2.*
- Les besoins futurs en termes de ressources humaines, de formation et de recrutement de professionnels, prenant en compte les difficultés actuelles ou prévisionnelles de recrutement, ainsi que des effets prix liés à des hypothèses de revalorisations salariales supérieures à celle du Smic pour renforcer l'attractivité des métiers.
- Une projection des dépenses totales, publiques et privées, à couvrir, et de la part assumée par chaque financeur, selon les différents scénarios de partage de la dépense d'autonomie envisagés, et des analyses microéconomiques, concernant en particulier la soutenabilité des restes à charge pour les allocataires.

Figure 8 | Les éléments et points d'arbitrage préalables à la publication d'une loi de programmation



Source : SG HCFEA.

Orientation I Le Conseil de l'âge considère qu'il est impératif d'adopter une démarche de planification d'objectifs et de financements associés sur le long terme (au moins 10 ans) et qu'il est indispensable, en prévision de la future loi de programmation, de conduire une démarche prospective de grande ampleur pour une politique qualitative d'accompagnement du vieillissement de la société et des personnes âgées.

II. Faciliter les parcours pour les personnes

L'organisation actuelle des parcours des personnes âgées vulnérables constitue un obstacle pour la prise en compte de leurs besoins et aspirations. La multiplicité des acteurs impliqués dans la politique du Grand âge compose en effet un paysage excessivement complexe. Des efforts importants doivent en conséquence être conduits pour améliorer la lisibilité du système. À ce titre, l'annonce de l'instauration d'un service public départemental de l'autonomie (SPDA) laisse augurer une simplification drastique des démarches ; dans l'attente de son déploiement effectif, et sur la base des enseignements des différents travaux conduits par le Conseil de l'âge en 2023. Celui-ci a concentré ses réflexions sur les aspects relatifs à l'évaluation des besoins des personnes âgées vulnérables, aboutissant ainsi à la conclusion suivante : **en tant qu'outil d'éligibilité, la grille Aggir pourrait être remplacée par un critère plus simple à mettre en œuvre et plus lisible pour les demandeurs. En tant qu'aide à l'élaboration du plan d'aide elle pourrait être remplacée par un outil d'évaluation plus riche.**

A. Améliorer la lisibilité du système

1. Affirmer le droit à une évaluation globale à l'entrée, avant toute demande d'un dispositif spécifique

Le non-recours aux différents dispositifs de prévention ou d'aide à l'autonomie des personnes âgées reste important. La complexité du système est un facteur d'explication souvent avancé, les personnes ayant des difficultés à identifier l'interlocuteur idoine.

Orientation I Le Conseil de l'âge recommande de prévoir un **droit opposable à une évaluation multidimensionnelle**, comportant une visite à domicile, recensant l'ensemble des besoins à satisfaire (au-delà du seul périmètre couvert par l'APA).

L'inscription d'un **droit opposable** à une évaluation multidimensionnelle permettrait de soutenir la généralisation de son usage. Elle constituerait en outre l'occasion de réaffirmer le droit à recourir aux services et prestations sociales d'aide à l'autonomie et favoriserait ainsi le déploiement des dispositifs de prévention et la lutte contre le non-recours ou le recours tardif.

2. Réorganiser la présentation des aides

Le système d'aide aux personnes âgées vulnérables est éclaté et peu lisible, expliquant une part du non-recours ou limitant l'impact des actions de prévention.

Orientation I Pour le Conseil de l'âge, des mesures visant à faciliter l'appropriation du système d'aide à l'autonomie par le grand public devraient être déployées. Une documentation multisupports Falc pourrait être élaborée pour expliciter le fonctionnement de l'ensemble des aides conçues à destination des personnes âgées dans tous les services publics susceptibles d'être sollicités par des personnes âgées vulnérables.





Il apparaît en effet nécessaire d'adapter les supports d'information au public visé, pour éviter les ruptures d'accès au droit ou à l'information induits par la dématérialisation, spécifiquement pour les personnes âgées ou pour tenir compte de spécificités, générationnelles, culturelles ou sociétales, telles que l'illettrisme ou la maîtrise limitée de la langue nationale.

3. Rendre l'éligibilité aux différents dispositifs plus transparente et plus facile à mettre en œuvre

L'éligibilité à l'APA résulte de l'application d'un algorithme complexe et peu lisible, nuisant à la bonne compréhension par les allocataires.

Orientation I Le Conseil de l'âge estime qu'il pourrait être envisagé de **simplifier les règles d'éligibilité à l'APA** (par exemple en remplaçant l'algorithme Aggir par une règle simple, en deux conditions, voire même une seule) et d'instaurer une obligation d'usage d'un outil multidimensionnel unique pour la construction des plans d'aide.

Ces mesures sont à envisager notamment en lien avec le déplafonnement de l'APA (cf. [Partie 4.III.B](#)). Dans ce cas, le classement dans différents GIR ne serait plus nécessaire et la grille Aggir n'aurait plus d'utilité que pour établir l'éligibilité à l'APA. Pour autant, simplifier la règle d'éligibilité à l'APA répond quoi qu'il en soit à une exigence de transparence et de démocratie. Elle pourrait alors être remplacée par un critère d'éligibilité plus simple à mettre en œuvre et plus lisible pour les demandeurs. Les travaux d'analyse de la grille Aggir conduits par le Conseil de l'âge en 2023 ont par exemple montré que des résultats similaires à ceux obtenus actuellement, en termes d'éligibilité à l'APA, pouvaient être obtenus avec une règle nettement plus simple et lisible :

Conditions d'éligibilité simplifiées : Cumul de deux restrictions absolues (C) parmi les huit activités ou de deux restrictions lourdes ou absolues (B ou C) parmi les activités **3 I Toilette, 4 I Habillage, 5 I Alimentation, 6 I Élimination ou 7 I Transferts.**

Outre l'intégration de variables supplémentaires pour l'éligibilité à l'APA (cf. [Partie 4.II.C](#)), une autre manière d'élargir le champ des besoins couverts, préconisée par le Conseil de l'âge dès 2018⁸⁰, serait de **rendre obligatoire l'usage de l'outil d'évaluation multidimensionnelle de la CNSA**. Si son déploiement est en progression depuis son instauration, cet outil est encore sous-utilisé (cf. encadré 13, [partie 2.II.A.2.b](#)). Il couvre pourtant un **périmètre plus large de besoins** dont le recensement systématique serait susceptible d'**améliorer la couverture**.

B. Fluidifier les parcours

1. Généraliser l'« aller-vers »

Le non-recours à l'APA, et plus généralement à l'ensemble des dispositifs dédiés à l'aide à l'autonomie des personnes âgées, reste important.

Orientation I Le Conseil de l'âge suggère d'améliorer la lutte contre le non-recours ou le recours tardif en **bâtissant un repérage systématique des personnes fragiles ou vulnérables sur données administratives, avec prise de contact, préévaluation et orientation.**

Un repérage systématique et une démarche proactive pour conduire ceux qui pourraient recourir à un dispositif autonomie permettraient d'améliorer l'accès aux droits, en luttant contre le non-

⁸⁰ [synthese_tome_2.pdf\(hcfea.fr\)](#).

recours, et de prévenir le développement des limitations d'autonomie, une réduction des délais entre l'apparition du besoin et la mise en place effective d'un plan d'aide étant permise par un meilleur accompagnement des personnes dans l'entrée en parcours. Des démarches de **repérage automatisé des personnes âgées fragiles et vulnérables** – à partir de données déjà collectées dans les bases sociales⁸¹ – pourraient ainsi être envisagées, permettant d'identifier des personnes susceptibles de recourir aux aides à l'autonomie et de les informer sur leurs droits, dans une **démarche « d'aller vers »**.

- Un tel repérage pourrait ainsi être automatisé sans représenter un coût significatif, ces données étant déjà disponibles⁸².
- Une prise de contact systématique avec les personnes identifiées comme fragiles, sur la base d'un indicateur (déjà disponible, en mobilisant par exemple les données des observatoires interrégimes des situations de fragilité, ou qui reste à concevoir) serait alors mise en place pour l'informer des dispositifs existants.
- Un premier bilan pourrait être effectué pour déterminer l'éligibilité de la personne à l'un ou l'autre des dispositifs, fondé sur une évaluation simplifiée, telle que celle mise en œuvre dans le cadre de la [procédure de demande unique d'aides à l'autonomie](#) à domicile pour les personnes âgées.
- Cette démarche permettrait ainsi d'orienter la personne vers l'acteur idoine pour lui proposer des services et prestations adaptés à ses besoins.

2. Favoriser des parcours « sans coutures »

Les démarches de primo-orientation vers les différentes aides doivent être singulièrement améliorées. Des points d'entrée et de référence doivent être donnés pour faciliter l'accompagnement des personnes les plus vulnérables par les travailleurs sociaux des différents réseaux, qu'ils relèvent des centres communaux d'action sociale, des services d'action sociale des départements ou des caisses de sécurité sociale établissements de santé.

Orientation I Le Conseil de l'âge souligne le rôle crucial du futur SPDA pour développer les échanges d'informations et renforcer la coordination entre les acteurs de la politique de l'autonomie et les services sociaux.

En s'appuyant sur les possibilités ouvertes par les lois de modernisation de l'action publique, il serait possible de développer les échanges d'informations pour lisser la « barrière » entre GIR 5 et 6 et GIR 1 et 4, et permettre un passage plus fluide entre plans d'aide des caisses de retraite et génération d'un plan d'aide APA. Ces informations pourraient en outre être enrichies. Les éléments collectés dans le cadre des évaluations multidimensionnelles pourraient être mobilisés pour ouvrir d'autres droits ou déclencher d'autres démarches :

- les personnes inéligibles à l'APA pourraient ainsi être orientées, vers d'autres acteurs de l'action sociale comme les caisses de retraite ou les CCAS (pour bénéficier d'heures humaines, de certains services comme la télésurveillance, le portage de repas, les aides à la mobilité) ou vers le secteur sanitaire ;
- les réflexions autour de la définition de nouvelles démarches proactives auprès des personnes âgées vulnérables pourraient s'appuyer sur les informations collectées dans le cadre des

⁸¹ L'opportunité de s'inspirer du modèle « Pari » du RSI, qui mobilisait les données contenues dans les bases administratives pour repérer ces personnes et promouvoir leur accès au droit pourrait ainsi être examinée.

⁸² Cette procédure pourrait par exemple s'appuyer sur des données similaires à celles utilisées par l'observatoire des situations de fragilité, développé par l'interrégime de retraite, qui couvrent une large part de la population.

évaluations des besoins et attentes de la personne âgée, afin de mettre en place des démarches de prévention ou d'accompagnement vers une prise en charge adaptée les plus simples possibles.

