



CONCERTATION

Grand âge et autonomie

DOSSIER DE PRESSE

28 mars 2019



RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ



Emmanuel Macron
Président de la République

« Le vieillissement de notre population soulève un (...) défi, (...) celui du grand âge, de la dépendance, sujet qui, tout à la fois, nous bouleverse, et que beaucoup d'entre nous voudraient tenir à l'écart (...).

La dépendance est là, et ce nouvel âge vulnérable de la vie est en train de s'installer. Ne pas le voir ou considérer que ce serait l'affaire de quelques-uns, c'est ne pas nous traiter dignement nous-mêmes, c'est ne pas traiter dignement les femmes et les hommes qui, une fois encore, ont la charge au quotidien de femmes et d'hommes qui vivent parfois leurs dernières heures, leurs dernières semaines, et dont ils sont, celles et ceux qui les soignent, bien souvent, la dernière famille ».

Discours devant le congrès de la Mutualité Française le 13 juin 2018 à Montpellier

« La solidarité nationale se traduit (...) dans l'aide que nous devons de manière inconditionnelle aux plus fragiles (...).

Ce que nous avons vu ces dernières années émerger, c'est un nouveau risque social auquel nous serons toutes et tous confrontés et une part de l'angoisse que j'entends de nos concitoyens les plus âgés n'est pas simplement l'angoisse pour eux-mêmes et leur retraite, c'est l'angoisse pour ce qu'ils vont devenir ou ceux dont ils ont souvent la charge. Il nous faut donc construire pleinement le financement et l'organisation de ce nouveau risque social (...). C'est pourquoi l'année 2019 sera consacrée à ce travail. »

Discours devant le Parlement réuni en Congrès le 9 juillet 2018 à Versailles

SOMMAIRE



Édito.....	6
Grand Âge : le temps d'agir	7
Un calendrier resserré pour s'engager résolument dans une politique volontariste	9
Des propositions élaborées avec les personnes et les acteurs concernés.....	10
Grand Âge et autonomie : les chiffres clés	14
Les 10 propositions clés.....	16
Concertation nationale : des constats partagés	17
Une demande de transformation en profondeur	19
Un investissement urgent dans l'attractivité des métiers	22
175 propositions pour passer de la gestion de la dépendance au soutien à l'autonomie	25
Un préalable : Changer de regard sur la personne âgée et affirmer sa citoyenneté pleine et entière	27
Les propositions en chiffres clés	30
Financement et gouvernance.....	56
Financer un nouveau risque de protection sociale	57
Pour une gouvernance clarifiée et partenariale	62

ÉDITO



Agnès Buzyn

Ministre des Solidarités
et de la Santé

Fruit d'une concertation sans précédent dans le champ du grand âge et de l'autonomie, le rapport de Dominique Libault était très attendu.

Cette concertation, autant que le grand débat national qui a vu s'exprimer nombre d'inquiétudes sur la prise en charge de nos aînés, est le signe d'une prise de conscience collective majeure. Elle est, je le crois, le ferment d'une grande transformation.

Car le rapport met en lumière l'ampleur du défi que nous devons relever ensemble. La société française de 2050, dans laquelle près de 5 millions de Français auront plus de 85 ans et dans laquelle le nombre d'aînés en perte d'autonomie aura presque doublé, cette société se construit aujourd'hui.

Dans les semaines qui viennent et conformément à l'horizon fixé par le Président de la République, nous prendrons le chemin d'une réforme historique qui jettera les bases du système de demain tout en répondant aux urgences d'aujourd'hui.

Mon ambition, c'est de ne plus laisser les personnes âgées et leurs proches désemparés, et de ne plus les condamner à l'improvisation dans l'urgence.

Mon ambition, c'est de faire des métiers du grand âge ce qu'ils doivent être : une filière d'avenir, reconnue pour son utilité sociale majeure.

Mon ambition, c'est de faire du grand-âge ce qu'il doit être fondamentalement : un moment privilégié, serein et apaisé. Un moment dont la liberté et la joie ne sont pas exclues. Un moment qui ne se vit plus dans la solitude.

Cette grande ambition exige de grandes transformations : il nous faut bâtir une architecture nouvelle, une couverture publique du risque de dépendance financée par la solidarité nationale.

Nous respecterons l'horizon fixé par le Président de la République. Cette réforme sera, sans nul doute, l'une des grandes réalisations de ce quinquennat.

GRAND ÂGE : LE TEMPS D'AGIR



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

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

Ce manque de visibilité et d'organisation de la représentation, conjugué aux difficultés des finances publiques, et notamment des finances sociales, dans les dernières décennies, peut expliquer sans l'excuser le retard pris par notre pays, en dépit de

plans successifs, pour reconstruire une politique de la longévité, notamment en prévision de l'accroissement à venir très significatif du nombre des personnes âgées dans notre société.

La concertation Grand âge et autonomie qui vient d'avoir lieu s'est traduite par des contributions très riches et convergentes de la part de tous les acteurs. Ce rapport en est la traduction la plus fidèle possible.

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

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

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

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

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

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

Dominique LIBAULT

Pilote de la concertation Grand âge et autonomie

UN CALENDRIER RESSERRÉ POUR S'ENGAGER RÉSOLUMENT DANS UNE POLITIQUE VOLONTARISTE

Mai 2018 : la ministre des Solidarités et de la Santé fixe une feuille de route pour apporter des réponses immédiates au secteur du grand âge et lancer une réflexion pour assurer une réponse durable au risque de perte d'autonomie lié l'âge.

Juin 2018 : le Président de la République annonce l'organisation d'un débat public et d'une loi sur le grand âge et l'autonomie.

Septembre 2018 : le Premier Ministre confie à Dominique Libault la mission de mener à bien une concertation avec l'ensemble des acteurs du grand âge et de faire des propositions de réforme.

Octobre 2018 : la ministre des Solidarités et de la Santé ouvre la concertation nationale « grand âge et autonomie ».

Février 2019 : les 10 ateliers de la concertation « grand âge et autonomie » rendent leurs travaux, nourris des forums régionaux, de la consultation citoyenne, de la parole des personnes âgées, des aidants et des professionnels.

Mars 2019 : Dominique Libault remet 175 propositions à la ministre des Solidarités et de la Santé pour une politique forte et nouvelle du grand âge en France.



DES PROPOSITIONS ÉLABORÉES AVEC LES PERSONNES ET LES ACTEURS CONCERNÉS

10 ATELIERS AYANT REMIS PLUS DE 150 PROPOSITIONS

D'octobre 2018 à février 2019, 10 ateliers ont réuni les acteurs du grand âge. Plus de 150 contributeurs, élus locaux ou nationaux, représentants d'associations, personnes concernées, membres d'administration, professionnels de la santé, du social et du médico-social... Chaque atelier, coprésidé par un représentant d'administration et une personnalité reconnue dans son domaine, a étudié une problématique spécifique :

Gouvernance et pilotage. Coprésidents : Benjamin Ferras, personnalité qualifiée, et Marie Tamarelle, députée LREM de l'Eure

Panier de biens et services et reste à charge. Coprésidents : Jean-Philippe Viquant, Direction générale de la cohésion sociale, directeur général et Laurence Assous, personnalité qualifiée

Nouveaux financements. Coprésidents : Mathilde Lignot-Leloup, Direction de la sécurité sociale, directrice et Jean-Luc Tavernier, directeur général de l'INSEE

Parcours des personnes âgées. Coprésidents : Dominique Libault, pilote de la concertation grand âge et autonomie et Geneviève Mannarino, vice-présidente du Conseil départemental du Nord

Prévention et bien vieillir. Coprésidents : Stéphane Corbin, Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et Jean-Pierre Aquino, délégué général de la Société Française de gériatrie et de gérontologie

Métiers. Coprésidents : Mathias Albertone, Direction générale de l'offre de soins et Alice Casagrande, personnalité qualifiée

Aidants, familles et bénévolat. Coprésidentes : Cécile Tagliana, Direction générale de la cohésion sociale et Annie Vidal, députée LREM de Seine-Maritime

Offre de demain pour les personnes âgées en perte d'autonomie. Coprésidents : Anne Burs-
tin, Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et Marc Bourquin, ARS Ile-de-France

Cadre de vie et inclusion sociale. Coprésidents : Marie-Caroline Bonnet-Galzy, personnalité qualifiée et Mathieu Klein, président du Conseil départemental de Meurthe-et-Moselle

L'hôpital et la personne âgée. Coprésidents : Sylvie Escalon, Direction générale de l'offre de soins et Philippe Vigouroux, directeur général du CHU de Bordeaux

Les 10 ateliers ainsi qu'un groupe de travail consacré aux systèmes d'information et aux données ont réalisé plus de 200 auditions et analysé une centaine de contributions écrites.

Un **conseil d'orientation**, présidé par Dominique Libault, **et un comité scientifique**, présidé par le professeur Bruno Vellas, ont piloté les travaux et formulé leurs recommandations tout au long de la concertation.

La mission Grand âge et autonomie s'est également rendue à Berlin en décembre 2018 et à Stockholm en janvier 2019 dans une démarche d'analyse et de recueil des bonnes pratiques en comparaison internationale.



PLUS DE 100 RENCONTRES BILATERALES TOUT AU LONG DE LA CONCERTATION

Des rencontres bilatérales avec les principaux acteurs, notamment les partenaires sociaux et les professionnels de santé, ont permis de nourrir la réflexion pour l'élaboration du diagnostic, des orientations et des propositions d'action.

DES FORUMS POUR FAIRE REMONTER LES ATTENTES ET LES IDÉES DES TERRITOIRES

Cinq forums régionaux ont été organisés entre novembre 2018 et janvier 2019 en Hauts-de-France, Martinique, Normandie, Nouvelle-Aquitaine et Provence Alpes-Côte d'Azur. Ces forums ont également été l'occasion de visiter plusieurs structures locales.

Ces journées de travail ont permis de rencontrer plus de **500 acteurs locaux** du grand âge sur 4 thèmes :

- Comment mieux travailler ensemble ?
- Quelle organisation territoriale optimale au regard des caractéristiques diverses des territoires ?
- Comment être innovant et promouvoir l'innovation ?
- Comment co-construire avec les personnes âgées et les aidants et faire vivre leurs droits ?



UNE LARGE CONSULTATION CITOYENNE « COMMENT MIEUX PRENDRE SOIN DE NOS ÂÎNÉS ? »

Entre octobre et décembre 2018, **414 000 participants ont posté 18 000 propositions** sur le site make.org pour répondre à la question « *Comment mieux prendre soin de nos aînés ?* ». Au total, **1,7 million de votes** ont été enregistrés. Cette consultation a mobilisé des citoyens venus de toute la France et de toutes les tranches d'âge.



Quatre grandes priorités se dégagent de ces propositions :

- Améliorer les conditions de travail et de vie des professionnels et des proches aidants
- Accroître la qualité et la variété de l'offre de lieux de vie
- Réduire le coût de la prise en charge en établissements et à domicile
- Renforcer l'accès à la santé pour les personnes âgées

DONNER LA PAROLE AUX PERSONNES ÂGÉES EN PERTE D'AUTONOMIE, AUX AIDANTS ET AUX PROFESSIONNELS

Pour nourrir la concertation, 16 focus groups et 54 entretiens individuels ont été réalisés entre novembre 2018 et janvier 2019 par Kantar Public. Ils ont réuni 140 personnes (personnes âgées en perte d'autonomie, jeunes seniors autonomes, professionnels et aidants familiaux). Au-delà de leur ressenti et de leurs inquiétudes, ils ont formulé 10 grandes orientations pour la future réforme :

- Transformer le regard porté sur le grand âge
- Réformer le système de santé pour un maintien à domicile plus facile, plus efficient et plus accessible
- Rendre les métiers du grand âge attractifs
- Soutenir les proches aidants pour soulager leur charge
- Repenser le modèle de prise en charge en EHPAD
- Développer des modes d'hébergement alternatifs
- Financement : assurer l'égalité de traitement sur l'ensemble du territoire et l'équité dans l'accès aux soins

GRAND ÂGE ET AUTONOMIE : LES CHIFFRES CLÉS

Démographie



4,8 millions

de personnes de 85 ans et plus en 2050.

x3,2

augmentation du nombre de personnes de 85 ans et plus entre 2017 et 2050.

Perte d'autonomie



2,2 millions

de personnes en perte d'autonomie en 2050, contre 1,3 million en 2017.

40% des personnes qui décèdent en France ont connu la perte d'autonomie.

Dépenses publiques



30 Mds €

consacrés à la prise en charge de la perte d'autonomie en 2014, dont 80% de dépenses publiques.

Métiers du grand âge



830 000 équivalents

temps plein employés auprès de personnes âgées en perte d'autonomie.

63 % des EHPAD déclarent avoir au moins un poste non pourvu depuis 6 mois ou plus.

Accompagnement à domicile



760 000 personnes âgées bénéficient de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile.

60 % des bénéficiaires de l'APA vivent à leur domicile.

Accompagnement en EHPAD



21 % des personnes de plus de 85 ans vivent en établissement.

7 573 EHPAD accueillent chaque année 608 000 résidents.

50 % des places en EHPAD dans le secteur public, 28 % dans le secteur privé non lucratif, 22 % dans le secteur privé lucratif.

Aidants



3,9 millions de personnes apportent une aide régulière à un proche de 60 ans ou plus vivant à domicile en raison de son âge ou d'un problème de santé.

Manque d'informations



72,5 % des Français jugent qu'ils sont mal informés des dispositifs d'aide et de prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie.

Reste à charge



60 € / mois : reste à charge moyen après aides et crédit d'impôt pour une personne âgée en perte d'autonomie vivant à son domicile.

1 850 € / mois : reste à charge moyen après aides et réduction d'impôt pour une personne âgée en perte d'autonomie vivant en EHPAD.

Hôpital



33 % des patients hospitalisés pendant l'année 2017 ont plus de 65 ans.

40 % des personnes de plus de 80 ans ont connu au moins un séjour hospitalier en 2017.

Isolement



50 % des personnes de plus de 75 ans n'ont plus de réseau amical actif.

Sources : DREES, Comité consultatif national d'éthique, ateliers de la concertation.

LES 10 PROPOSITIONS CLÉS



- 1. La création d'un guichet unique pour les personnes âgées dans chaque département**, avec la mise en place des Maisons des aînés et des aidants
- 2. Un plan national pour les métiers du grand âge** pour lancer une mobilisation large, dans la durée, en faveur de l'attractivité des métiers du grand âge et d'une meilleure structuration de la filière
- 3. Un soutien financier de 550 millions d'euros pour les services d'aide et d'accompagnement à domicile**, afin d'améliorer le service rendu à la personne âgée et de revaloriser les salaires des professionnels
- 4. Une hausse de 25 % du taux d'encadrement en EHPAD d'ici 2024 par rapport à 2015**, soit 80 000 postes supplémentaires en proximité de la personne âgée, pour une dépense supplémentaire de 1,2 milliard d'euros
- 5. Un plan de rénovation des locaux de 3 milliards d'euros sur 10 ans** pour les EHPAD et les résidences autonomie
- 6. Améliorer la qualité de l'accompagnement et amorcer une restructuration de l'offre, en y consacrant 300 millions d'euros par an**, vers une plus forte intégration entre domicile et établissement, pour des Ehpad plus ouverts sur leur territoire
- 7. Une baisse du reste à charge mensuel de 300 € en établissement pour les personnes modestes** gagnant entre 1000 et 1600 € par mois
- 8. Une mobilisation nationale pour la prévention de la perte d'autonomie**, avec la sensibilisation de l'ensemble des professionnels et la mise en place de rendez-vous de prévention pour les publics fragiles
- 9. L'indemnisation du congé de proche aidant et la négociation obligatoire dans les branches professionnelles** pour mieux concilier sa vie professionnelle avec le rôle de proche aidant
- 10. La mobilisation renforcée du service civique et, demain, du service national universel**, pour rompre l'isolement des personnes âgées et favoriser les liens intergénérationnels



CONCERTATION NATIONALE : DES CONSTATS PARTAGÉS

LE DÉFI DE L'AVANCÉE EN ÂGE EST DEVANT NOUS



Le défi démographique du grand âge. La hausse de l'espérance de vie et l'arrivée des premières générations du baby boom posent avec acuité la question de la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie : après être passée de 6,6 % en 1990, à 9,1 % en 2015, **la part des 75 ans et plus atteindra 14,6 % de la population française en 2040.**

Une performance médiocre en matière d'espérance de vie en bonne santé : si l'espérance de vie des Français compte parmi les plus élevées d'Europe, à 65 ans, une femme peut espérer vivre encore près de 23,7 années mais à peine 10,6 en bonne santé contre 16,6 en Suède ou 12,4 en Allemagne. Nul ne peut se sentir non concerné : **sur 10 personnes qui décèdent en France, 4 ont connu la perte d'autonomie**, dont 2 de façon sévère. Trois ont vécu leurs derniers jours en établissement.

40 000 personnes âgées en perte d'autonomie de plus par an à compter de 2030. Même si les progrès de la médecine, la prévention et l'amélioration des conditions de vie devraient contribuer à faire diminuer la prévalence, la hausse annuelle du nombre de personnes âgées en perte d'autonomie devrait doubler entre aujourd'hui et 2030, passant de 20 000 à 40 000 par an. **Leur nombre s'élèverait à 2 235 000 en 2050, contre 1 265 000 en 2015.**

UNE DEMANDE DE TRANSFORMATION EN PROFONDEUR



Les Français se prononcent très majoritairement en faveur du domicile, qui permet de conserver une sphère de liberté et d'éviter le déracinement souvent associé à l'Ehpad.

Une attente forte d'amélioration de la qualité en établissement : les résidents disent pour beaucoup souffrir de leur quotidien, regrettant d'être coupés de leur « vie d'avant ». Le sentiment d'une dégradation de la qualité du service rendu s'exprime fortement. C'est aussi la **perception d'une inégalité entre les établissements, les territoires** et l'absence d'information publique fiable quant à la qualité de la prise en charge.

Le besoin d'être chez soi, quel que soit son lieu de vie : l'entrée en Ehpad est trop souvent vécue comme une exclusion. 40 % des Français qui ont un proche concerné pensent que le processus d'entrée en maison de retraite va se faire contre l'accord de celui-ci et **80 % pensent qu'entrer en Ehpad signifie perdre sa liberté de choix. Les Français âgés veulent se sentir comme « chez soi ».**

Une demande forte de simplification du système de prise en charge pour sortir de ce qui a été souvent qualifié de « parcours du combattant ». La complexité, vécue souvent dans des moments de ruptures et dans un contexte d'urgence, s'exprime dans **l'accès à l'information, l'orientation et les démarches administratives mais aussi dans l'accompagnement lui-même.**

L'attente d'une plus grande égalité de traitement entre les territoires et les structures de prise en charge apparaît nettement : les disparités dans le niveau de prestations, dans la qualité du service rendu ou dans les méthodes d'évaluation des besoins des personnes apparaissent difficilement justifiables aux yeux des Français.

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

Un effort public en hausse constante : En 2017, les dépenses pour la prise en charge des personnes âgées ont représenté 11 Md€ pour l'assurance maladie et 7,3 Md€ pour les départements, en hausse respectivement de 47 % et de 18 % depuis le début des années 2000. Si la part de la richesse nationale consacrée à cette problématique a crû nettement, elle a essentiellement concerné l'accueil en établissement (87 % des nouveaux financements de l'assurance maladie et 75 % de ceux des départements). Côté domicile, la loi d'adaptation de la société au vieillissement (ASV) de 2015 a toutefois permis une croissance de la dépense d'allocation personnalisée d'autonomie (APA) de + 6,5 % entre 2008 et 2015.

De nombreuses initiatives du secteur témoignent de sa capacité à innover : le secteur développe une pluralité de projets innovants comme la création d'Ehpad hors les murs, la mise en place de plateformes de services sur les territoires, le développement de labels de qualité ou encore la création de maisons des aînés et des aidants. Mais force est de constater que la connaissance et la diffusion des innovations dans le secteur médico-social est très faible et pas à la hauteur de son indispensable modernisation.

En établissement, l'offre demeure hétérogène. Avec 21 % des personnes de plus de 85 ans vivant en établissement en 2011, la France fait partie des pays européens ayant un **taux d'institutionnalisation élevé**.

La qualité de l'offre incluant le soin, l'aide, l'alimentation, l'animation est perçue comme très hétérogène.

Les disparités sont également fortes quant à la qualité des locaux. Selon la DREES, en 2015, **la construction ou la dernière rénovation des bâtiments des Ehpad dataient de plus de 25 ans dans 23 % des cas**.

À domicile, l'offre est nombreuse, atomisée et économiquement fragile. Pour les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) habilités à l'aide sociale qui représentent 75 % de l'offre, **les tarifs pratiqués sont parfois inférieurs aux coûts de revient**. De plus, l'offre est atomisée avec 7 000 services d'aide et d'accompagnement à domicile caractérisés par des statuts juridiques différents.

Les disparités territoriales sont fortes tant sur l'offre que sur le montant des prestations. Selon les régions, les taux d'équipement sont compris entre 52 et 198 places pour 1 000 personnes âgées. Concernant l'attribution de l'APA, les différences entre départements portent sur les critères d'éligibilité, l'évaluation des besoins, les règles de tarification, les montants moyens par bénéficiaire pouvant varier du simple au double.

Des prestations peu lisibles pour les bénéficiaires. La prise en charge de la perte d'autonomie fait intervenir une multiplicité de financeurs (assurance maladie, Conseils départementaux, État etc.), pour des dépenses de natures différentes (soins, dépendance, hébergement, etc.) et des opérateurs aux statuts divers. Cette situation engendre une **perception faible de la dimension de l'effort public réel**.

Des réponses professionnelles trop cloisonnées et peu coordonnées. Que ce soit dans les champs sanitaires et sociaux, les organisations administratives, les établissements et les acteurs de ville ont fait évoluer leurs réponses aux besoins des personnes âgées. Si cet engagement est une richesse, ces réponses ont presque toujours été faites en silos, sans réelle coordination.

Un pilotage local de la politique du grand âge particulièrement complexe. Cette complexité découle de l'intervention conjointe du Conseil départemental, chef de file de l'action sociale, et des Agences régionales de santé (ARS) compétentes pour l'organisation du système de santé. Elle est également sous-tendue par la combinaison d'une logique de droits universels portés au niveau national et d'une logique d'aide organisée localement.

Un débat parlementaire peu organisé. Celui-ci est largement structuré par les lois financières (loi de finances et loi de financement de la sécurité sociale) qui concernent peu le secteur. Des approches dédiées sont réalisées dans le cadre de l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) et des actions de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Cependant, il n'existe pas de vision annuelle, intégrée et complète de l'effort public.

Une connaissance statistique et une recherche insuffisamment développées. Si l'on note un accroissement récent du nombre de publications, notamment de la DREES, la connaissance statistique demeure limitée. La collecte des données est longue, coûteuse et complexe du fait de la diversité des acteurs. De fait, **les moyens d'évaluation de la politique publique sont aujourd'hui insuffisants** et dispersés entre plusieurs financeurs.

UN INVESTISSEMENT URGENT DANS L'ATTRACTIVITÉ DES MÉTIERS

Un emploi en croissance forte depuis une décennie. Depuis 2010, le secteur de l'action sociale a généré **138 000 créations nettes d'emploi (+7,7 %)**. En 2018, on estime qu'environ 830 000 ETP (équivalents temps plein) étaient employés auprès des personnes âgées en perte d'autonomie : 430 000 ETP en établissements (dont 380 000 en EHPAD), 270 000 ETP dans les services d'aide et d'accompagnement à domicile, 130 000 ETP dans les soins à domicile.