III. Revoir le périmètre des besoins évalués et des personnes éligibles, et repenser les outils d'allocation des aides

A. Garantir le pouvoir d'achat réel de l'allocation

Si le Conseil de l'âge concluait, en 2018, que les niveaux de reste à charge sur l'accompagnement humain à domicile étaient acceptables, il considère désormais que la situation est très préoccupante.

- Le « pouvoir d'achat » réel de l'APA, c'est-à-dire le nombre maximal d'heures d'accompagnement humain correspondant aux plafonds, s'est dégradé depuis la création de l'allocation. La faculté de mobiliser les autres modules finançables dans le cadre de l'APA – aides techniques, adaptations du logement et dispositifs de répit – est limitée par le plafonnement global des dépenses dans le cadre des plans d'aide.
- Le tarif plancher ne correspond pas au « prix d'équilibre » à même d'éviter les restes à charge excessifs tout en assurant la viabilité économique de l'offre et l'attractivité des métiers de l'aide à domicile, sachant que pour les services habilités, il a peu de sens puisque la tarification est individuelle et est supposée couvrir les charges de ces services.

ALLER+LOIN
Prise en compte des besoins des personnes âgées vulnérables : grille
AGGIR, outils d'évaluation et adéquation de l'APA

Figure 9 | Les différents modes d'effectation des heures d'aide humaine

Modalités tarifaires applicables aux heures d'aide humaine			
Emploi à domicile		Prestataire	
Emploi direct	Mandataire	Habilité à l'aide sociale	Non habilité à l'aide sociale
Salaire négocié sur la base de la convention collective	Salaire négocié sur la base de la convention collective + frais de gestion	Tarif de facturation fixé par le CD	Facturation libre
Pas de tarif plancher	Pas de tarif plancher	Tarif plancher de 23,50€	Tarif plancher de 23,50€
Calcul de la participation des allocataires sur la base d'un tarif de référence potentiellement inférieur au salaire payé et occasionnant alors du RAC extralégal	Calcul de la participation des allocataires sur la base d'un tarif de référence potentiellement inférieur à la somme du prix du service mandataire et du salaire payé et occasionnant alors du RAC extralégal	Calcul de la participation des allocataires sur la base du tarif de facturation fixé par le CD → pas de possibilité de RAC extralégal	Calcul de la participation des allocataires sur la base d'un tarif de référence potentiellement inférieur au tarif facturé et occasionnant alors du RAC extralégal

Source : SG HCFEA.

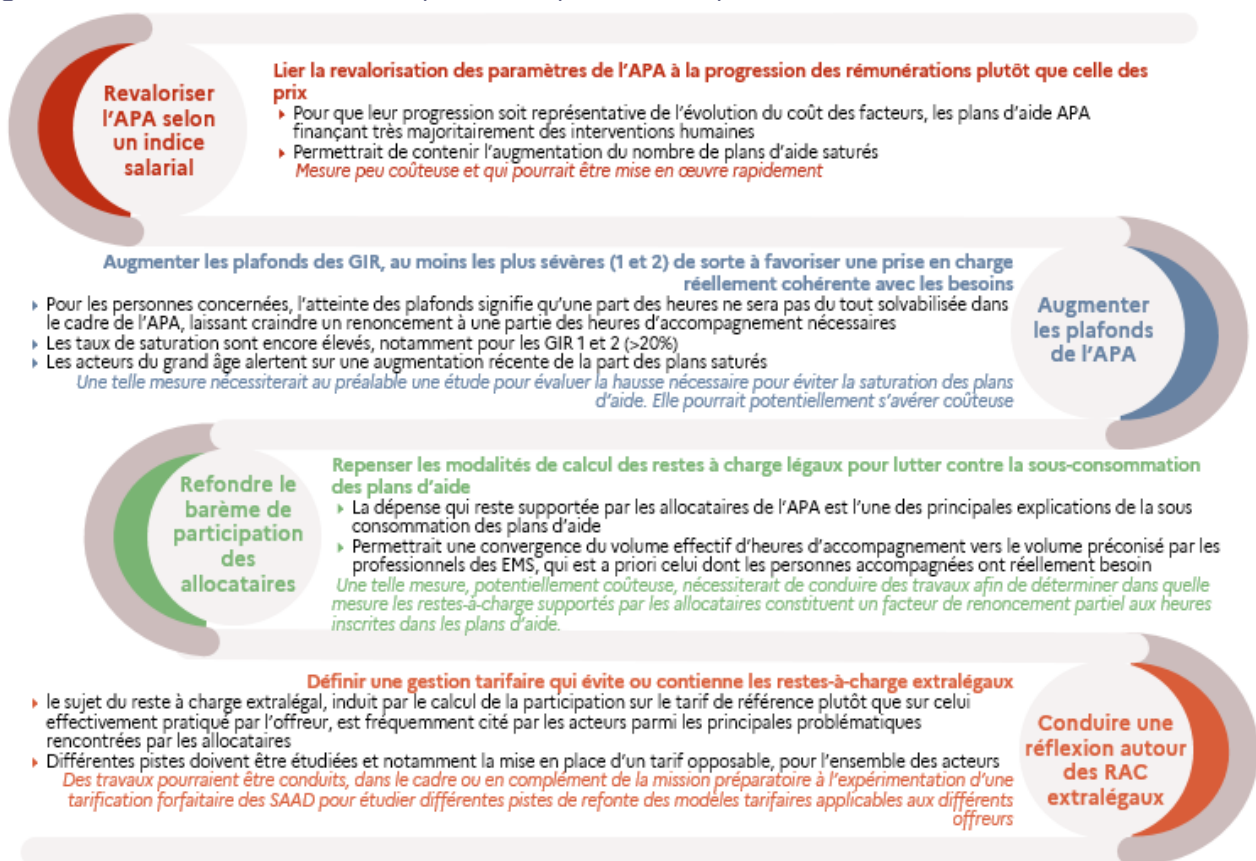
Orientation | Dans l'attente d'une réforme plus profonde de l'APA et/ou d'une évolution des modalités de tarification des interventions humaines sur la base de l'expérimentation prévue par la PPL Bien Vieillir, des ajustements pourraient être mis en œuvre afin de préserver son pouvoir d'achat réel. Le Conseil de l'âge recommande ainsi de revoir les modalités de revalorisation des paramètres de l'APA, qui ne sont pas adaptées, d'augmenter ou de supprimer les plafonds par GIR, pour réduire la part de plans saturés. Il juge nécessaire et urgent de contrer le mouvement de déconnexion entre les tarifs arrêtés par les autorités – tarif plancher national, tarifs horaires départemental ou

tarification des services habilités – et les charges et coûts supportés par les structures prestataires, qui a pour conséquence de peser sur l'équilibre de ces dernières et/ou de diffuser largement les restes à charge extralégaux.

Le Conseil de l'âge souhaite qu'à partir par exemple d'une actualisation de l'étude de coûts réalisée par la DGCS et la CNSA en 2016, soit définie une nouvelle cible rehaussée pour le tarif horaire de l'intervention en mode prestataire, intégrant le niveau de qualité attendu pour les bénéficiaires et de meilleures conditions de travail des professionnels au moyen le cas échéant de l'octroi plus généralisé de la dotation complémentaire de 3 € par heure, que des organisations représentatives du secteur des offreurs situent actuellement à 32 € de l'heure. La généralisation de la dotation complémentaire devra être opérée avec le maintien des obligations de transparence financière et de bon usage des financements publics en particulier l'obligation de limitation du reste à charge extra-légal⁸³. Pour les modes mandataire et emploi direct, un tarif plancher national devrait être fixé à l'instar de ce qui est arrêté pour la PCH, prenant en compte les niveaux de qualification et de rémunération conventionnel, ainsi que les enseignements d'une étude de coût propre à ces types d'intervention.

Ces mesures pourraient d'ailleurs être conduites de façon complémentaire : si toutes visent à réduire les dépenses à la charge des allocataires pour lutter contre le non-recours, partiel ou total, elles n'ont pas les mêmes propriétés pour les acteurs, ne représentent pas les mêmes enjeux financiers et sont plus ou moins complexes à déployer.

Figure 10 | Pistes de mesures susceptibles de préserver le pouvoir d'achat de l'APA



Source : SG HCFEA.

⁸³ Cette obligation s'impose aux services non tarifés qui bénéficient de la dotation (13° du L. 313-11-1 du CASF)



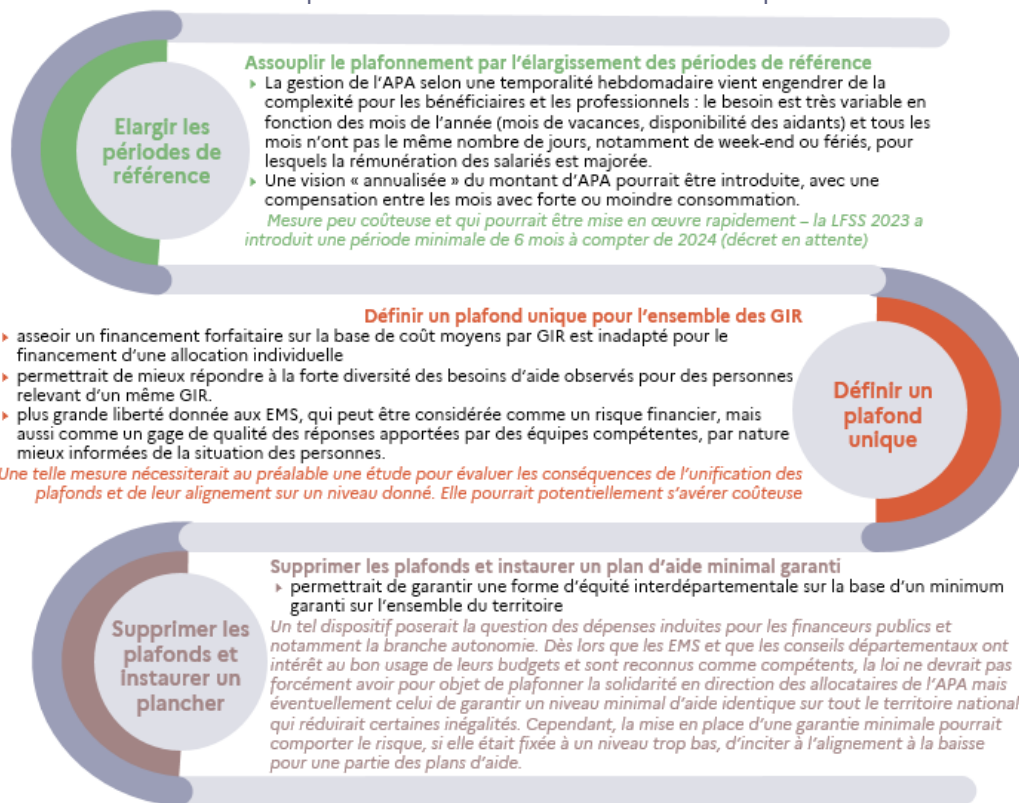
B. Permettre aux personnes éligibles à l'APA de vivre à leur domicile avec des plans d'aides en adéquation avec leurs besoins

Les plafonds fixés par GIR réduisent la capacité des EMS à proposer des plans d'aide adaptés aux besoins réels des personnes et peuvent conduire à manœuvrer le classement en GIR pour construire une réponse satisfaisante.