Des difficultés de recrutement qui risquent de s'aggraver. En 2015, près de la moitié des établissements indiquaient rencontrer des difficultés de recrutement. Pour l'aide à domicile, où l'emploi à temps partiel atteint 89 %, le rapport de branche de l'aide à domicile pour 2017 fait état d'un besoin de recrutement immédiat de 17 000 personnes. Cette **pénurie va s'accroître dans les prochaines années**. Si les chiffres sont difficiles à établir en la matière, il faudrait vraisemblablement créer entre 150 000 et 200 000 ETP dans le secteur d'ici 2030 du fait de la seule démographie.

Un temps professionnel auprès de la personne âgée globalement insuffisant. Le taux d'encadrement en Ehpad¹ a certes sensiblement augmenté depuis 2007, passant de 57,2 à 62,8 ETP pour 100 résidents. Le contexte de hausse tendancielle des besoins de soins des personnes âgées accueillies a néanmoins partiellement neutralisé ces efforts. La présence humaine auprès des résidents reste globalement insuffisante avec **un impact négatif sur les conditions de travail et la qualité d'accompagnement**.

Des tensions sur les effectifs aggravées par la dégradation des conditions de travail. Outre la perception d'un manque de personnel, cette dégradation s'explique par des pratiques managériales très hétérogènes, la réduction des temps d'intervention, l'intensification des rythmes de travail et l'accroissement des besoins des résidents. **Les taux d'accidents du travail et de maladies professionnelles et le taux d'absentéisme sont particulièrement élevés.**

Un manque d'attractivité des métiers lié aux insuffisances de formation et de perspectives de carrière. Les difficultés de recrutement, le manque de temps, les conditions de travail ont un impact majeur sur l'attractivité des métiers, dont l'image est dégradée. En dépit de leur engagement quotidien, les professionnels souffrent d'un **manque de reconnaissance** et, malgré les progrès enregistrés, la **formation des professionnels ne répond pas aux besoins** liés à l'accroissement des niveaux de perte d'autonomie des personnes.

¹ Le taux d'encadrement correspond au rapport entre les effectifs du personnel en équivalent temps plein (ETP) au nombre de résidents. Le résultat est exprimé en ETP pour 100 résidents.

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



Un reste à charge maîtrisé à domicile mais élevé en établissement. A domicile, le reste à charge a été considérablement réduit par la loi ASV. La prise en charge est totale pour les dépenses de soins et financée par l'APA ou le crédit d'impôt pour les dépenses d'accompagnement de la vie quotidienne. **Selon la DREES, après crédit d'impôt, le reste à charge est en moyenne de 60 euros à domicile.**

En revanche, **le reste à charge en établissement reste élevé.** Si les prestations de soins sont couvertes à 100 % et celles de la « dépendance » aux deux tiers environ par l'APA, les prestations d'hébergement reviennent aux familles. Selon la DREES, le reste à charge après aides atteint 1 850 euros par mois et **excède les ressources courantes de la personne âgée dans 75 % des cas.**

Un choix marqué pour une prise en charge publique du risque et un attachement à la modulation de l'aide selon les revenus. Pour 66 % des Français, c'est à la solidarité nationale de prendre en charge financièrement les personnes âgées en perte d'autonomie. Ils sont par ailleurs 70 % à considérer que l'aide visant à compenser les surcoûts liés à la dépendance doit être accordée en priorité aux personnes à faibles revenus, d'après la DREES.

Des dépenses sociales importantes, mais une part consacrée à la perte d'autonomie relativement faible par rapport à nos voisins européens. La France a fait le choix de dépenses sociales fortes, permettant d'assurer aux plus de 65 ans le niveau de vie relatif, par rapport au niveau de vie des actifs, le plus élevé de l'OCDE. Si la France fait partie des pays européens qui dépensent le plus en moyenne pour la santé et les retraites, les dépenses affectées à la perte d'autonomie y sont sensiblement inférieures.

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

La prévention, un enjeu mal reconnu et peu soutenu. La prévention occupe une place insuffisante dans les politiques du grand âge. La France **doit s'aligner sur les standards internationaux de prévention**. Si de nombreuses actions de prévention existent, elles sont peu organisées, peu financées et reposent sur des initiatives individuelles. Sans cohérence d'ensemble, elles voient leur efficacité amoindrie.

Des interventions insuffisamment pensées dans une logique de continuité de parcours. Les ruptures de parcours aggravent la perte d'autonomie de la personne âgée et concourent à une partie vraisemblablement importante du **surcoût des dépenses de soins**. **L'accompagnement à domicile, qui mobilise de nombreux intervenants, pâtit d'un manque de coordination.** Des initiatives innovantes comme les PAERPA et les MAIA conçus pour pallier ces problèmes ont vu le jour. Elles doivent être mieux coordonnées, généralisées et devenir le socle d'un parcours de droit commun.

L'hôpital doit également s'adapter à la personne âgée. Plusieurs constats s'imposent sur les conditions d'accompagnement à l'hôpital : la fréquence du mode d'entrée par les urgences, les risques de dépendances iatrogène et nosocomiale, une organisation du travail peu respectueuse des rythmes de la personne âgée. Tous ces éléments engendrent un taux de **réhospitalisation de 17 % dans les 30 jours pour les 65 ans et plus**.

Un appui aux proches aidants encore insuffisant. Par leur présence et leurs actions, les proches aidants jouent un rôle déterminant dans le maintien à domicile et à la prévention de l'isolement. Au total, **3,9 millions de personnes sont engagées auprès d'un proche**. Un **besoin de reconnaissance** s'est largement exprimé. L'isolement, le **manque de solutions de répit**, la complexité des démarches administratives ainsi que la délicate conciliation entre le rôle d'aidant et la vie professionnelle ont été mis en évidence.

Des solidarités du quotidien et un cadre de vie qui ne parviennent pas à rompre un isolement encore très répandu. La perte d'autonomie isole, tant socialement que géographiquement. La perte d'autonomie coupe les personnes âgées de leur « vie d'avant » et parfois même de leur libre arbitre, qu'elles abdiquent pour ne pas gêner, être un poids pour leurs enfants. Ainsi, selon le Comité consultatif national d'éthique, **50 % des personnes de plus de 75 ans n'ont plus de réseau amical**. Face à cette situation, les besoins sont ceux d'un entourage aimant, bienveillant et stable. Plus globalement, c'est le regard porté sur le grand âge qui doit évoluer.



175 PROPOSITIONS POUR PASSER DE LA GESTION DE LA DÉPENDANCE AU SOUTIEN À L'AUTONOMIE



Les orientations et propositions du présent rapport ont pour objet de fournir la matière pour une politique nouvelle et forte du grand âge en France. L'ambition est partagée par tous les acteurs de la concertation : notre pays doit passer d'une gestion de la dépendance à un véritable soutien à l'autonomie, porté en partie par une loi. Mais beaucoup de mesures ne seront pas de niveau législatif.

Ces propositions doivent permettre de faire toute sa place au grand âge dans une stratégie de protection sociale du ^{XXI^{ème} siècle} cohérente qui, par l'exercice de la solidarité nationale, entend développer et soutenir l'autonomie de chacun, tout au long de sa vie.

Le rapport formule 175 propositions. Ces propositions n'ont pas toutes pour objet d'accroître les financements dédiés aux structures de prise en charge ou aux ménages. L'effort financier sera certes indispensable. Mais il s'agit surtout d'une transformation en profondeur de l'organisation de l'accompagnement des personnes âgées, à travers la notion de parcours de la personne âgée, une transformation de la formation des personnels et de leurs conditions de travail, notamment à travers des leviers managériaux, et plus largement une transformation de la manière dont est appréhendé le grand âge, à travers par exemple un effort de prévention et d'adaptation du cadre de vie dans une logique inclusive. Sont également proposées des pistes d'économies et d'efficience permettant de conforter la viabilité budgétaire de la réforme.

Ces 175 propositions font sens dans leur globalité. Elles se renforcent mutuellement. L'ambition de ce rapport est de créer un cercle vertueux entre l'attractivité des métiers, l'amélioration de la qualité du service en Ehpad comme à domicile, la transformation de l'offre, un cadre de vie plus adapté, la diminution du reste à charge pour les familles, la prévention de la perte d'autonomie. L'objectif est de permettre le libre choix et une meilleure qualité de vie pour les personnes âgées, dont la citoyenneté doit être pleinement reconnue. Elles font sens pour que le regard que nous portons sur nos aînés soit demain le signe d'une société forte et solidaire.

UN PRÉALABLE : CHANGER DE REGARD SUR LA PERSONNE ÂGÉE ET AFFIRMER SA CITOYENNETÉ PLEINE ET ENTIÈRE

Le préalable, et le socle de toutes les propositions qui ressortent de la concertation nationale, est sociétal. Il s'agit de penser l'inclusion des personnes âgées dans notre société et de briser la représentation tenace d'un grand âge éloignant la personne de l'espace public, de la vie sociale et citoyenne. Un grand âge silencieux et invisible.

Nous ne pouvons pas nous limiter à une vision strictement sanitaire et médico-sociale. Notre vision doit porter sur tous les axes d'organisation de la vie dans notre société : logement, mobilité, santé, vie sociale et d'autres éléments encore. La prise en compte du grand âge dans ces politiques publiques, par l'ensemble des ministères concernés et des collectivités locales, est nécessaire.

Reconnaître la personne âgée comme citoyenne à part entière, c'est mobiliser l'ensemble des responsables, en proximité de la personne, pour lui fournir des services de la vie quotidienne jusqu'aux aspects les plus élémentaires de la dignité humaine. C'est également organiser les pouvoirs publics afin d'affirmer et de garantir en tout lieu l'impératif de bientraitance de la personne âgée.

C'est également lutter contre l'isolement de la personne âgée en organisant une mobilisation citoyenne et associative.

PENSER L'ACTION PUBLIQUE AU SERVICE DE LA PLEINE CITOYENNETÉ DES PERSONNES ÂGÉES

Rendre visible la personne âgée : nous devons renouveler les représentations sociales du grand âge pour inclure la personne âgée dans la vie de la cité. Les réponses individuelles ont leurs limites et ce mouvement de fond implique une prise de conscience collective pour préparer et accueillir dignement le grand âge. Les personnes âgées doivent retrouver une plus juste place dans l'espace public. La

personne âgée elle-même doit être visible. Il doit être montré que la personne âgée, malgré sa perte d'autonomie, garde une capacité d'agir, d'échanger, de communiquer, de ressentir. Cette démonstration doit être apportée dans le débat public, à l'école, dans les services publics.

Faire évoluer notre cadre de vie pour inclure les personnes âgées. Les solutions ne

peuvent être apportées sous le seul angle sanitaire ou social. Il s'agit bel et bien de construire une politique pluridimensionnelle, reposant sur l'articulation d'acteurs



aux compétences diverses et de champs de politique publique différents (transports, logement, culture, etc.). Les collectivités locales, qui se partagent les compétences de proximité de la personne âgée, doivent coopérer pour apporter des réponses cohérentes. Les personnes âgées et leurs proches aidants eux-mêmes doivent être mieux représentés dans les instances de décision.

Mobilité, logement, vie quotidienne : faciliter l'accès des personnes âgées à l'innovation. L'amélioration du quotidien

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

Affirmer en tout lieu la dignité de la personne âgée en organisant une réponse efficace aux actes de maltraitance. La reconnaissance de la personne âgée comme membre à part entière de la collectivité suppose de garantir sa sécurité et sa dignité, quel que soit son lieu de vie. Une société inclusive doit être bientraitante. A l'affirmation de ce principe doit correspondre l'organisation d'une réponse efficace aux actes de maltraitance. La prise en compte de la parole des résidents notamment, dans la vie de l'établissement et dans l'évaluation de la qualité du service rendu, est à ce titre essentielle.

CHANGER LE REGARD SUR LE GRAND ÂGE : DE PREMIÈRES PISTES D'ACTION IDENTIFIÉES PAR LA CONCERTATION

Créer une « journée de l'expérience » à l'école et plus largement sensibiliser les plus jeunes. L'objectif est de développer les liens intergénérationnels et de sensibiliser dès le plus jeune âge à la solidarité et au vieillissement. Des modules de « sensibilisation au grand âge » pourraient être introduits dans les programmes scolaires. Les temps de présence de personnes âgées en milieu scolaire et d'enfants scolarisés en établissements pour personnes âgées pourraient être généralisés. Une « journée de l'expérience »

pourrait par exemple être organisée chaque année pour l'ensemble des établissements scolaires du premier degré et consacrée à des activités intergénérationnelles.

Diffuser une culture de vigilance et d'attention dans l'ensemble des lieux accueillant du public. Des professionnels du grand âge « de première ligne » (aides-soignants, auxiliaires de vie, aides médico-psychologiques) seraient systématiquement associés aux formations initiales et

continues des métiers de l'accueil (agent d'accueil et d'information, standardiste), dans les services publics (police, gendarmerie, sécurité sociale, justice, transports) comme pour les services de proximité (banque, assurance, notariat, télécommunications, sécurité). Il est également proposé d'intégrer des modules spécifiques sur l'accueil des personnes atteintes de troubles cognitifs dans la formation des métiers d'accueil du public.

Mobiliser davantage les maisons de service au public auprès des personnes âgées. A l'occasion de la révision en cours du cahier des charges des maisons de service au public (MSAP), il est proposé de fixer des objectifs renforcés en direction des personnes âgées, notamment les plus éloignées de la prévention, en matière d'accompagnement dans l'accès aux services (administratifs, bancaires, juridiques, services logistiques, transports, sports, culture, loisirs, appui social, santé).

Mettre fin aux zones blanches de la mobilité. Il est proposé de rendre obligatoire pour les communautés de communes l'exercice de la compétence d'autorité organisatrice des mobilités, telle que prévue par la loi NOTRe². Cette compétence prévoit notamment l'organisation de services réguliers de transport public urbain et non urbain, le développement de modes de transport terrestres non motorisés (aménagements favorisant la marche à pied) et des usages partagés comme le covoiturage, le transport à la demande. Le développement de nouvelles solutions de mobilités pour les personnes âgées serait ainsi favorisé, pour couvrir l'ensemble du territoire, sans exception.

Pour chaque cas de maltraitance avéré, accompagner les structures dans une analyse systémique des facteurs de risque et des actions correctives à engager. Les ARS seraient ainsi mobilisées dans cet accompagnement à chaque fait de maltraitance avéré. Une analyse systémique ainsi qu'un plan d'action, portant sur les conditions de travail, la politique de formation, le management et l'organisation seraient réalisés.

Établir un rapport annuel sur la maltraitance des personnes âgées en perte d'autonomie, sur la base des remontées d'analyses menées au niveau départemental. La CNSA serait chargée de remettre chaque année un rapport au niveau national sur la maltraitance à l'égard des personnes âgées, analysant les principaux facteurs de risque et les bonnes pratiques de gestion de cas de maltraitance avérés.

² Loi n° 2015-991 du 7 août 2015 portant nouvelle organisation territoriale de la République

LES PROPOSITIONS EN CHIFFRES CLÉS

+ 35 % :

évolution proposée de la part des dépenses publiques consacrées à la perte d'autonomie des personnes âgées dans la richesse nationale (PIB) **entre 2018 et 2030**

34,3 % du PIB

pour le volume global des dépenses de protection sociale en France

1,6 %

de la richesse nationale (PIB)

consacré aux dépenses publiques en faveur des personnes âgées en perte d'autonomie **en 2030** contre 1,2 % actuellement

• 2024

+ 6,2 Mds € de dépenses publiques proposées par rapport à 2018

- **dont 4,8 Mds €** de mesures nouvelles
- **dont 2,1 Mds €** de dépenses liées à la seule démographie
- **dont 700 millions €** d'économies

Qui seraient affectées à :

- la qualité de prise en charge à domicile : **2,3 Mds €**
- la qualité de prise en charge en établissement : **2,3 Mds €**
- la baisse du reste à charge des ménages : **1,6 Md €**

• 2030

+ 9,2 Mds € de dépenses publiques proposées par rapport à 2018

- **dont 6,1 Mds €** de mesures nouvelles
- **dont 4,3 Mds €** de dépenses liées à la seule démographie
- **dont 1,2 Md €** d'économies

PRIORITÉ N°1

INVESTIR DANS L'ATTRACTIVITÉ DES MÉTIERS DU GRAND ÂGE, À DOMICILE COMME EN ÉTABLISSEMENT

La priorité, pour demain, est d'assurer une présence quantitative et qualitative de professionnels, formés aux spécificités du grand âge, pour un accompagnement global de la personne âgée. Cela suppose un effort majeur, sur la durée, pour rétablir l'attractivité des métiers et, par voie de conséquence, améliorer les conditions de travail dans le secteur.

UN PLAN NATIONAL POUR LES MÉTIERS DU GRAND ÂGE

Le plan national des métiers du grand âge s'articule autour de cinq grandes priorités :

L'amélioration des conditions de travail des professionnels du grand âge nécessite d'agir à la fois sur une **hausse des effectifs**, sur une transformation des **modes de management** permettant de mieux valoriser les temps collectifs et les échanges de pratiques et sur la **prévention des risques professionnels** ;

La montée en compétences de l'ensemble des professionnels doit permettre de mieux répondre aux besoins d'accompagnement de la population âgée en perte d'autonomie (aspects socio-relationnels de la prise en charge, dimension éthique, prévalence des

troubles cognitifs). Cette montée en compétences est un enjeu majeur de bien-être pour les professionnels comme pour la personne âgée ;

Faciliter l'accès aux métiers du grand âge et ouvrir des perspectives de carrière est une priorité. L'orientation vers les métiers du grand âge doit moins reposer sur des critères académiques, doit valoriser les aptitudes relationnelles des candidats, et doit reposer sur un effort d'accompagnement de l'entrée dans l'exercice. Le service public de l'emploi doit être mobilisé sur cet enjeu. Le développement et la validation des compétences seront par ailleurs des conditions indispensables à l'ouverture de perspectives d'évolution professionnelle ;

La revalorisation des métiers passe par une évolution des grilles salariales, en priorité sur les métiers du domicile, mais également en établissement à travers la généralisation de fonctions de management de proximité. Elle emporte aussi le rapprochement des conventions collectives du secteur ;

Développer et piloter une véritable politique de filière de manière transver-

sale. L'importance de l'enjeu de l'attractivité des métiers, de l'amélioration des conditions de travail, de l'adéquation des formations, nécessite d'engager une mobilisation massive des acteurs nationaux et locaux, dans le cadre d'un partenariat élargi. Administrations, partenaires sociaux, fédérations professionnelles, service public de l'emploi, acteurs de la formation professionnelle, collectivités locales, doivent unir leurs efforts.

LES PROPOSITIONS CLES POUR STRUCTURER LA FILIÈRE

Augmenter de 25 % le taux d'encadrement auprès de la personne âgée en Ehpad d'ici 2024, par rapport à 2015. Cette proposition vise à accroître le temps de présence professionnelle auprès de la personne âgée pour améliorer les conditions de travail et la qualité de l'accompagnement. Elle représente **une augmentation de 13 équivalents temps plein (ETP) pour 100 résidents** entre 2015 et 2024, soit **80 000 professionnels supplémentaires**. Les effectifs pris en compte ici sont ceux contribuant directement à la qualité de vie des résidents. Il s'agit des personnels soignants ou paramédicaux, ainsi que des fonctions d'animation, pédagogiques et récréatives. En revanche, les fonctions de direction, d'accueil, de comptabilité, ne sont pas intégrées. **Au total, cette mesure représente un effort public de 400 millions d'euros par an dès 2020, et d'1,2 milliard d'euros en 2024.**

Engager la filière dans un plan de prévention des risques professionnels à domicile et en établissement. Face au niveau préoccupant des accidents du travail dans le secteur, il est proposé, à travers une mobilisation des employeurs et de la branche accidents du travail - maladies

professionnels de la sécurité sociale, d'engager un vaste plan. Il prévoira notamment une hausse des enveloppes financières dédiées aux programmes de prévention ciblés sur le secteur du grand âge, à domicile comme en établissement. En parallèle, la prévention des risques professionnels doit être partie intégrante de tout projet d'établissement et devenir un critère d'évaluation externe des établissements.

Refondre les référentiels de compétences et l'offre de formation correspondante. Cette refonte doit permettre de mieux répondre aux réalités de l'exercice professionnel des métiers du grand âge (infirmiers, aides-soignants, accompagnants éducatifs et sociaux, aides à domicile). Elle doit associer les représentants des personnes âgées et des proches aidants. Une spécialisation en gériatrie et gériatrie pour les aides-soignants et infirmiers doit être intégrée (modules supplémentaires sur les maladies neurodégénératives, la maladie d'Alzheimer, la fin de vie, etc.). Cette refonte prévoira notamment d'améliorer la polyvalence et intégrera explicitement une mission de coordination des interven-

tions auprès de la personne dans les référentiels.

À domicile, associer des mesures salariales à un effort de refinancement des services d'aide et d'accompagnement à domicile. Un effort financier est proposé afin de répondre à l'actuelle fragilité des services d'aide et d'accompagnement à domicile. Des contreparties sont néanmoins attendues en matière de rémunération des salariés, à travers une revalorisation des indemnités kilométriques, dont une valeur minimale pourrait être fixée, ou à travers un effort de formation pour permettre aux personnels de progresser dans les grilles de rémunération.

Généraliser les fonctions de responsable d'unité de vie pour les aides-soignants en établissement. Il est proposé de créer un niveau de management complémentaire à l'issue d'une formation spécifique. Cette fonction suppose un

premier niveau de management et un rôle de référent de proximité des démarches qualité. Ces nouvelles responsabilités donneraient lieu à un supplément de rémunération, tout comme la fonction de cadre qualité de l'établissement, pour les personnels infirmiers.

Engager un chantier de mise à jour et de convergence des différentes conventions collectives applicables dans le secteur. Ce chantier de moyen terme doit être engagé. Deux objectifs prioritaires doivent être définis : d'une part la revalorisation salariale pour les métiers du domicile, d'autre part la reconnaissance de l'ancienneté d'exercice pour favoriser les mobilités d'exercice entre établissement et services à domicile.



LES AUTRES PROPOSITIONS

Faciliter l'accès aux formations en modifiant les critères de sélection, notamment dans le cadre des concours d'entrée en institut de formation d'aide-soignant, pour valoriser davantage l'évaluation des aptitudes relationnelles.

Renforcer la dimension managériale dans la formation des cadres dirigeants, afin de mieux valoriser les compétences de management participatif, de pilotage de la qualité de vie au travail.

Favoriser le développement de l'apprentissage et de l'alternance pour les

métiers du grand âge, en fixant un objectif annuel de nombre de contrats d'apprentissage, avec une montée en charge dans le temps.

Soutenir l'innovation organisationnelle en s'inspirant de bonnes pratiques qui responsabilisent et redonnent du sens aux métiers, qui libèrent du temps pour être avec la personne, qui permettent des moments de coordination, de retour d'expérience, de formation continue, de réflexion éthique.

PRIORITÉ N°2

POUVOIR CHOISIR LIBREMENT DE RESTER À SON DOMICILE

La priorité au domicile doit être effective. Garantir ce libre choix de la personne âgée suppose de lever les obstacles au maintien à domicile.

CONSOLIDER UNE OFFRE À DOMICILE DE QUALITÉ

Répondre à l'ensemble des besoins d'accompagnement de la personne âgée.