Orientation I Une simplification conséquente de l'APA actuelle pourrait être étudiée pour renforcer l'adéquation des plans d'aide aux besoins réels des bénéficiaires, quelle qu'en soit l'ampleur.

L'unification ou la suppression des plafonds conduiraient implicitement à **supprimer le classement en GIR pour l'APA à domicile**, ce qui rapprocherait la procédure d'APA des modes d'intervention auprès des autres publics de l'aide sociale départementale : une éligibilité, puis un plan d'aide élaboré par les EMS lors de la visite à domicile. Une telle approche ouvrirait la voie à des **règles d'éligibilité beaucoup plus transparentes**, et nettement plus simples à mettre en œuvre que la grille Aggir. Le plafond unique pourrait se décliner soit au niveau individuel, soit en moyenne par département (laissant ainsi la possibilité aux départements de gérer la variabilité des situations individuelles en domicile ordinaire).

Figure 11 | Pistes de mesures susceptibles d'améliorer l'effectivité des plans d'aide



ALLER+LOIN
 Prise en compte des besoins des personnes âgées vulnérables : grille AGGIR, outils d'évaluation et adéquation de l'APA



Source : SG HCFEA.

C. Étendre le bénéfice de l'APA à de nouveaux publics

La grille Aggir, conçue il y a près de 25 ans, n'a pas été modifiée de façon majeure depuis, malgré des évolutions médicales, sociales, sociétales et démographiques indéniables. L'éligibilité à l'APA reste conditionnée à la présence de limitations, lourdes ou absolues, pour la réalisation de **huit des dix-sept activités** de cette grille, dont il est avéré qu'elle n'est pas conçue pour le domicile (cf. [partie III.3.B](#)). Différents scénarios d'ajustement des critères d'éligibilité à l'APA pourraient être envisagés pour permettre une meilleure prise en compte des besoins des personnes âgées.

Orientation I Le périmètre et les modalités d'éligibilité à l'APA pourraient être refondus pour étendre son bénéfice à des personnes dont les limitations viennent non pas (seulement) de déficiences physiques, mais de troubles engendrant des difficultés de cohérence, d'orientation, ou de communication.

Le Conseil de l'âge a examiné différents scénarios théoriques d'évolution afin de mesurer la sensibilité du nombre d'allocataires aux critères d'éligibilité. Il s'est fixé pour principe de n'étudier que des variantes ne réduisant pas, ou de manière marginale, l'éligibilité des allocataires actuels.

- Un premier jeu d'ajustements ne modifierait pas le choix des huit activités retenues aujourd'hui pour évaluer le GIR, mais assouplirait les règles, notamment pour étendre le bénéfice de l'APA aux personnes souffrant de **troubles cognitifs ou du comportement** :
 - actuellement, alors que la combinaison d'une restriction lourde ou absolue dans cinq de ces activités avec une restriction absolue dans les sept autres peut ouvrir droit à l'APA, pour les trois autres items, le droit à l'APA ne sera ouvert qu'en cas de restriction absolue combinée à une seconde restriction absolue dans les sept autres activités (cf. [partie 3.III.B](#)) ;
 - des assouplissements pourraient être apportés pour inclure ces activités dans la liste de celles qui ouvrent droit à l'APA qu'elles soient absolues ou lourdes, dès lors qu'elles sont couplées à une autre restriction d'activité :
 - par exemple, il pourrait être considéré qu'une personne qui peine à **se déplacer à l'intérieur du domicile**, devrait bénéficier de prestations couvertes par l'APA, même si ses difficultés ne sont pas absolues, dès lors qu'elles sont couplées à l'une des sept autres restrictions d'activité,
 - de la même manière, l'intégration des items **cohérence** et **orientation** permettrait de couvrir davantage de personnes affectées par des troubles cognitifs et de corriger, au moins partiellement, le caractère inadapté de l'APA pour ces problématiques particulières du grand âge,
 - l'**extension** du bénéfice de l'APA pourrait même être **encore plus large** avec une règle prévoyant l'ouverture des droits à toute personne présentant une seule restriction absolue ou cumulant deux restrictions lourdes dans la liste de ces huit activités ;
- Le choix des variables discriminantes, fait sur la base d'une analyse statistique menée en établissement, mériterait en outre d'être reconsidéré pour **mieux cibler l'éligibilité à l'APA**. D'autres items que les huit retenus actuellement pour évaluer l'éligibilité à l'APA pourraient alors être inclus :
 - il paraîtrait ainsi pertinent d'intégrer les deux variables identifiées comme discriminantes, en particulier pour le domicile, mais finalement non retenues dans la liste de celles mobilisées pour déterminer l'éligibilité à l'APA : les déplacements à l'extérieur et la

ALLER+LOIN

Prise en compte des besoins des personnes âgées vulnérables : grille AGGIR, outils d'évaluation et adéquation de l'APA



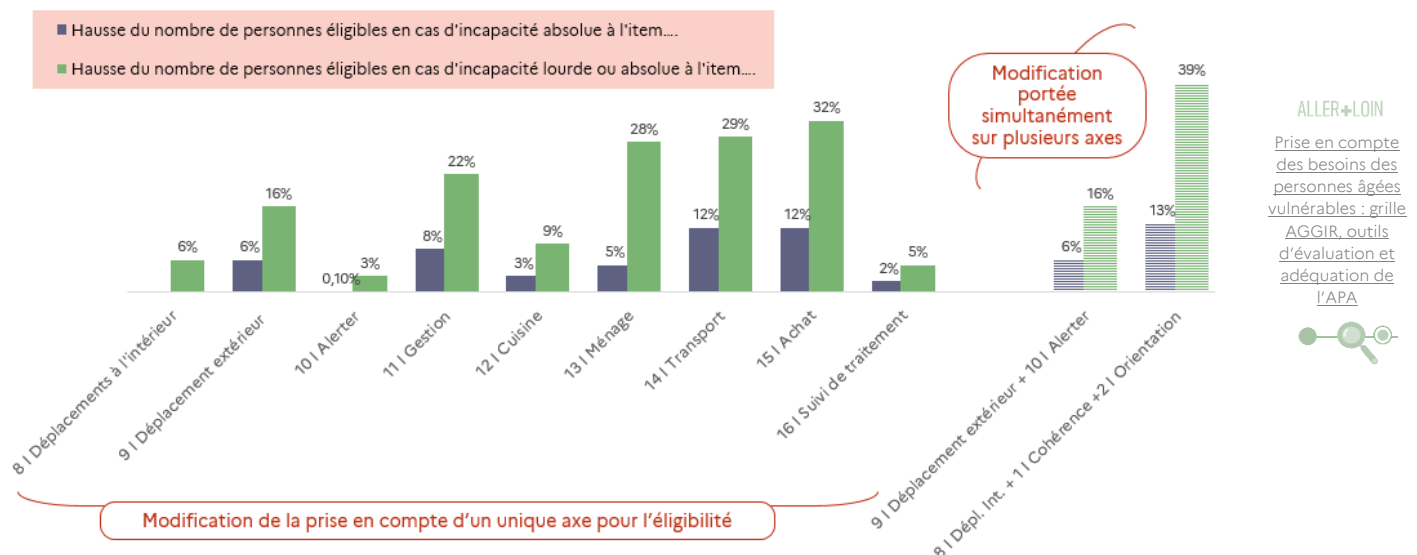
capacité à alerter. Cette mesure corrigerait l'un des aspects de la grille Aggir identifiés dès l'origine comme inadapté :

- ces items pourraient déclencher l'éligibilité dès lors qu'une restriction absolue sur ces activités est couplée à une limitation absolue dans l'une des autres activités discriminantes,
- voire même, en cas de restriction lourde ou absolue combinée à une autre restriction parmi les neuf items restants ;
- Cette extension de l'APA pourrait également être envisagée *via l'intégration de variables dites « illustratives »* dans la règle d'éligibilité.

Les analyses conduites par le Conseil de l'âge ont permis de mettre en lumière le fait que la forte prévalence des incapacités parmi les personnes âgées d'au moins 75 ans induirait, en cas de modification des critères d'éligibilité, des hausses significatives du nombre d'allocataires potentiels, naturellement variables selon les scénarios.

- D'autres scénarios, combinant **l'intégration de plusieurs items simultanément** pourraient être envisagés. Si ce n'est pas le rôle du Conseil de l'âge de se prononcer sur la pertinence de l'intégration de critères en particulier, il lui paraît opportun de traiter la question l'extension de l'éligibilité à l'APA à davantage de personnes âgées confrontées à des restrictions d'activité dans leur vie quotidienne.
- Cette extension pourrait ainsi rester fondée sur les dix-sept activités de la grille Aggir, qui présente l'avantage d'être connue et utilisée par l'ensemble des professionnels intervenant dans le champ du grand âge, ou au contraire élargie à d'autres dimensions qui pourraient alors être ajoutées parmi les critères d'éligibilité à l'APA.