Ces besoins sont de trois ordres : une aide humaine tout d'abord, mais également une aide technique (pose ou fourniture de matériel, petits aménagements du domicile) ou un accès aux solutions de répit ou d'accueil temporaire qui permettent au proche aidant, souvent indispensable à la qualité de vie de la personne âgée à domicile, de préserver sa santé et sa capacité à accompagner, dans la durée, son parent.

Assurer la viabilité, l'attractivité et la qualité des prestations. La viabilité financière des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) doit être renforcée afin d'assurer la présence d'une offre de service de proximité et de qualité, et de mieux rémunérer les salariés.

Renforcer l'intégration entre domicile et établissement. Le maintien à domicile doit pouvoir être conjugué à des hébergements temporaires en établissement, par exemple en sortie d'hospitalisation, le temps de rétablir les capacités de la personne. Dans cette perspective, le développement d'accueils temporaires en établissement, à proximité du lieu de vie de la personne, constitue une priorité.

Mieux articuler les différentes interventions à domicile. Les interventions au domicile de la personne âgée sont souvent nombreuses et nécessitent une coordination fine. Cette charge repose trop souvent sur la personne ou ses proches aidants. Des structures et de bonnes pratiques de coordination entre professionnels doivent être développées.

CONCRÉTISER LA PRIORITÉ AU DOMICILE : LES PROPOSITIONS CLES

Réformer le mode de financement des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) et assurer la viabilité de ces structures. Variable selon les départements, la tarification des SAAD ne permet pas de valoriser correctement le temps nécessaire à l'amélioration de l'accompagnement. Cette réforme doit permettre d'améliorer la qualité des prestations à domicile et de dégager des marges pour mieux rémunérer les salariés à travers deux leviers :

- Instaurer rapidement une tarification plancher de tous les SAAD pour assurer la pérennité de leur financement, de manière homogène d'un territoire à l'autre ;
- Négocier, dans le cadre de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) et en contrepartie d'une dotation forfaitaire, des engagements relatifs aux rémunérations salariales, aux démarches de prévention, à la qualité de service et à la réalisation de gains d'efficience.

Sur la base d'une tarification de référence à 21€ (en mode prestataire) et d'une dotation forfaitaire équivalente en moyenne à 3€ par heure de prestation, le **coût de la réforme est évalué à 550 M€** sur la base du nombre de bénéficiaires 2018. Cette mesure bénéficierait aux personnes âgées et aux personnes en situation de handicap prises en charge par les mêmes structures pour des prestations proches.

Créer une nouvelle « prestation autonomie » à domicile pour accroître le recours aux aides techniques et aux solutions de répit et d'accueil temporaire. La

prestation actuelle (l'APA) permet de financer plusieurs types de prestations : aides techniques, aide humaine, adaptation du logement, accueil temporaire, portage de repas, fournitures d'hygiène, transport, etc.. Toutefois, l'aide humaine représente 92% des volumes d'aide alloués au total en moyenne, contre 2% pour le financement de l'accueil temporaire et 6% pour les aides diverses (essentiellement aides techniques). La prépondérance de l'aide humaine rend souvent complexe l'accès au financement des autres prestations qui sont pourtant de nature à améliorer l'accompagnement de la personne, diminuer la pénibilité de certaines



tâches pour les professionnels ou relayer les aidants. Pour faciliter l'accès à ces prestations, il est proposé de créer, en remplacement de l'APA, une nouvelle « prestation autonomie », sur le modèle de la prestation de compensation du handicap (PCH). Elle identifierait distinctement trois « volets » pour le soutien de l'autonomie à domicile : aides humaines, aides techniques, répit et accueil temporaire. **Chaque volet ferait l'objet d'un plafond spécifique.** De cette manière, si une personne décide d'utiliser le nombre maximal d'heures d'aide humaine qui lui a

été ouvert, elle pourra néanmoins avoir recours à des aides techniques ou à des solutions de répit ou d'accueil temporaire, sans avoir à réduire le nombre d'heures d'aide humaine dont elle bénéficie. Cette nouvelle prestation organisée en volets étanches permettrait de mieux mobiliser les aides techniques, ainsi que les solutions de répit ou d'accueil temporaire, sans réduire les volumes d'aide humaine, et donc, *in fine*, de **mieux couvrir les différents besoins de la personne âgée.**

Généraliser les solutions complémentaires d'accueil pour étayer le maintien à domicile. Afin notamment de développer une offre diversifiée d'accueil temporaire en établissement, pour des séjours de courte durée, des séjours de jour ou de nuit, un **fonds d'accompagnement à la restructuration de l'offre** serait créé. Il serait doté de **150 millions d'euros par an**. Son objectif : assurer une large diffusion de

ces solutions de proximité sur l'ensemble du territoire.

Renforcer la coordination des prestations de soin infirmier (SSIAD), d'aide et d'accompagnement (SAAD), afin de ne pas faire porter cette charge sur la personne ou ses proches aidants. Les expérimentations de services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD), qui permettent d'associer un SAAD et un SSIAD au sein d'une même structure, doivent être approfondies avec, à moyen terme, **un mode de financement et de pilotage unifié** et une extension de ce modèle d'intégration. Au sein d'un SPASAD, le SSIAD et le SAAD restent en effet aujourd'hui cloisonnés, avec des modes de financement et de pilotage différents. A court terme, il est proposé de renforcer le décroisement des SSIAD et des SAAD au sein des SPASAD en autorisant une fongibilité des résultats et en prévoyant un CPOM unifié.



LES AUTRES PROPOSITIONS

Fixer une durée minimale pour les interventions à domicile en proximité de la personne pour les SAAD.

Simplifier les démarches. Diverses mesures sont proposées : formulaire national de

demande unique pour la « prestation autonomie » à domicile, possibilité de demander l'ouverture de ses droits en ligne, généralisation des solutions de télégestion ou de « tout-en-un » pour le versement des prestations.

PRIORITÉ N°3

PILOTER PAR ET POUR LA QUALITÉ

La liberté de choix de la personne n'a de sens que si des prestations de qualité sont offertes à sa décision. L'amélioration de la qualité du service rendu à la personne âgée, en tout point du territoire, pour tout type de prise en charge, est l'axe névralgique des réformes à venir.

AMÉLIORER ET ASSURER LA CONSTANCE DE LA QUALITÉ DE SERVICE À LA PERSONNE : LES PRINCIPAUX AXES DE TRAVAIL

Encourager et soutenir financièrement les démarches d'amélioration de la qualité de service, en établissement comme à domicile. Des expériences probantes existent, encadrées par des labels ou reposant sur l'engagement individuel de personnels et d'équipes de direction. Elles doivent se diffuser car l'hétérogénéité des niveaux de qualité dans l'accompagnement des personnes âgées ne peut se justifier. Il s'agit, ici aussi, d'impulser un véritable changement d'échelle.

Investir pour rénover les établissements. La qualité de vie en établissement, comme les conditions de travail des professionnels, sont étroitement liées à la configuration et à l'état des locaux. Or, sur ce point, les besoins de rénovation et de réagencement des locaux sont importants, en particulier dans le secteur public. Un investissement fort est donc nécessaire pour offrir des conditions de vie et de travail dignes, et pérenniser une offre publique de qualité pour les personnes âgées.

Promouvoir la labellisation des établissements. Les démarches de labellisation ont deux avantages : mobiliser l'ensemble des équipes dans un véritable projet d'amélioration de la qualité avec un accompagnement professionnalisé de transformation de l'établissement et envoyer un signal clair aux personnes et aux familles sur la qualité de service. Ces démarches doivent être promues, à partir d'une homologation rigoureuse des labels.

Mettre en place des indicateurs de qualité obligatoires et les diffuser auprès du grand public. La transparence sur la qualité des prestations en établissement doit être assurée. Cela suppose de renforcer son cadre d'évaluation en intégrant notamment le niveau de satisfaction des utilisateurs du service (personnes âgées, familles). Cela nécessite aussi de publier des informations fiables pour permettre aux personnes âgées et aux familles de comparer les offres.

Simplifier le pilotage des établissements.

Un pilotage à deux voix de la qualité en établissement est aujourd'hui assuré par l'Agence régionale de santé et le Conseil départemental. Il est consommateur de temps et de ressources pour les directions

d'établissement comme pour les financeurs. Il mobilise les énergies au détriment du pilotage effectif de l'amélioration de la qualité de service. Cette situation appelle une simplification radicale.

LES PROPOSITIONS CLES POUR CONCRÉTISER L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DE SERVICE

Lancer un plan de rénovation des EHPAD, en particulier publics, et des résidences autonomie, en mobilisant 3 milliards d'euros sur 10 ans, soit un triplement de l'effort actuel d'investissement.

Un abondement de la CNSA interviendrait rapidement, indépendamment des efforts d'investissements consentis par d'autres opérateurs. Il permettrait de ne pas répercuter les coûts liés à la rénovation sur les résidents et sur leurs familles. Les financements seraient conditionnés à des réaménagements permettant d'améliorer la qualité, avec, par exemple, la généralisation de petites unités de vie regroupant une quinzaine de résidents.

Créer un « fonds qualité » doté de 100 à 200 millions d'euros par an pour les établissements et les structures d'accompagnement et de soin à domicile.

L'objectif : financer les démarches de qualité de service (labels qualité...) et de qualité de vie au travail tout comme les démarches de prévention de perte d'autonomie. Ce fonds doit être l'instrument d'un changement d'échelle dans l'innovation et la diffusion des bonnes pratiques. Tant les établissements que les structures d'accompagnement et de soin à domicile seraient éligibles à ces financements. Ce financement « à la qualité » viendrait s'ajouter aux forfaits soins et dépendance versés par l'ARS et le Conseil

départemental. Il est proposé de consacrer rapidement à ce fonds entre 100 et 200 millions d'euros par an.

Promouvoir la labellisation des établissements en finançant la formation des équipes

dans le cadre d'un projet d'établissement. Sur la base d'une homologation de labels qualité par la HAS, le financement concernerait des formations engageant l'ensemble des personnels d'une structure et permettant d'obtenir ces labels. L'homologation des labels reposerait sur un référentiel national élaboré par la HAS.

Fusionner les sections tarifaires « soin » et « dépendance » pour renforcer et simplifier le pilotage de la qualité en établissement.

Le financement des EHPAD et des établissements de soins de longue durée représente 23,7 Mds en 2014. Il repose sur trois sections :

- la section « soins » financée à 100 % par l'assurance maladie (8,8 Md€),
- la section « dépendance » (3,4 Md€ en 2014) financée aux deux tiers par les Conseils départementaux, le tiers restant étant à la charge des familles,
- la section « hébergement » (11,5 Md€ en 2014) financée essentiellement par les résidents ou les familles.

Pour simplifier le pilotage des établissements, il est proposé de fusionner les sections soins et dépendance dans une section « soins et entretien de d'autonomie », qui regrouperait l'ensemble des dépenses directement liées à la qualité du soin et de l'aide aux résidents. La nouvelle section serait prise en charge à 92 % par l'assurance maladie et à 8 % par les familles et les organismes complémentaires. Cette mesure concrétise donc un accroissement important du financement des établissements par la solidarité nationale, de l'ordre de 200 millions d'euros.

Les EHPAD auraient ainsi un seul interlocuteur s'agissant de la qualité des soins et de l'accompagnement dans les actes de la vie quotidienne. Cela mettrait fin à un partage de compétences largement rejeté par les acteurs. Ce pilote unique de la nouvelle section serait soit l'ARS, soit le Conseil départemental, en fonction du scénario de pilotage retenu.

Cette fusion **améliorerait fortement la lisibilité des prises en charge pour les résidents et leurs familles**. D'un côté, les dépenses de soin prises en charge par la solidarité nationale à travers l'assurance maladie et de l'autre les dépenses dues au titre du sé-

jour (restauration, blanchisserie notamment) financées par les familles. Dans l'immédiat, il est proposé de reconduire pour 2020 la neutralisation des pertes liées à la convergence tarifaire.