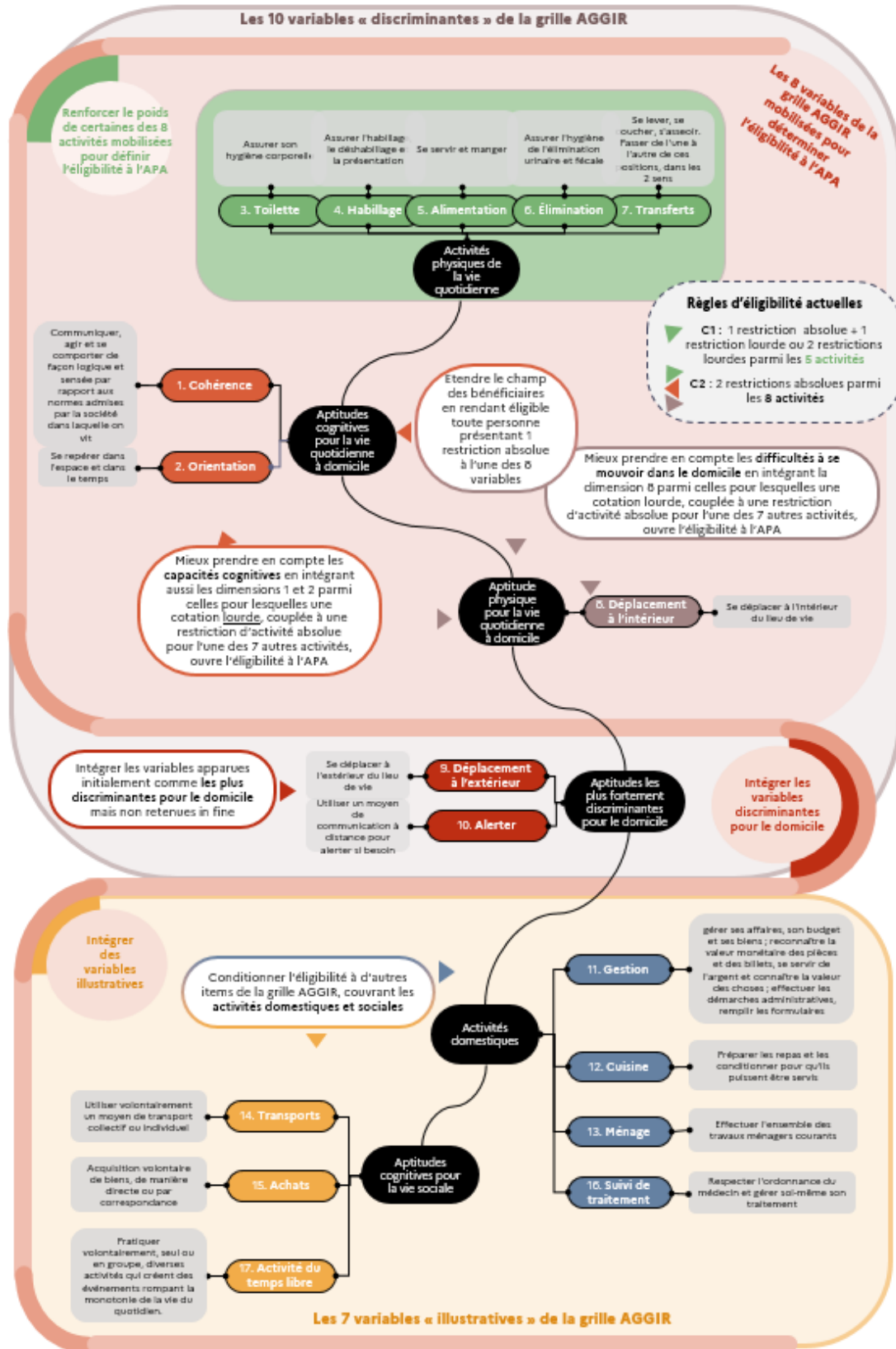
Graphique 11 | Estimation de la hausse du nombre d'allocataires sous l'effet de différentes mesures d'extension du périmètre d'éligibilité à l'APA



Source : SG HCFEA sur données Drees - enquêtes Care-M (2015).

Les augmentations sont évaluées sous l'hypothèse conventionnelle d'un maintien du taux de recours observé en 2015, soit 72 % parmi les personnes nouvellement éligibles.

Figure 12 | Pistes de mesures d'extension du périmètre de l'APA via une refonte des règles d'éligibilité



Source : SG HCFEA.



D. Etendre le bénéfice de l'APA à de nouveaux besoins

1. Prévenir les risques d'épuisement des aidants

Les proches aidants tiennent un rôle indispensable dans l'accompagnement des personnes vulnérables lorsqu'elles résident à domicile, notamment pour la coordination de l'ensemble des interventions professionnelles autour de la personne accompagnée. Ce rôle est difficile à tenir : les situations de fatigue, voire d'épuisement et de détresse ne sont pas rares, et peuvent alors avoir de graves retentissements pour la personne accompagnée (placement en urgence en institution, parfois inadapté car souvent mal préparé, formes de maltraitements...) ou pour le proche aidant (dégradation de l'état de santé ou de l'autonomie). Pourtant, les caractéristiques de l'aidance sont encore mal connues. En particulier son intensité n'est pas mesurée, ce qui réduit la capacité de repérage et de prévention des risques induits par l'aidance.

Encadré 23 | Témoignage sur l'usure des aidants

Sabine est la compagne de Jean-Jacques, 84 ans, atteint de la maladie d'Alzheimer

« Dès la fin du mois de mai 2023, Jean-Jacques s'enfoncé et la vie quotidienne devient très compliquée pour Sabine, qui s'épuise face à un comportement de plus en plus agité de son mari.

Une équipe mobile à orientation gériatrique intervient alors pour une évaluation adaptée de la situation et des conseils pratiques sur ce qu'il est possible de mettre en œuvre à cette époque. Sabine contacte une plateforme de répit (PFR) en parallèle afin de répondre à son besoin de répit, mais le refus est assez brutal et est justifié par le stade de la maladie de Jean-Jacques qui ne permettrait pas une prise en charge adaptée... Après quelques "fugues", à bout de force, les enfants de Sabine se relayent auprès de leur père car le répit est devenu indispensable.

Sabine considère que l'équipe mobile a été d'un grand secours. Mais après une nuit de juin 2023 particulièrement agitée, l'hospitalisation de Jean-Jacques est décidée : elle va durer cinq semaines avec impossibilité de retourner au domicile. À l'hôpital, au moment de l'accueil et durant toute la période d'hospitalisation, c'est comme si Sabine n'existait pas ! Elle n'en veut pas aux équipes, qui font de leur mieux compte tenu du comportement de Jean-Jacques, mais l'aidant n'est pas du tout considéré ! »

Histoire de vie recueillie par France Alzheimer, les prénoms ont été changés.

Orientation | Le Conseil de l'âge estime qu'il est impératif de sécuriser les accompagnements et prévenir les risques associés à l'aidance.

La [Stratégie aidants 2023-2027](#) annoncée en octobre 2023 consacre l'un de ses trois axes prioritaires à la problématique de l'accès des aidants à leurs droits et affirme le rôle primordial du service public de l'autonomie pour ces acteurs de l'aide informelle. Elle prévoit également des actions de repérage et de prévention, spécifiquement pour les aidants eux-mêmes âgés. D'autres mesures pourraient venir renforcer et accompagner ces actions, dans un contexte où les besoins de soutien à l'aidance vont significativement augmenter alors qu'ils sont aujourd'hui encore insuffisamment pris en compte et couverts, comme l'a montré le [rapport de l'Igas de 2022](#).

ALLER+LOIN
[Prise en compte des besoins des personnes âgées vulnérables : grille AGGIR, outils d'évaluation et adéquation de l'APA](#)



Figure 13 | Pistes de mesures pour l'accès des aidants à la prévention et aux droits



Source : SG HCFEA.

2. Prendre en compte les besoins d'aide humaine et de surveillance liés aux troubles cognitifs et comportementaux

Aucun des items de la grille Aggir ne mesure de façon autonome et explicite les besoins de surveillance et de vigilance, comme dans le cadre de la PCH, alors qu'ils peuvent nécessiter des volumes significatifs d'aide humaine, en particulier dans le cas des personnes atteintes de troubles cognitifs. Des difficultés majeures remontent ainsi en ce qui concerne le maintien à domicile de personnes connaissant un très fort besoin d'accompagnement et qui sont soit isolées, soit aidées par un aidant ou des aidants en fort risque d'épuisement ou de rupture, le plafonnement des plans d'aide APA empêchant de proposer un volume d'heures d'accompagnement humain adéquat pour ces situations.

Orientation I Le Conseil considère qu'il faut apporter des aides supplémentaires pour les personnes de plus de 60 ans dont le **besoin d'aide humaine et de surveillance**, notamment au titre d'un trouble cognitif, est important et similaire à une personne handicapée souffrant de troubles psychiques.

Ces difficultés, placées dans les perspectives de l'accélération du vieillissement démographique et du « virage domiciliaire » pourraient conduire à envisager la **création d'un volet APA dédié à la surveillance** et hors plafond, qui permettrait la prescription d'un nombre d'heures suffisant pour ces cas particuliers, ou encore à proposer un **droit d'option, au-delà de la barrière d'âge de 60 ans, entre l'APA et la PCH** (éventuellement en assurant le suivi de la personne par le service du CD en charge des personnes âgées : une ouverture dérogatoire pourrait par exemple être décidée par le président du conseil départemental sur avis conjoint de la MDPH et du service APA). Ces mesures pourraient représenter un coût significatif, en particulier la seconde, dans la mesure où un nombre conséquent de personnes parmi les actuels bénéficiaires de l'APA (ou parmi des personnes actuellement non recourantes voire inéligibles) pourraient solliciter la PCH et bénéficier alors de volume d'aides



humaines nettement supérieurs, en bénéficiant en outre de l'absence de reste à charge légal (à l'instar de la PCH).

3. Soutenir l'accès aux aides techniques ou aux adaptations du logement

Les situations dans lesquelles le plafonnement des plans d'aide APA impose un arbitrage entre l'accompagnement humain et les aides techniques ou les aménagements du logement, qui peuvent conduire à des dépenses ponctuelles coûteuses, ne sont pas rares. L'équipement technique ou les aménagements du logement sont pourtant susceptibles de réduire les besoins en heures d'aide humaine. Compte tenu des pénuries importantes en termes de ressources humaines dans le secteur médicosocial, il apparaît nécessaire de lever les contraintes en termes d'accès aux aides techniques ou aux adaptations du logement afin de renforcer l'efficacité globale de l'allocation des moyens.

Orientation I Selon le Conseil de l'âge, le modèle tarifaire de l'APA doit être aménagé afin de supprimer l'arbitrage contraint entre accompagnement humain et autres catégories d'aide.

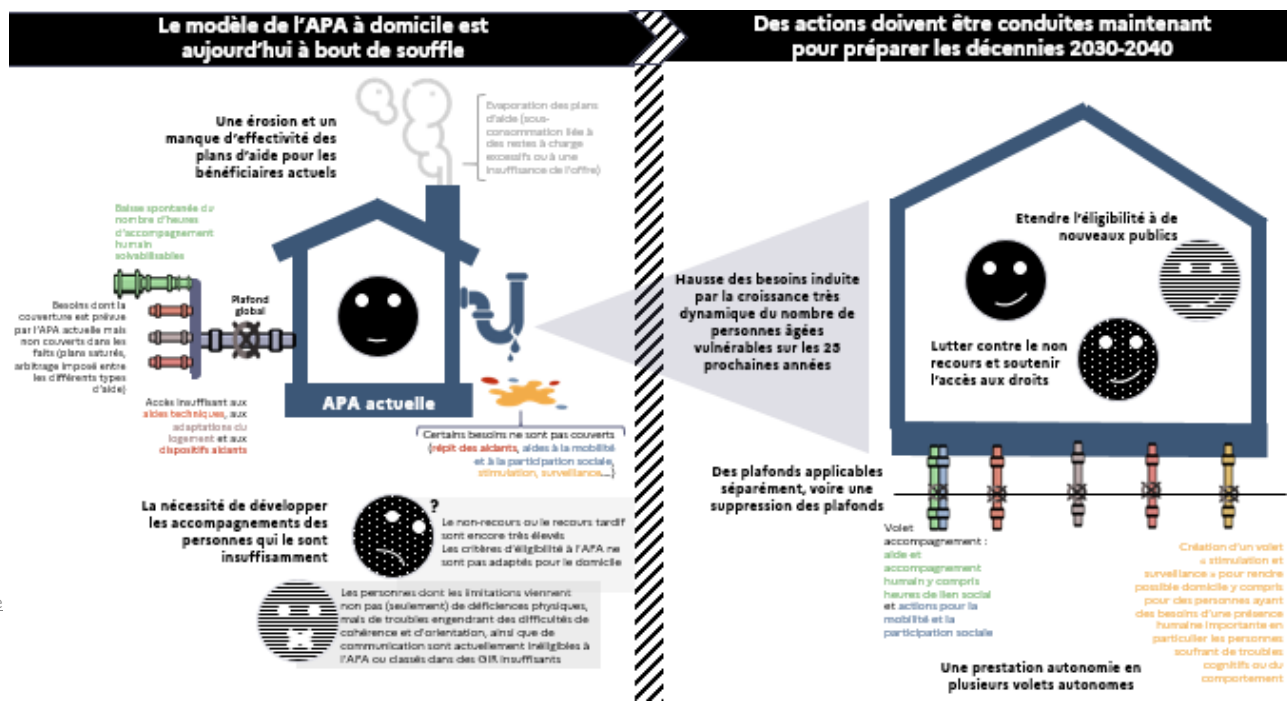
Certains départements lissent déjà ces dépenses spécifiques sur plusieurs années, permettant de contourner cette problématique. De telles pratiques pourraient être encouragées dès lors qu'elles permettent aux allocataires de l'APA d'accéder aux dispositifs répondant à leurs besoins sans pour autant avoir à renoncer aux heures d'accompagnement humain que leur situation nécessite. D'autres options pourraient être envisagées, en particulier la création de compartiments autonomes pour le financement des aides techniques, des adaptations du logement ou des dispositifs de répit ou destinés aux aidants, voir *infra*. Ces actions viendraient compléter celles favorisant la levée des freins aux recours, telles que l'information des personnes et des professionnels ou le développement de l'accompagnement humain pour l'utilisation de ces aides. Ce développement de l'utilisation des aides techniques et des solutions d'adaptation du logement représentera probablement un coût important, mais devrait se traduire par un état de santé et d'autonomie des personnes âgées durablement amélioré (et contribuer ainsi à la réduction des dépenses globales au titre du grand âge).

E. Concevoir une nouvelle prestation autonomie

La **combinaison des différentes modifications profondes** envisagées précédemment conduit à envisager une **nouvelle prestation très voisine de celle de la PCH** dans la définition du périmètre des besoins à couvrir par la solidarité collective, mais qui s'en distinguerait par une règle de partage du coût héritée de l'APA, qui pourrait éventuellement se justifier par la possibilité qu'ont eu les personnes âgées de 60 ans ou plus de garantir ou d'accumuler des ressources avant la survenue des limitations fonctionnelles. En effet, une refonte globale pourrait reposer sur la **suppression des quatre plafonds** légaux, et ce faisant, sur **l'abandon de l'outil Aggir**, le classement en GIR n'étant plus nécessaire et la règle d'éligibilité pouvant être construite de manière plus simple et transparente. Un **niveau minimum d'aide** pourrait être garanti sur l'ensemble du territoire par souci d'équité interdépartementale. Le rapprochement avec la PCH pourrait aussi concerner les dépenses éligibles à la solidarité collective et ces évolutions pourraient être mises en place par une refonte globale de l'APA, avec la **création de compartiments, pouvant être mobilisés simultanément** le cas échéant, et **ne dépendant pas du respect strict d'un plafond global** pour être pleinement actifs. Enfin, la **prise en compte des aidants** pourrait elle aussi être repensée, en clarifiant en premier lieu la doctrine de mise en œuvre ou non du **principe de subsidiarité** dans la notification des volumes horaires prévus par les plans d'aide. D'autre part, parce que la reconnaissance des aidants s'est progressivement construite à l'intérieur de dispositifs sociaux segmentés selon l'âge de la personne aidées (AEEH, PCH et APA principalement), **les aidants ne jouissent pas des mêmes droits selon l'âge de la personne aidée**. Une réflexion sur l'opportunité de reconsidérer cette segmentation pourrait alors sembler utile.

Une évolution plus profonde consisterait à concevoir une prestation unique et universelle d'autonomie⁸⁴, accessible aux personnes connaissant des déficiences ou des troubles quels qu'en soient la cause et l'âge. En termes à la fois de principes, d'équité, de lutte contre l'âgisme une telle évolution constituerait un progrès considérable.

Figure 14 | De l'APA vers une nouvelle prestation pour l'autonomie



ALLER+LOIN
Prise en compte des besoins des personnes âgées vulnérables : grille AGGIR, outils d'évaluation et adéquation de l'APA

Source : SG HCFEA.

Orientation I Le Conseil de l'âge recommande de lancer des travaux visant à concevoir et définir les modalités de mise en œuvre d'une réforme visant à remplacer l'APA par une prestation plus universelle, puissante et englobante de soutien à l'autonomie. Il prend en considération les difficultés inhérentes à la conduite de toute évolution profonde d'une prestation sociale majeure, dont il est complexe de modéliser tous les effets tant en termes de droits que de coûts. Il préconise donc, dans un premier temps et comme un premier pas vers une réforme plus globale, de corriger au plus vite les faiblesses majeures de l'APA à domicile que sont l'arbitrage imposé entre les différentes composantes des plans d'aide en raison de leur plafonnement global et le fait que les critères d'éligibilité et de classement en GIR excluent ou proposent des plans d'aide largement insuffisants pour les personnes âgées affectées par des maladies neurodégénératives, des troubles cognitifs et/ou du comportement. Il suggère pour ce faire de prolonger ses travaux par l'étude comparative des différentes options évoquées supra permettant *in fine* de largement déplafonner les différentes composantes financées par les plans d'aide APA et d'adopter une règle d'éligibilité plus simple et lisible, permettant au surplus d'inclure très largement dans son bénéfice les personnes qui connaissent une restriction absolue aux items « cohérence » et « orientation ».

⁸⁴ Il n'appartient toutefois pas au seul Conseil de l'âge de se prononcer pour une fusion APA/PCH dans une aide unique et universelle à l'autonomie « quel que soit l'âge ». Ce sujet relève également de la compétence du Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH) et du conseil de la CNSA.



IV. Poursuivre les efforts de simplification et d’organisation du système et aborder la question des disparités territoriales

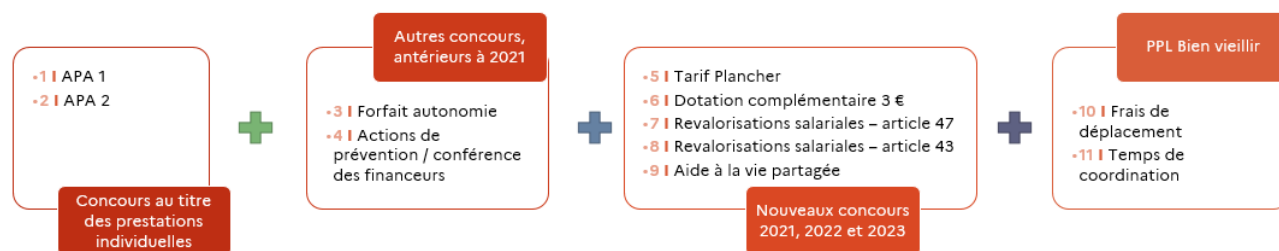
A. Poursuivre les efforts de simplification et d’organisation

La politique et les dispositifs gérontologiques et de l’autonomie sont marqués par un éclatement des dispositifs et des compétences, de par la coexistence d’une décentralisation ancienne et large au profit des collectivités territoriales, et d’interventions de l’État et de la Sécurité sociale qui restent fortes. Elle est également mise en œuvre par une multiplicité de type de structures et de services, de statut et de modalités d’intervention très divers. De nombreux articles ont illustré les conséquences de cette complexité⁸⁵, qui atteint désormais un niveau inédit, puisque même les mesures visant à simplifier ou rationaliser les politiques d’autonomie, comme la création des services autonomie à domicile⁸⁶, y contribuent.

B. Rationaliser les concours et les financements

Les propositions formulées *supra* permettraient d’améliorer l’effectivité des accompagnements à domicile, et de limiter, en le simplifiant, le surcroît de travail des professionnels en charge de l’évaluation, de la construction et du suivi des plans APA. En revanche, elles ne corrigeraient pas la complexité actuelle induite par les multiples financements qui viennent concourir à l’accompagnement d’une même personne et parfois d’un même effecteur et dont le nombre pourrait encore s’accroître sous l’effet des dispositions de la PPL Bien vieillir.

Figure 15 | Les multiples concours financier de la CNSA au titre du grand âge



Source : SG HCFEA.

La complexité et la lourdeur en gestion engendrées par ces multiples concours ne se limitent à celles supportées par la CNSA (conseil et équipes) et les départements. Elles se répercutent sur les structures et professionnels qui vont recevoir, parfois pour une même file active de personnes, parfois pour une file active différente de celles qu’ils accompagnent (crédits de prévention, CRT), une pluralité de financements venant soit des bénéficiaires de l’APA, soit du département, qui seront tantôt « de droit » (compensation des revalorisations salariales) tantôt contractualisés ou sous appel à projet.

La réforme des concours de la CNSA, annoncée pour 2025, devra être conduite selon un objectif de simplification mais aussi de cohérence par rapport aux options qui seront prises dans le cadre des deux réformes de la tarification poursuivis par le Gouvernement, celui de la fusion des sections Soins et dépendance des Ehpad, et l’expérimentation d’une tarification plus forfaitaire des Saad.

⁸⁵ [L’enchevêtrement des administrations sociales, Simplification ou coopération ?](#), Revue sociale 41/42, 2023.

⁸⁶ [Avis du Conseil de l’âge sur le projet de décret relatif aux services à domicile](#), HCFEA, 2023.

Orientation I Le Conseil de l'âge considère qu'il est nécessaire de **refondre les financements** de telle sorte que les **objectifs de politique publique** qui leur sont assignés soient lisibles et appropriables par l'ensemble des acteurs.