Recueillir et publier des données fiables sur la qualité de service dans chaque établissement sur le portail pour-les-personnes-agees.gouv.fr. Un tableau de bord, mis au point par l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP), existe déjà pour les EHPAD et les SSIAD. Il compte à ce jour un nombre important d'indicateurs mais n'est pas systématiquement renseigné. L'objectif est de sélectionner des indicateurs clés de qualité à partir de cet outil et du travail de la HAS. **Ces indicateurs seront rendus obligatoires et publiés** sur le portail pour-les-personnes-agees.gouv.fr. Les labels obtenus et une synthèse des évaluations externes seraient également diffusés sur ce portail. L'objectif : fournir aux personnes âgées et à leurs familles des informations fiables, transparentes, facilement appropriables, à l'image de ce que d'autres pays, notamment les Etats-Unis avec le *nursing home compare* de Medicare, ont déjà mis en place.

LES AUTRES PROPOSITIONS

Charger la Haute autorité de santé (HAS) d'établir un référentiel national d'évaluation des établissements. L'évaluation externe obligatoire n'a pas donné pleine satisfaction, les organismes n'ayant pas tous la même approche et les critères actuels n'étant pas nécessairement les plus pertinents. Sur la base des dispositions de la future loi santé, la Haute autorité de santé (HAS) serait chargée de construire un référentiel unique qui serait mis en œuvre d'ici 2021.

Concrétiser une logique de « chez soi » en expérimentant de véritables « projets de vie personnalisés » en établissement. Elle se traduirait notamment par un document contractuel obligatoire entre l'établissement et la personne. Il permettrait, par exemple, de fixer avec la personne, par exemple, les horaires des repas, des soins, activités de vie sociale et de rééducation. Cette expérimentation doit permettre de définir les conditions d'une généralisation de la démarche et de mettre en œuvre concrètement une logique de « chez soi ».

PRIORITÉ N°4

PARCOURS DE LA PERSONNE ÂGÉE : METTRE FIN AUX SILOS POUR SIMPLIFIER LA VIE DES PERSONNES

L'entrée dans la perte d'autonomie et la gestion des nombreux intervenants qu'elle implique s'apparente trop souvent à un parcours du combattant. La spécificité de la personne âgée réside dans la grande diversité de ses besoins, qui font appel à des interventions multiples : besoin de soin, besoin d'actes d'hygiène, besoin d'accompagnement dans les actes de la vie quotidienne, besoin de lien social, besoin de prises en charge expertes à domicile, en établissement ou à l'hôpital. La coordination de ces interventions ne peut reposer sur les seules personnes âgées ou sur leurs aidants. L'objectif : assurer une continuité de l'accompagnement pour prévenir les ruptures de prise en charge, parfois dramatiques.

ASSURER LA CONTINUITÉ DE L'ACCOMPAGNEMENT DE LA PERSONNE ÂGÉE

Créer un guichet unique du grand âge. Il est nécessaire de mettre en place une porte d'entrée unique dans les prises en charge, facilement identifiable et mobilisable dès les premiers signes de perte d'autonomie. Dédiée à la personne âgée et à ses proches aidants, elle doit être unique et doit donc se substituer aux nombreux dispositifs existants pour offrir un service homogène sur le territoire national.

Décloisonner les interventions des acteurs et coordonner les accompagnements

dans une logique partenariale. Il doit être mis fin aux interventions en silos des acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux. Les transitions en entrée et en sortie d'hospitalisation doivent en particulier être mieux préparées. L'hospitalisation doit être évitée. Une coordination au quotidien doit également être mise en place pour fluidifier la transmission d'informations sur l'état de santé ou de perte d'autonomie de la personne, ou encore pour harmoniser les plannings et mieux répartir dans le temps les interventions au domicile des per-

sonnes, par exemple pour assurer une présence le week-end ou en période estivale, ou pour éviter autant que possible les interventions trop rapprochées.

Organiser le séjour à l'hôpital pour éviter les ruptures de parcours et promouvoir une culture de la bienveillance. Le séjour à l'hôpital est trop souvent synonyme

d'aggravation de la perte d'autonomie de la personne âgée, que ce soit en raison de passages évitables aux urgences ou d'une insuffisante prise en compte de ses spécificités, notamment des polypathologies, au sein des services hospitaliers. L'hôpital doit s'organiser autour de la personne âgée, et mieux répondre à ses besoins.

PROPOSITIONS CLES POUR FLUIDIFIER LES PARCOURS

Mettre en place des « Maisons des aînés et des aidants » dans chaque département. L'objectif est de généraliser une offre d'information, d'orientation, d'aide aux démarches administratives et de gestion des cas dits complexes au sein d'un guichet unique. Outre ces missions, les Maisons des aînés et des aidants proposeraient un appui aux aidants, des mises en relation des acteurs et un appui à la coordination des différents acteurs sociaux, sanitaires et médico-sociaux. Une marque nationale « Maisons des aînés et des aidants » serait créée, associée à un cahier des charges national.

Les acteurs locaux (ARS, Conseils départementaux, caisses de retraite, CCAS, etc.) seraient libres de définir localement les modalités d'organisation de ce service. Une obligation de couverture du territoire serait posée. Les Maisons des aînés et des aidants se substitueraient aux dispositifs d'accueil et de coordination existants (CLIC, MAIA, Paerpa, PTA, plateformes de répit notamment).

Définir par voie législative un droit commun au parcours de santé et d'autonomie pour les personnes âgées. L'affirmation de ce droit marquerait un changement d'approche en créant une

obligation de coordination des acteurs, dans une logique de continuité et de fluidité des parcours. L'objectif : accroître la réactivité des acteurs et des institutions et apporter des réponses coordonnées.

Contribuer au maintien à domicile de la personne âgée en généralisant des équipes hospitalières mobiles. Ces équipes hospitalières, pouvant intégrer des expertises rares, interviendraient en soutien des autres acteurs du domicile afin de mieux prévenir les hospitalisations. Elles sont aujourd'hui peu nombreuses et interviennent surtout au sein de l'hôpital. Elles doivent être généralisées. Les équipes mobiles de gériatrie ou de gérontopsychiatrie doivent se projeter vers les lieux de vie des personnes âgées. Il s'agit également de généraliser les permanences téléphoniques ou numériques gériatriques et de développer les outils numériques (messageries sécurisées, télé-médecine et télé-expertises) au sein de l'hôpital.

Tendre vers l'objectif de « zéro passage évitable aux urgences ». Les passages non justifiés dans les services des urgences peuvent être des sources majeures d'aggravation de la perte

d'autonomie. Un objectif ambitieux doit être fixé en la matière. **La mise en place d'une filière d'admissions directes des personnes âgées polypathologiques dans les services hospitaliers** (particulièrement en gériatrie, médecine interne, médecine post-urgence, soins de suite et de réadaptation) permettrait de limiter leurs passages aux urgences. Les personnels des SAMU, les pompiers et ambulanciers doivent être outillés pour repérer les urgences psychosociales des personnes âgées à domicile

et orienter vers les dispositifs pertinents des champs sanitaire, social et médico-social.

Créer des incitations financières pour les hôpitaux pour éviter les réhospitalisations et les passages évitables aux urgences. Dans le cadre du financement de l'hôpital, des bonus/malus associés à deux indicateurs clés seraient créés : le taux de réhospitalisation à 30 jours d'une part et un indicateur fiabilisé de suivi des passages aux urgences des personnes âgées d'autre part.

AUTRES PROPOSITIONS

Généraliser les plans personnalisés de santé (PPS) à compter de 2020. Ce plan d'action est commun aux différents professionnels intervenant auprès de la personne âgée. Il donne lieu à une tarification au forfait pour des spécialités variées. Dans ce nouveau cadre de coordination clinique de proximité, dont le médecin traitant constitue le pivot, le PPS pourra ouvrir l'accès à de nouvelles prises en charge de prestations par l'assurance maladie y compris pour des professionnels non-nomenclaturés (par exemple les ergothérapeutes ou les psychologues).

Garantir et rendre obligatoires des systèmes d'information partagés entre les secteurs sanitaire, social et médico-social. L'articulation des systèmes d'information doit permettre l'échange et le partage des informations pour la prise en charge des personnes âgées tout au long de leur parcours, quels que soient les types de structures, de processus et de professionnels concernés.

Anticiper et organiser la sortie d'hospitalisation. Le suivi médical et les services sociaux nécessaires au maintien à domicile de la personne âgée doivent être organisés avant la sortie d'hôpital.

PRIORITÉ N°5

UNE NOUVELLE OFFRE POUR CONCRÉTISER LE LIBRE CHOIX DE LA PERSONNE

L'ensemble de l'offre doit évoluer vers une approche plus attentive aux besoins des personnes. L'offre de demain devra sortir d'une approche binaire et du cloisonnement entre EHPAD et domicile pour proposer à la personne âgée une gamme de solutions intermédiaires, mieux articulées entre elles, permettant un vrai choix.

TRANSFORMER L'OFFRE EN PROFONDEUR

Mieux intégrer établissement et domicile. L'objectif du décloisonnement EHPAD-domicile est triple : fluidifier les transitions entre établissement et domicile pour les personnes, par exemple en organisant une transition progressive en amont de l'entrée en établissement, mutualiser les compétences gériatriques et faciliter la mobilité des professionnels des EHPAD. Le fonctionnement coordonné des EHPAD avec les acteurs sociaux, sanitaires et médico-sociaux de leur territoire doit devenir la règle.

Proposer des alternatives au domicile et à l'EHPAD pour une vraie liberté de choix. Un accent fort doit être mis sur le développement d'habitats groupés (résidences autonomie, résidences services, habitat inclusif et intergénérationnel) pou-

vant proposer des services collectifs (restauration, loisirs, blanchisserie, etc.) et offrir une mixité sociale et/ou intergénérationnelle.

Ouvrir l'EHPAD sur son territoire et en faire un centre de ressources du grand âge. L'EHPAD doit changer de modèle. Centre de ressources au service de son territoire, il doit se rapprocher des acteurs du domicile. Différentes solutions d'accueil doivent être développées : hébergement temporaire systématisé, accueil de jour, activités partagées entre résidents et personnes âgées restées à domicile, etc.. Cet EHPAD plus ouvert doit pouvoir proposer des services de proximité (restauration, salon de coiffure, crèche, salle de spectacle, etc.), ouverts à tous les âges.

Rééquilibrer l'offre entre les territoires. L'offre d'accompagnement et de soin doit être répartie sur les territoires en fonction des besoins identifiés. Elle tiendra compte des choix faits par les collectivités territoriales mais nécessitera un rééqui-

brage vers les territoires dont l'évolution démographique appelle un effort supplémentaire et vers les territoires les moins bien dotés financièrement à l'heure

PROPOSITIONS CLÉS POUR CONCRÉTISER LE LIBRE CHOIX DE LA PERSONNE

Créer un fonds d'accompagnement de 150 M€ par an pour restructurer l'offre. Le secteur a fait preuve d'une grande capacité d'innovation. Il s'agit par exemple d'EHPAD hors les murs regroupant différents services ou de plateformes de proximité permettant à un opérateur de proposer des services de structures et d'autorisations distinctes (SAAD, SSIAD, hébergement permanent, temporaire, accueil de jour...). Ces innovations doivent désormais changer d'échelle. Ce fonds, doté de 150 millions d'euros par an, permettrait de financer des frais d'ingénierie et des coûts de transition, en particulier les actions de formation nécessaires à la nouvelle organisation retenue, des investissements matériels (système d'information, matériel informatique, locaux...) ou des prestations d'accompagnement à la conduite du changement mutualisées entre établissements.