C. Renforcer la coordination entre les acteurs

De nombreux rapports soulignent les conséquences du **manque de coordination** entre les acteurs locaux du grand âge en termes d'**insuffisance de la prévention** et d'**inadéquation des accompagnements**. Ces constats sont partagés par les acteurs eux-mêmes, comme l'ont montré les enquêtes conduites en 2023 par le HCFEA. L'exemple de la lutte contre l'isolement des personnes âgées est à ce titre frappant : la portée des actions déployées par les différents acteurs se trouve limitée par l'inexistence de procédures d'échanges entre les CCAS en tant qu'acteurs de proximité et les CD, en tant que prescripteurs d'accompagnement. Dans le même ordre d'idée, les échanges entre les professionnels qui accompagnent les personnes au quotidien et les équipes en charge de la construction des plans d'aide doivent être systématisés pour permettre l'ajustement des plans au fil de l'évolution de la situation et des attentes de la personne accompagnée et de son entourage.

Orientation I Le Conseil de l'âge estime que des actions doivent être conduites pour faciliter une **plus grande fluidité dans le partage des informations** entre les acteurs locaux du grand âge et la coordination de leurs interventions.

Le **service public départemental de l'autonomie**⁸⁷, dont le cadre juridique est formalisé dans la proposition de loi portant mesures pour bâtir la société du bien-vieillir en France⁸⁸, constitue un levier de progrès important pour le développement des échanges entre les acteurs, la définition de « *solutions concrètes pour tous les usagers, grâce à un appui et une coordination des professionnels du social, du médicosocial et du sanitaire pour répondre aux besoins des personnes, mêmes les plus complexes* » et « *la réalisation d'actions de prévention et d'aller vers les personnes les plus vulnérables* » correspondant à deux des quatre blocs d'actions obligatoires constituant le socle de missions du SPDA.

D. Viser un système organisé autour de quatre piliers opérationnels

La promotion de l'autonomie mobilise une multiplicité d'acteurs avec diverses modalités d'intervention et de régulation au niveau local. L'accès aux droits s'en trouve complexifié, ce qui affecte la capacité des acteurs du grand âge à proposer des réponses adaptées aux besoins et aux aspirations des personnes âgées vulnérables. Plusieurs démarches ont été conduites ces dernières années pour **renforcer la capacité des professionnels à agir de concert**, afin de proposer une **réponse globale et inclusive aux personnes âgées**.

Le Conseil de l'âge estime que l'instauration d'un système opérationnel d'aide à l'autonomie des personnes âgées pourrait être étudié dans le cadre du volet « parcours » des travaux de préfiguration du SPDA, qui serait par exemple organisé autour de quatre piliers opérationnels :

- une première ligne de professionnels de la santé, du soin, de l'aide et de l'accompagnement à domicile, structurée autour des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et des futurs services autonomie à domicile (SAD) ;

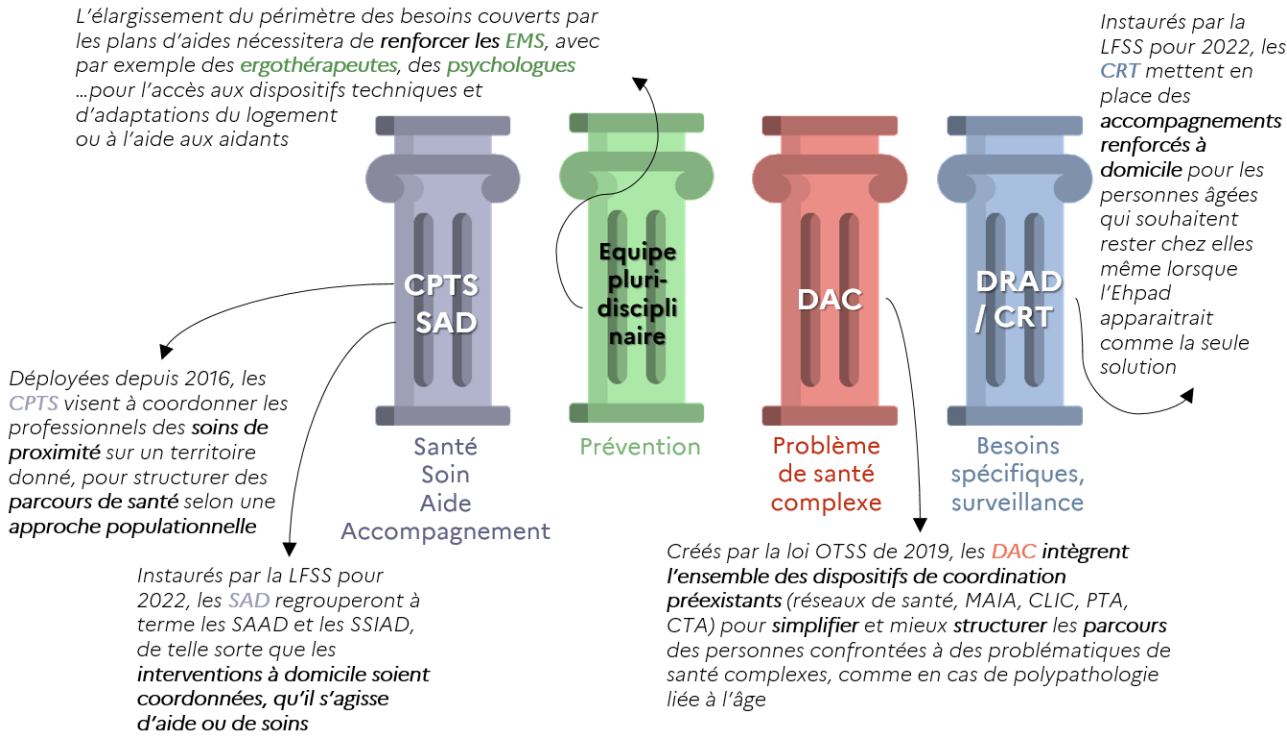
⁸⁷ [Service public départemental de l'autonomie | CNSA](#).

⁸⁸ Cette PPL a été, adoptée par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, déposée le 23 novembre 2023 et renvoyé(e) à la Commission des affaires sociales.



- des services et professionnels mobilisables à domicile pour déployer des actions de prévention de la perte d'autonomie et d'appui aux personnes et à leurs aidants, incluant les questions d'adaptation et d'équipement du domicile, assurés par des équipes pluridisciplinaires, que la personne soit éligible à l'APA ou non ;
- pour toute personne ayant une problématique de santé complexe, une gestion de parcours réalisée par une coordination de type dispositif d'appui à la coordination (DAC), fortement interfacée avec les acteurs hospitaliers (HAD, équipes mobiles de gériatrie, de soins palliatifs) ;
- pour les personnes dont le maintien à domicile est plus exigeant, notamment pour des questions d'isolement, de troubles de la cohérence ou du discernement, un appui très fort assuré par des dispositifs de type dispositif renforcé de soutien au domicile (Drad)/centre de ressource territorial (CRT).

Figure 16 | Les 4 piliers opérationnels de la politique d'autonomie



AI I FR + I OIN
Les aspects relatifs à la santé et à l'accès aux soins

Source : SG HCFEA.

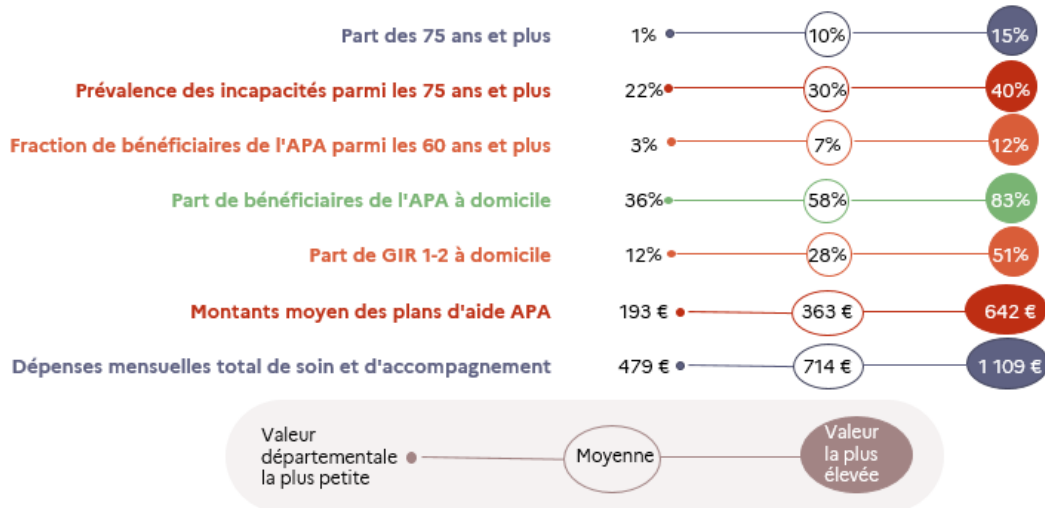
E. Aborder la question des disparités territoriales

En matière d'aides à l'autonomie, quand bien même la loi et le règlement fixent un cadre et des objectifs nationaux et définissent parfois très précisément les caractéristiques des aides ou services à apporter, d'importantes différences territoriales subsistent. Les taux de bénéficiaires de l'APA, les composantes et les montants moyens des plans d'aides sont très variables d'un département à l'autre, de même que les pratiques d'habilitation et de tarification des aides à domicile⁸⁹. La probabilité de se voir notifier un montant élevé d'APA est plus faible dans les départements comptant un nombre de place important d'Ehpad. Par ailleurs, la possibilité de pouvoir bénéficier, avec un moindre reste à charge, d'interventions de SSIAD ou de soins d'infirmiers libéraux s'ajoutant aux aides humaines financées par l'APA est très variable entre départements. Si d'un côté ces écarts

⁸⁹ Situations et perspectives départementales en termes de besoins, de recours et d'offre, HCFEA, 2023

peuvent être vus comme une opportune différenciation prenant en compte la diversité des territoires et des populations, d'un autre côté ils peuvent être appréhendés comme un facteur d'inégalités préjudiciables à certaines personnes ou opérateurs.

Graphique 12 | Ecart départementaux sur quelques indicateurs de besoins et d'offre



Source : SG HCFEA, [Situations et perspectives départementales en termes de besoins, de recours et d'offre](#).

Pour de nombreux membres du Conseil de l'âge, l'inscription, en 2020, d'un cinquième risque social au titre de l'autonomie a fait naître l'espoir d'une forme de progression vers les principes d'universalité, d'uniformité et d'unité de gestion, qui régissent d'autres champs de la protection sociale (assurance maladie, retraites). De par leur nature hybride le cinquième risque et la branche « autonomie » ne présentent pas la même « verticalité » que les autres branches de la Sécurité sociale⁹⁰. Les principes de libre administration permettent aux pilotes départementaux une latitude de décision et d'action beaucoup plus forte que n'en disposent les organismes des réseaux locaux de la Sécurité sociale. En contrepartie, les départements sont placés dans des contraintes plus fortes : bénéficiant de concours nationaux, ils ne « puisent » pas des prestations dans un fonds national qui réassureraient leurs dépenses d'autonomie (une Carsat ou une CAF paye toujours les prestations dues sur ces enveloppes nationales non fermées), et ne peuvent s'endetter pour financer leurs dépenses de fonctionnement. Par ailleurs, même les branches de la Sécurité sociale qui sont investies de la mission de développer une offre de services accessibles à tous sur l'ensemble du territoire ne disposent pas toujours des leviers ou de la capacité suffisante pour y parvenir : il n'y a qu'à constater les disparités dans l'accès aux professionnels de santé libéraux, ou à des places en crèches pour les familles.

Dans un contexte où ni la concertation Grand Âge de 2018 ni le gouvernement et le Parlement n'ont identifié et mis en œuvre de réforme conséquente vers une unification de la gouvernance et du pilotage de la politique de l'autonomie, il convient d'adopter, en tout cas à court terme, une vision pragmatique de ce que serait une convergence vers plus d'homogénéité.

⁹⁰ [La cinquième branche : mythe, réalité, objectif ? Une analyse, deux ans après...](#), Les Tribunes de la santé 2022/4 (n° 74).





- Elle passe d'abord par un **desserrement de la contrainte financière pour les départements** qui y sont le plus exposés, en raison d'un poids des dépenses d'allocations individuelles de solidarité élevé à la fois par habitant et en proportion de leur budget ou de leur potentiel fiscal. La décision annoncée par le gouvernement lors des Assises des départements 2023 de financer à 50 % toute dépense nouvelle d'autonomie portée à la charge des départements, et de remonter à 40 % le taux de couverture des dépenses d'APA et de PCH par les concours de la CNSA pourrait y contribuer.
- Ce geste annoncé pourrait s'accompagner de contreparties engageant les départements à progresser vers une plus grande homogénéité des pratiques, le cas échéant en fixant des cibles de « corridor » limitant les situations trop dispersées, comme cela avait été fait s'agissant des Ehpad pour réduire les disparités dans les valeurs fixées pour les points GIR départementaux⁹¹.
- En outre, la construction à la fois de référentiels et de systèmes d'information partagés portés par la CNSA comme le futur SI APA, sont des leviers de **rapprochement des pratiques, de « rendu-compte » et de redevabilité** des départements en termes d'efforts faits en matière de soutien à l'autonomie des personnes âgées. Plusieurs des mesures évoquées *supra* contribueraient ainsi à réduire les écarts territoriaux.
- Le futur SPDA devrait être le vecteur d'une coordination stratégique renforcée sur chaque territoire, sous le pilotage du chef de file départemental et en lien avec tous les acteurs, dont les communes et intercommunalités, les ARS et les caisses de sécurité sociale. **Un rapprochement des pratiques et situations départementales en termes d'ouverture et de contenu des plans d'aides et de financement de l'offre d'accompagnement peut légitimement en être attendu.** L'État, les départements et la CNSA ont su, dans l'autre secteur de l'autonomie, convenir d'objectifs communs pour résoudre les disparités auxquelles les personnes en situation de handicap étaient confrontées vis à vis des droits servis par les MDPH. Le Conseil de l'âge, associé au comité par la présence de plusieurs de ses membres, suivra avec beaucoup d'attention le contenu et les avancées de ce projet.

Encadré 24 | Les mesures du présent rapport susceptibles d'améliorer l'équité territoriale

Plusieurs des pistes envisagées en réponse aux orientations du Conseil de l'âge pourraient permettre de **réduire des disparités départementales** :

- Un repérage automatisé sur données administratives, couplé à une démarche d'accompagnement vers les droits, l'instauration d'un droit opposable à une évaluation multidimensionnelle, les actions de communication sur l'ensemble des prestations et aides existantes ou encore la simplification des règles d'éligibilité pourraient ainsi réduire les **inégalités en termes de recours ou d'éligibilité aux différentes composantes de l'offre** ;
- L'obligation d'usage d'un outil d'évaluation unique sur l'ensemble du territoire, couvrant un périmètre et des besoins identiques, la mesure l'intensité de l'aide, éventuellement associée à la création de droits proportionnels pour les aidants contribueraient à **limiter les écarts en termes de besoins évalués pour la construction des plans d'aide** ;
- La mise en place d'un niveau d'aide plancher pourrait permettre de **réduire la variabilité des plans d'aide** les plus légers, l'unification ou la suppression des plafonds par GIR, ou simplement leur relèvement, ou encore le lissage des dépenses techniques ou d'adaptation du logement, voire la création d'un compartiment dédié, hors plafond, sont des mesures susceptibles de **limiter les écarts en termes d'adéquation des plans d'aide APA aux besoins** ;
- La **préservation de la possibilité d'accéder sur tous les territoires** à une offre d'accompagnement par un service à domicile sans reste à charge extralégal, dans le respect du libre-choix.

⁹¹ Cinq ans après la mise en œuvre de la réforme, une forme de convergence dans les valeurs déclarées à la CNSA est bien observée.

Orientation I Le Conseil de l'âge préconise de **mesurer en continu les différences de situations territoriales** et fixer des cibles de **convergence dans le cadre de dispositions nationales** et de la mise en œuvre du SPDA. La robustesse des analyses sera conditionnée aux progrès réalisés en termes **d'appariement des données**, en particulier celles relatives aux soins (AIS, Ssiad) et aux accompagnements dans le cadre de l'APA, mais également en termes de **connaissance des tarifs pratiqués par les offreurs**.

V. Acter une augmentation de l'effort financier pour accompagner le domicile

L'adoption d'une politique du domicile qualitative et ambitieuse telle que proposée par le Conseil de l'âge nécessitera une augmentation de l'effort global de la Nation au bénéfice des personnes âgées et de leurs proches, mais aussi de la société toute entière, pour des raisons à la fois de principes de solidarité et de respect de la dignité et de contribution du secteur de l'âge au dynamisme économique et social de notre pays.

Aucune démarche structurée n'a été conduite dans la sphère publique pour projeter les dépenses de la politique du domicile à horizon 2030, et *a fortiori* à des horizons plus lointains comme 2040⁹².

Le Conseil de l'âge avait calculé en 2020 à de 13 Md€ le besoin de financements publics supplémentaires à horizon 2030 pour la politique de l'autonomie des personnes âgées. Il estime, dans son avis sur le PLFSS 2024, que l'effort engagé actuellement à un peu plus de 10 Md€ à ce même horizon et qu'à tout le moins, une partie des 3 Md€ « manquants » par rapport à son estimation pourrait être consacrée à la politique de l'autonomie et au secteur du domicile, permettant de remédier aux fortes tensions actuelles, alors même que l'impact de la transition démographique est encore faible. Ils permettraient, par la mise en œuvre des préconisations du présent rapport relatives à l'APA et à son financement, de **résoudre deux inadéquations majeures** que les constats exposés *supra* éclairent :

- **entre les besoins des personnes et la quantité d'aide qui leur est effectivement apportée.** Cette inadéquation doit être résolue de façon prioritaire pour les personnes âgées atteintes de maladies neurodégénératives et les personnes à domicile les plus isolées ;
- **entre le niveau de tarification ou de rémunération des interventions professionnelles et les coûts de ces interventions**, dans la perspective où l'attractivité doit être renforcée notamment par le levier salarial et des conditions de travail.

S'agissant de l'horizon de moyen-long terme, un exercice de modélisation des coûts futurs doit être conduit dans le cadre de la préparation de la future loi de programmation. Cette projection devrait présenter des projections des dépenses totales publiques et privées à financer sur le champ au minimum des postes de l'ENSA personnes âgées vulnérables⁹³, à l'aune de différents scénarios de politique publique en termes de lieux de vie et d'accompagnement, en fonction de principes et clé de répartition de financements constants ou à déterminer (cf. [partie 4.I](#)).

⁹² Le Haut conseil du financement de la protection sociale (HCFiPs) conduisait des exercices de projection sur le bloc de la couverture du risque « autonomie des personnes âgées » hors dépenses d'hébergement. Rapports sur les perspectives de financement à moyen-long terme des régimes de protection sociale, Premier rapport en 2014, et un deuxième en 2017 : <https://www.strategie.gouv.fr/publications/perspectives-de-financement-moyen-long-terme-regimes-de-protection-sociale>.

⁹³ Effort de la Nation en faveur du soutien à l'autonomie, calculé et présenté chaque année en annexe au PLFSS.



Les travaux récents de l'IPP, [*Perte d'autonomie des personnes âgées : quels besoins et quels coûts pour accompagner le virage domiciliaire ?*](#) donnent une base de réflexion et des ordres de grandeur en la matière, selon des hypothèses qui peuvent bien sûr être discutées et retravaillées. Elle intègre à la fois des effets volumes et hypothèses de progression des besoins, la résorption des plans d'aides sous-exécutés (que le Conseil de l'âge appelle de ses vœux), et le coût de revalorisations salariales au bénéfice des professionnels du secteur.

Encadré 25 | Synthèse de la note de l'IPP dédiée aux enjeux du virage domiciliaire

À politique publique de prise en charge inchangée, l'augmentation du nombre de bénéficiaires de l'APA conduirait à une hausse de 30 % des dépenses totales d'APA entre 2020 et 2040.

Mais le « virage domiciliaire » signifie que vivront à domicile des personnes aux besoins plus importants qu'aujourd'hui. Il nécessitera des revalorisations des salaires pour permettre le recrutement de professionnels. En intégrant ces changements, la dépense totale d'APA augmenterait de 4,8 Md€ d'ici à 2040, soit 80 % par rapport à 2020 (en euros réels). Ces nouveaux besoins pourraient également se traduire par une diminution de la sous-exécution des plans d'aide d'APA notifiés. En supposant que les plans d'aide notifiés sont exécutés en totalité, les dépenses d'APA pourraient quasiment doubler entre 2020 et 2040 pour atteindre 12,4 Md€. Selon ces travaux, à l'horizon 2040, une politique d'accompagnement du virage domiciliaire de ce type coûterait 4,6 Md€ de plus que celle à prise en charge inchangée, soit 60 % de plus.

À l'évidence, la question des ressources qui pourraient être mobilisées pour assurer un système où les financements publics accompagnent largement la progression des dépenses, et de la part qui peut ou doit relever de financement privé, se posera.