Créer un nouveau statut d'« établissement territorial » pour les personnes âgées. Pour favoriser les pratiques de décroisement entre établissement et domicile, il est proposé de créer un nouveau type d'établissement social et médico-social baptisé « établissement territorial ». Ces structures relèveraient, dès leur création, d'un régime d'autorisation glo-

bal et pourraient regrouper EHPAD, SSIAD et SAAD. L'objectif est de donner un cadre financier stable aux expérimentations en cours. Ce dispositif permettrait de créer des centres de ressources du grand âge sur chaque territoire. Ils offriraient une palette complète de services y compris médicaux ou de télémedecine, en même temps qu'un cadre pour la professionnalisation des métiers du grand âge.



Accroître les capacités d'accueil en résidences autonomie. Il est nécessaire de créer une offre d'hébergement collectif, financièrement accessible, proposant un niveau minimal de services mutualisés aux résidents (restauration, blanchisserie, mise à disposition d'un local pour un SAAD, etc.). Les capacités d'accueil en résidences autonomie doivent donc être

développées. Plusieurs mesures sont proposées : étendre le financement des résidences autonomie à des prêts davantage subventionnés (PLUS), simplifier la procédure de création de ces résidences en remplaçant l'appel à projets par une autorisation, inclure dans le décompte des logements sociaux prévu par la loi SRU un sous-objectif spécifique pour les logements dédiés aux personnes âgées.

Développer et sécuriser l'accueil familial en l'adossant à des structures professionnelles. La loi doit prévoir un cadre

clair, incitatif et sécurisant pour l'accueil familial afin de développer résolument cette possibilité. Il est notamment proposé de sécuriser cet accueil et de le professionnaliser en adossant les accueillants familiaux à un établissement ou service médico-social, soit par le développement du salariat, soit en rendant obligatoire pour les accueillants familiaux non-salariés l'accompagnement par un établissement ou un service ressource. Le Conseil départemental garderait son pouvoir d'agrément ainsi qu'un rôle dans le suivi des personnes accueillies.

AUTRES PROPOSITIONS

Mieux structurer l'offre publique en regroupant les petites structures et en envisageant le détachement des EHPAD des plus grands centres hospitaliers. Le secteur public, qui représente près de 50 % des places, est atomisé avec des établissements de petite taille sans mutualisation de l'encadrement ou des fonctions support. L'objectif est la mise en commun de ressources et une meilleure coordination. Ce détachement ne concernerait pas les

hôpitaux de proximité, futurs acteurs clés dans la prise en charge des personnes âgées sur leur territoire.

Accorder en priorité les autorisations de création de places en EHPAD et en SSIAD aux territoires carencés selon un indicateur clair. Cet indicateur serait la dépense moyenne départementale en soins de *nursing* par personne de plus de 75 ans.

PRIORITÉ N°6

RESTE À CHARGE EN ÉTABLISSEMENT : FAIRE BAISSER LA CONTRIBUTION DES PERSONNES MODESTES

Aujourd'hui, les restes à charge sont élevés en établissement : la participation financière des résidents, une fois versées les différentes allocations et les contributions des obligés alimentaires, est estimée à un peu moins de 1 850 euros par mois pour la moitié d'entre eux. Une action ciblée est proposée en direction des familles modestes.

LES AXES DE TRAVAIL SUR LE RESTE À CHARGE EN ÉTABLISSEMENT

Porter l'effort financier de la collectivité en priorité sur les personnes modestes. Les mesures proposées sont destinées en priorité aux personnes dont les revenus courants atteignent entre 1000 et 1600 € par mois, ainsi qu'aux personnes très modestes, bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement.

Tenir compte de la capacité des ménages à financer un séjour en établissement. Pour de nombreuses personnes, les capacités contributives (revenus courants, patrimoine immobilier, patrimoine

financier) permettent de financer ce reste à charge. Ainsi, environ 3 personnes sur 4 ont aujourd'hui en moyenne les moyens de faire face au coût de la résidence en EHPAD pour une durée d'au moins 6 ans. Ce chiffre reste théorique, s'agissant d'une moyenne, et tient compte de l'ensemble des ressources et du patrimoine des ménages. Il démontre la pertinence d'une stratégie de baisse du reste à charge ciblée sur les revenus modestes et très modestes, en parallèle d'une rénovation des instruments de mobilisation du patrimoine des ménages.

LES PROPOSITIONS POUR UNE BAISSE DU RESTE À CHARGE CONCENTRÉE SUR LES CATÉGORIES MODESTES

Une diminution de 300 € par mois du reste à charge pour les personnes gagnant entre 1 000 et 1 600 € par mois.

Cette mesure concernerait 35 % des résidents en EHPAD. Elle serait ciblée sur les catégories modestes ne bénéficiant pas de l'aide sociale à l'hébergement (ASH). Cette baisse serait obtenue à travers la mise en place d'une nouvelle prestation, dégressive en fonction des ressources, pour les résidents en EHPAD. La prestation serait de 300 € par mois pour des ressources inférieures à 1 600 € par mois puis serait dégressive jusqu'à 50 € par mois pour les personnes disposant de plus de 3 200 € de ressources mensuelles.

Un « bouclier autonomie » pour la perte d'autonomie de longue durée de 740 € par mois en moyenne.

Ce bouclier serait activé dès lors qu'une personne réside en EHPAD depuis plus de 4 ans, en situation de perte d'autonomie. Il concernerait 90 000 personnes soit 15 % des résidents d'EHPAD et d'ESLD. Concrètement, grâce au bouclier autonomie, l'assurance maladie financerait la quasi-totalité du reste à charge pour ces publics en perte d'autonomie lourde et de longue durée, particulièrement pénalisante financièrement. La différence entre le reste à charge et 90 % des ressources courantes du résident serait intégralement couverte. La prise en compte de 90 % des ressources du résident permettrait de laisser un « reste à vivre » correspondant à 10 % de ses ressources courantes. Cette mesure

représente un gain moyen pour les personnes éligibles de l'ordre de 740 € par mois.

Aide sociale à l'hébergement (ASH) : réévaluation, harmonisation des pratiques entre départements et suppression de l'obligation alimentaire pour les petits enfants.

Afin d'assurer une meilleure égalité de traitement des bénéficiaires de l'ASH, il est proposé d'harmoniser les pratiques des Conseils départementaux, notamment à travers la mise en place de règles nationales concernant les ressources et les charges prises en compte dans le calcul de l'aide. Une hausse du reste à vivre de 50 euros par mois pour les bénéficiaires de l'ASH est proposée. Elle concernerait près de 110 000 personnes à faibles ressources. Il est par ailleurs proposé de supprimer l'obligation alimentaire, pour les petits-enfants dans un premier temps.

Une mesure de baisse du reste à charge pour l'ensemble des résidents en EHPAD, quel que soit leur niveau de ressources, à travers la fusion des tarifs soins et dépendance.

- Cette fusion consiste à changer le mode de financement d'une partie des coûts de la prise en charge en EHPAD. Alors que ces dépenses sont aujourd'hui financées à la fois par les familles et par les Conseils départementaux, ces dépenses seraient demain financées par l'assurance maladie, dans une logique universelle.

Cela signifie concrètement une baisse du reste à charge pour l'ensemble des résidents, quel que soit leur niveau de ressources. Une partie de ces dépenses restera néanmoins portée par les familles. Au total, cette mesure représente une **baisse des dépenses aujourd'hui acquittées par l'ensemble des familles de 200 millions d'euros**.

- En outre, des transferts interviendraient entre la section hébergement, financée essentiellement par les familles, et la nouvelle section issue de la fusion, financée par l'assurance maladie. Ces transferts concerneraient par exemple une quote-part des frais généraux de gestion et de management, charges financières, dépenses de diététiciens voire une part plus importante de la masse salariale des agents de service. Ce transfert de charges des familles vers l'assurance maladie représenterait

une baisse de la contribution financière de l'ensemble des **familles de l'ordre de 200 millions d'euros**.

Financer la rénovation des EHPAD publics grâce à un plan d'investissements de 3 Md€. Cet effort d'investissement public limiterait le reste à charge en évitant la répercussion des travaux de rénovation, inévitables pour de nombreux établissements, sur les tarifs facturés aux résidents. Il constitue une garantie de pérennité du parc public d'établissements pour personnes âgées, dans lequel la participation financière des résidents est aujourd'hui en moyenne inférieure à celle constatée dans le parc privé. Objectif : garantir la présence en proximité des personnes d'une offre publique accessible sur le plan financier.

PRIORITÉ N°7

LUTTER CONTRE L'ISOLEMENT DE LA PERSONNE AGÉE ET DES AIDANTS

On ne peut concevoir une action forte en faveur des personnes âgées sans s'engager fermement auprès des proches aidants, dont le rôle est essentiel. L'intervention de la collectivité est nécessaire pour reconnaître et mieux soutenir les aidants. Dans le même mouvement consistant à favoriser la présence non-professionnelle auprès de la personne, le bénévolat et la présence de jeunes auprès des personnes âgées doivent être développés.

SOUTENIR LES PROCHES AIDANTS ET ENCOURAGER LA PRESENCE CITOYENNE

Faciliter les démarches des proches aidants. Le proche aidant accompagne la personne âgée dans toutes ses démarches, qu'elles soient administratives ou liées à la coordination des professionnels de santé, médico-sociaux ou sociaux. Ces multiples démarches, consommatrices de temps et d'énergie, doivent être allégées et simplifiées.

Mieux concilier rôle de proche aidant et vie professionnelle : un enjeu du dialogue social en entreprise. L'articulation entre ces deux rôles peut nécessiter des aménagements de temps de travail, la mobilisation de congés, le refus d'offres d'évolution professionnelle voire l'interruption de l'activité professionnelle. Souvent gérée par le proche aidant

seul, elle est susceptible de générer stress, épuisement, voire des pertes de revenus ou des ruptures professionnelles. Les entreprises et les partenaires sociaux doivent être mobilisés fortement sur cet enjeu.

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

Mobiliser des bénévoles et des jeunes auprès des personnes âgées en

perte d'autonomie. Rompre l'isolement de la personne âgée nécessite d'insérer la personne âgée dans un réseau de liens, en rapprochant différentes générations. L'accompagnement professionnel et le

couple aidant-aidé doivent être complétés par la présence de bénévoles de tous âges. Ce sont ces trois strates qui doivent permettre de maintenir la personne dans un environnement social vivant.

PROPOSITIONS CLES POUR SOUTENIR LES PROCHES AIDANTS ET DÉVELOPPER LES LIENS INTERGÉNÉRATIONNELS

Simplifier les démarches avec les Maisons des aînés et des aidants et améliorer l'accès à de nouvelles solutions de répit. Présentes dans chaque département, les Maisons des aînés et des aidants auraient une mission centrale auprès des proches aidants : appui, aide à la coordination des professionnels, information, orientation etc. La nouvelle « prestation autonomie », avec un volet spécifique dédié au répit, permettra de mobiliser pleinement ce droit.

Indemniser le congé de proche aidant. Il est proposé d'instaurer une indemnisation du congé de proche aidant, financée par la solidarité nationale. Le montant de l'indemnité serait aligné sur celui de l'allocation journalière de présence parentale (prestation destinée aux parents s'occupant d'enfants gravement malades, accidentés ou en situation de handicap).

Faire de la conciliation du rôle d'aidant et de la vie professionnelle un sujet obligatoire du dialogue social et un critère de responsabilité sociale et environnementale des entreprises. La situation des proches aidants salariés doit être mentionnée de façon explicite dans la liste des sujets obligatoires de négociation de branche tous les 4 ans. Afin de mesurer

l'effectivité des actions mises en œuvre, un item relatif aux proches aidants devra figurer dans le bilan social annuel de l'entreprise. Les couvertures assurantielles collectives à destination des proches aidants pourraient se développer, améliorant d'autant la couverture des aidants salariés contre le risque de perte de revenus. En parallèle, un critère spécifique « conciliation entre vie professionnelle et vie privée des salariés aidants » serait introduit dans le cahier des charges du label égalité professionnelle.