De nombreuses pistes ont été évoquées ces quinze dernières années, dans plusieurs rapports, dont encore récemment [*La branche autonomie : périmètre, gouvernance et financement*](#) ou le [*rapport sur le reste à charge en Ehpad*](#). Le conseil économique, social et environnemental (Cese) apportera bientôt une nouvelle contribution sur cette question du financement de la perte d'autonomie.

Deux points sont importants à signaler :

- **l'ensemble des dépenses d'adaptation de la société au vieillissement ne doit pas peser sur la seule branche autonomie** et sur les financeurs que sont notamment les départements. L'ensemble des secteurs de la société doit y prendre sa part (secteur du logement, des transports, etc.) ;
- une politique qualitative de l'autonomie à domicile des personnes âgées, incluant un **volet prévention fort** – est un facteur d'efficacité de la dépense publique et privée, et peut éviter des coûts et engendrer des économies sur d'autres dépenses sociales, notamment de santé et d'assurance maladie, comme des rapports du HCaam et les études de l'Irdes l'ont démontré. À ce dernier titre, il ne semblerait pas anormal de le prendre en compte pour considérer qu'un effort plus conséquent en faveur de la politique de l'autonomie à domicile est une politique d'investissement social, et de la faire bénéficier d'une partie du retour sur investissement qu'elle favorise.

Table des illustrations

Encadré 1 Définition du périmètre des personnes âgées	11
Encadré 2 Avis du Conseil de l'âge sur la terminologie du Grand Âge (2019).....	14
Encadré 3 Évaluation des besoins et attribution des aides pour l'aménagement du logement dans le cadre de l'APA	19
Encadré 4 Le viager solidaire porté par la société coopérative Les 3 colonnes.....	22
Encadré 5 Les innovations des équipes de recherche de l'INRIA	23
Encadré 6 Les principales offres d'habitat intermédiaire	26
Encadré 7 Les colocations Alzheimer et les maisons partagées en colocation Âges et Vie	28
Encadré 8 L'établissement Hector Berlioz de Bobigny.....	30
Encadré 9 Conditions d'accès à l'Ehpad avant 60 ou 65 ans	31
Encadré 10 Initiatives conduites auprès de personnes avec de fortes restrictions dans les actes de la vie quotidienne.....	32
Encadré 11 Synthèse des éléments présentés dans les avis du HCFEA et du HCaam de 2018, en réponse à la saisine de la ministre des Solidarités et de la Santé	34
Encadré 12 Exemples de SOSMS de générations différentes.....	35
Encadré 13 L'analyse des besoins sociaux (ABS).....	36
Encadré 14 Les enseignements de l'enquête conduite par le Conseil de l'âge concernant l'usage des outils d'évaluation par les EMS, et leurs besoins complémentaires	38
Encadré 15 La barrière linguistique et les difficultés d'accès aux droits	42
Encadré 16 Le service civique solidarité séniors	44
Encadré 17 Les enseignements des études du Crédoc concernant la mobilité des personnes âgées	45
Encadré 18 Le rôle grandissant des caisses de retraite dans le repérage et la prévention	52
Encadré 19 Les résultats de l'enquête du Conseil de l'âge auprès des CCAS et Cias.....	53
Encadré 20 Difficultés rencontrées par les EMS concernant la prescription d'aides techniques ou d'aide à l'accueil temporaire dans les plans APA	60
Encadré 21 Témoignages d'aidants, France Alzheimer	61
Encadré 22 Illustration : cas d'un Alzheimer sévère	63
Encadré 24 Témoignage sur l'usure des aidants	76
Encadré 25 Les mesures du présent rapport susceptibles d'améliorer l'équité territoriale	84
Encadré 26 Synthèse de la note de l'IPP dédiée aux enjeux du virage domiciliaire	86
Figure 1 Les attentes des Français pour « bien vieillir ».....	13
Figure 2 Les 6 grandes dimensions de l'autonomie	34
Figure 3 Les risques associés à l'isolement social des personnes âgées	40
Figure 4 Les déperditions d'information concernant le risque d'isolement social.....	40
Figure 5 Les attentes des acteurs de terrain concernant la coordination au niveau local	41
Figure 6 Description des principaux intervenants au sein des dispositifs de lutte contre l'isolement.....	42
Figure 7 Les différentes composantes de l'action sociale des régimes de base	51
Figure 8 Les éléments et points d'arbitrage préalables à la publication d'une loi de programmation	66
Figure 9 Les différents modes d'effectation des heures d'aide humaine	70
Figure 10 Pistes de mesures susceptibles de préserver le pouvoir d'achat de l'APA	71
Figure 11 Pistes de mesures susceptibles d'améliorer l'effectivité des plans d'aide	72
Figure 12 Pistes de mesures d'extension du périmètre de l'APA via une refonte des règles d'éligibilité	75



Figure 13 | Pistes de mesures pour l'accès des aidants à la prévention et aux droits 77

Figure 14 | De l'APA vers une nouvelle prestation pour l'autonomie 79

Figure 15 | Les multiples concours financier de la CNSA au titre du grand âge..... 80

Figure 16 | Les 4 piliers opérationnels de la politique d'autonomie 82

Graphique 1 | Progression du nombre de personnes âgées de 75 ans et de la proportion d'entre elles présentant des incapacités d'une décennie à l'autre d'ici 2050..... 12

Graphique 2 | Population âgée de 60 ans, avec ou sans incapacités en 2023 17

Graphique 3 | Part des personnes vivant en « ménage ordinaire » parmi la population âgée de 60 ans en 2023 18

Graphique 4 | Répartition des ménages par statut d'occupation selon l'âge de la personne de référence en 2020 18

Graphique 5 | Bilan de l'utilisation des crédits de la CFPPA 24

Graphique 6 | Répartition des personnes âgées de 60 à 74 ans présentant des incapacités selon le lieu de résidence..... 30

Graphique 7 | Taux d'isolement relationnel selon la classe d'âge 39

Graphique 8 | Évolution comparée de la progression des dépenses d'aide sociale à destination des personnes âgées et de la dépense totale d'aide sociale. Base 100 = 1999 55

Graphique 9 | Comparaison des équivalents-heures mensuels finançables par les plafonds APA à l'origine et aujourd'hui 57

Graphique 10 | Part d'allocataires sous-consommant leur plan d'aide selon le GIR (%) 58

Graphique 11 | Estimation de la hausse du nombre d'allocataires sous l'effet de différentes mesures d'extension du périmètre d'éligibilité à l'APA 74

Graphique 12 | Ecart départementaux sur quelques indicateurs de besoins et d'offre 83

Liste des sigles et acronymes

- AGGIR** | Autonomie Gérontologique et Groupe Iso Ressources
- ANAH** | Agence nationale de l'habitat
- ANCOLS** | Agence nationale de contrôle du logement social
- ANCT** | Agence nationale de cohésion des territoires
- APA** | Allocation personnalisée pour l'autonomie
- ARS** | Agence régionale de santé
- ASV** | Adaptation de la société au vieillissement (Loi)
- CCAS** | Centre communal d'action sociale
- CCSS** | Commission des comptes de la sécurité sociale
- CD** | Conseils départementaux
- CDCA** | Conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie
- CDI** | Contrat à durée indéterminée
- CHU** | Centre hospitalo-universitaire
- CESE** | Conseil Économique Social et Environnemental
- CFPPA** | Conférence des financeurs de la prévention de la « perte d'autonomie »
- CIAS** | Centre intercommunal d'action sociale
- CLIC** | Centre local d'information et de coordination gérontologique
- CNAV** | Caisse nationale d'assurance vieillesse
- CNSA** | Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
- COG** | Convention d'objectifs et de gestion
- CPAM** | Caisses primaires d'assurance maladie
- CPTS** | Communautés professionnelles territoriales de santé
- CREDOC** | Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie
- CRT** | Centre de ressources territorial
- DAC** | Dispositif d'appui à la coordination
- DGCS** | Direction générale de la cohésion sociale
- DRAD** | Dispositif renforcé de soutien à l'autonomie
- DREES** | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
- EHPAD** | Etablissement d'hébergement pour personnes âgées "dépendantes"
- EMS** | Equipes médicosociales des départements (en charge de l'évaluation APA)
- ENSA** | Effort national en faveur du soutien à l'autonomie
- ESA** | Equipes spécialisées Alzheimer
- ETP** | Equivalent temps plein
- FALC** | Facile à lire et comprendre
- FIAPA** | Fédération Internationale des Associations des Personnes Âgées
- GIR** | Groupe iso-ressources
- HAD** | Hospitalisation à domicile
- HAS** | Haute autorité de santé
- HCAAM** | Haut-Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie
- HCFEA** | Haut Conseil de l'enfance, de la famille et de l'âge
- IGA** | Inspection générale de l'administration
- IGAS** | Inspection générale des affaires sociales
- INRIA** | Institut national de recherche en sciences et technologies du numérique
- INSEE** | Institut national de la statistique et des études économiques
- IP** | Institutions de prévoyance
- IPP** | Institut des politiques publiques
- LIVIA** | Lieux de vie et autonomie (modèle Drees)



- MAIA** | Méthodes d'Action Intégration Autonomie
- MAS** | Maison d'accueil spécialisée
- MDPH** | Maison départementale des personnes handicapées
- MPA'** | Ma Prime adapt'
- MTP** | Majoration tierce personne
- OSCAR** | Offre de services coordonnée pour l'accompagnement de ma retraite
- PAP** | plans d'aides personnalisés
- PASA** | Pôles d'activité et de soins adaptés
- PCH** | Prestation compensatoire handicap
- PDH** | Plan départemental de l'habitat
- PLFSS** | Projet de loi de financement de la sécurité sociale
- PLH** | Plan local de l'habitat
- PRIAC** | programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
- ROR** | Répertoire opérationnel des ressources
- SAAD** | Services d'aide et d'accompagnement à domicile
- SAD** | Services autonomie à domicile
- SAVS** | Services d'accompagnement à la vie sociale
- SC2S** | Service civique solidarité séniors
- SCOT** | Schéma de cohérence territoriale
- SG HCFEA** | Secrétariat général du Haut conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge
- SOSMS** | Schéma d'organisation sociale et médicosociale
- SPDA** | Service public départemental de l'autonomie
- SSIAD** | Services de soins infirmiers à domicile
- UCC** | unité cognitivo-comportementale
- UHR** | unités d'hébergement renforcé
- UVA** | unité de vie Alzheimer



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

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

Retrouvez nos dernières actualités sur :

www.hcfea.fr



Le HCFEA est membre du réseau France Stratégie (www.strategie.gouv.fr)

Adresse : 78-84 rue Olivier de Serres, Tour Olivier de Serres, 75015 PARIS

Adresse postale : 78-84 rue Olivier de Serres, Tour Olivier de Serres, CS 59234, 75739 PARIS cedex