Mobiliser le service national universel et le service civique auprès des personnes âgées. Le service civique est aujourd'hui mobilisé auprès des personnes âgées. Il est proposé de définir au niveau national une proportion de missions de service civique en proximité des personnes âgées pour renforcer la mobilisation actuelle. Par ailleurs, les associations œuvrant dans le champ de l'autonomie devront se porter candidates en tant que lieu d'accueil des jeunes pour les périodes d'engagement, obligatoires ou volontaires, prévues dans le cadre du service national universel. La mobilisation du service civique et du service national universel doit se faire dans un souci de complémentarité, et non de substitution, avec les interventions professionnelles.



AUTRES PROPOSITIONS

Utiliser le dossier médical partagé pour améliorer le suivi médical des aidants. Il est proposé de mentionner dans le dossier médical partagé (DMP) de la personne âgée le nom et les coordonnées du proche aidant afin de faciliter son suivi médical par le médecin traitant. Inversement, le DMP du proche aidant mentionnerait la situation de proche aidant de l'intéressé.

Mobiliser les Conférences des financeurs pour la perte d'autonomie sur le soutien aux actions innovantes en faveur

des aidants. Dans le cadre des Conférences des financeurs, la formalisation d'une stratégie départementale en faveur des proches aidants serait obligatoire sur la base d'une feuille de route annuelle.

Renforcer l'attractivité des produits d'assurance privée en développant de nouveaux services aux aidants, mobilisables dès la souscription du contrat d'assurance (aide psychologique, information, assistance téléphonique, voire financement d'une solution de répit).

PRIORITÉ N°8

AUGMENTER L'ESPÉRANCE DE VIE EN BONNE SANTÉ EN RENFORÇANT LA PRÉVENTION

Aujourd'hui, en France et dans d'autres pays, les stratégies précoces de prévention ont des effets tout à fait positifs, qu'il s'agisse du maintien de l'autonomie physiologique ou cognitive. Il s'agit là d'un motif d'espoir, porteur d'une ambition nouvelle. Il est indispensable que notre pays investisse fortement ce champ et franchisse un cap nouveau pour une stratégie globale de prévention de la perte d'autonomie.

MOBILISER L'ENSEMBLE DES ACTEURS EN FAVEUR DE L'APPROCHE PRÉVENTIVE

Se donner un objectif ambitieux d'augmentation de l'espérance de vie en bonne santé à 65 ans. Les Français ont une espérance de vie élevée par rapport à leurs homologues européens mais ce vieillissement intervient dans un état de santé nettement plus dégradé. La France doit se fixer un objectif chiffré d'augmentation de l'espérance de vie en bonne santé à 65 ans. Ambitieux, cet objectif doit être une priorité pour l'ensemble des politiques de santé publique et matérialiser une mobilisation nationale en faveur d'une approche préventive.

Proposer une nouvelle offre de prévention et sensibiliser le grand public. Une offre nouvelle de prévention de la perte d'autonomie doit être mise en place au-

tour d'un diagnostic individuel de prévention réalisé par des professionnels de santé. Ce rendez-vous doit être le moment de repérage des fragilités. Cette nouvelle offre doit être relayée par une campagne de sensibilisation du grand public, à l'image des campagnes réalisées dans les pays nordiques sur les comportements de prévention (activité physique, nutrition, prévention des chutes notamment), qui ont produit des résultats.

Développer une culture métier partagée en formant massivement les professionnels à la prévention. Les professionnels intervenant au quotidien auprès de la personne âgée, à domicile comme en établissement, sont les premiers acteurs de la prévention. L'effort de formation et

d'évolution des compétences en matière de prévention concerne donc l'ensemble des professionnels. Le repérage des fragilités doit aussi devenir une priorité partagée.

Diffuser les démarches de prévention dans l'ensemble des structures du grand âge. Il est nécessaire de sensibiliser toutes les structures, médico-sociales notamment, à l'impératif de détection des fragilités et de prévention, pour les personnes en perte d'autonomie comme pour leurs proches aidants. Cette mobilisation interpelle notamment les pratiques d'évaluation des besoins des personnes et de suivi de leur évolution pendant la période d'accompagnement et de soin. Elle appelle un appui volontariste des Conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie.

Renforcer le pilotage et l'évaluation de la politique de prévention. L'effort de mise en cohérence des interventions des différents financeurs, qui a connu une étape importante avec la création des

Conférences des financeurs, doit notamment être approfondi. Par ailleurs, la cohérence nationale des actions de prévention reste insuffisante, alimentant la critique d'une dispersion des financements. Enfin, les actions de prévention doivent être davantage orientées selon la preuve de leur impact sur la préservation de l'autonomie des personnes.

Inciter à la recherche fondamentale et à la recherche clinique sur le vieillissement. La politique du grand âge, et notamment la politique de prévention de la perte d'autonomie, doit demain reposer sur des travaux de recherche reconnus, dans toutes les disciplines. Elle suppose une mise en réseau des acteurs pour une circulation des savoirs entre les disciplines. Il s'agit notamment de mieux comprendre les mécanismes du vieillissement, de la fragilité et de la dépendance, de mieux identifier les biomarqueurs des pathologies liées à l'âge et responsables du déclin fonctionnel de la personne âgée. D'importants progrès sont possibles en la matière.

PROPOSITIONS CLES POUR FRANCHIR UN NOUVEAU CAP EN MATIÈRE PRÉVENTION

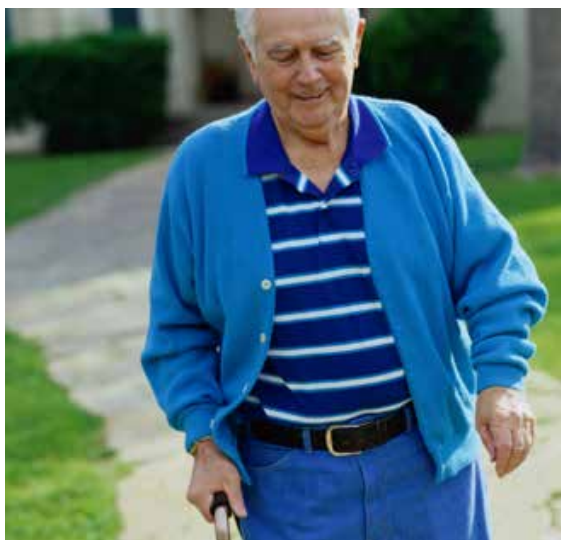
Déployer une nouvelle approche de la prévention, alignée sur les standards internationaux. Les recommandations du programme ICOPE, validées par l'Organisation mondiale de la santé à l'automne 2018, doivent constituer la matrice d'une approche renouvelée et systémique de la prévention de la perte d'autonomie. Ce programme repose sur le suivi de cinq « capacités intrinsèques » de la personne âgée : la mobilité, la cognition (mémoire et orientation temporelle), le

sensoriel (audition, vision), le psycho-social (bien-être psychique), et la vitalité (nutrition, préhension notamment). Cette nouvelle approche suppose de développer des actions de prévention ciblées :

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

cinq capacités intrinsèques, en s'appuyant notamment sur les nouvelles technologies.

Créer un rendez-vous de prévention de l'avancée en âge proposé à trois âges clés. Un accompagnement individualisé doit relayer l'effort de sensibilisation collective. Il doit mobiliser au premier chef le médecin traitant. Ce rendez-vous de prévention, mobilisable pendant une période de 5 ans, interviendrait à trois âges clés, notamment lors du passage à la retraite qui est un temps fort de changement. Ciblé prioritairement, dans un premier temps, sur les personnes les plus vulnérables et les territoires à risque, ce rendez-vous de prévention privilégie une approche multidimensionnelle de la personne associant notamment volets sanitaire et social. L'objectif est d'inciter à la modification des comportements le plus en amont possible, à partir d'une identi-



cation des fragilités de la personne.

Inscrire la prévention dans la formation initiale et continue de tous les professionnels. Il est proposé d'inscrire de façon obligatoire dans la formation initiale des professionnels (professionnels de santé, travailleurs sociaux et professionnels de l'aide à domicile) des modules sur la pré-

vention de la perte d'autonomie et le repérage des fragilités de la personne âgée. Des modules de formation continue interprofessionnels seraient par ailleurs créés.

Imposer aux structures d'accompagnement et de soin une formation des personnels au repérage des fragilités. Il est proposé de mobiliser les EHPAD, SAAD, SSIAD et SPASAD dans la formation de leurs effectifs aux démarches préventives. Des objectifs obligatoires de formation pourraient être établis. Ces formations pourraient donner lieu à des financements spécifiques dans le cadre des Conférences des financeurs ou du nouveau Fonds qualité.

Déployer au sein des hôpitaux une stratégie globale de prévention. Cette stratégie reposerait notamment sur l'évaluation de l'autonomie des personnes âgées par les aides-soignants et infirmiers des services de médecine et de chirurgie, lors de l'admission et de la sortie de l'hôpital. Elle nécessiterait de diffuser des outils de pratiques cliniques sur les facteurs de perte d'autonomie iatrogène, c'est-à-dire sur les facteurs de perte d'autonomie occasionnés par le traitement médical lui-même, ainsi que sur les bonnes pratiques de conciliation médicamenteuse.

Renforcer le pilotage national de la politique de prévention de la perte d'autonomie. Il est proposé de fixer au niveau national et de façon pluriannuelle des axes prioritaires de prévention de la perte d'autonomie. Ces axes, en nombre resserré, seraient obligatoires pour les Conférences des financeurs et se verraient flécher une part des concours financiers de la CNSA aux Conférences. Les Conférences préserveraient leur pleine autonomie de décision pour l'utilisation de la part restante des concours financiers attribués par la CNSA. En contrepartie de ce cadrage national renforcé, il est proposé

de renforcer la transparence sur leurs moyens à travers une trajectoire plurian-

nuelle des montants des concours versés par la CNSA.



AUTRES PROPOSITIONS

Lancer une campagne nationale pluriannuelle de sensibilisation à la prévention. Un effort majeur de sensibilisation du grand public sur la prévention de la perte d'autonomie, axé sur les comportements du quotidien (l'activité physique, l'alimentation, le sommeil) et la nécessité d'anticiper l'avancée en âge (adaptation du logement, maintien du lien social), est nécessaire.

Créer un centre de preuves de la prévention de la perte d'autonomie. Les pratiques de prévention sont jusqu'ici faiblement documentées et fondées sur la preuve. La création d'un centre de preuve a pour objectif d'apporter une visibilité aux acteurs et décideurs de terrains sur les actions probantes ou prometteuses.



FINANCEMENT ET GOUVERNANCE

FINANCER UN NOUVEAU RISQUE DE PROTECTION SOCIALE

Les mesures proposées appellent un effort financier de la nation en faveur des personnes âgées en perte d'autonomie, à la fois pour faire face aux évolutions démographiques à venir, mais également pour financer les mesures nouvelles nécessaires. Ces propositions doivent être mises en œuvre dans un cadre rénové de gouvernance financière de la politique publique du grand âge. Ce renouvellement doit s'inscrire dans des choix clairs de financement et de priorisation de la dépense publique.



RECONNAÎTRE LA PERTE D'AUTONOMIE COMME UN RISQUE DE PROTECTION SOCIALE À PART ENTIÈRE

La reconnaissance de la perte d'autonomie des personnes âgées comme **risque de protection sociale** constitue un symbole fort, **signe d'une prise de conscience collective de la nation**. Cette reconnaissance affirme la nécessité d'agir pour se prémunir face à ce risque et couvrir ses conséquences pour les personnes, à travers la mobilisation de la solidarité nationale. Il est donc nécessaire de marquer cette prise de conscience, et d'affirmer que parmi les différents modes de prise en charge (la solidarité familiale et l'assurance privée notamment), c'est bien la solidarité nationale, à travers **une couverture financière publique, qui doit jouer un rôle prépondérant**.

Devant les enjeux particulièrement lourds soulignés par la concertation, les réformes futures doivent être construites dans un cadre financier et politique clair.

Afin de sécuriser le financement de la perte d'autonomie de la personne âgée dans le temps, et de bâtir un **pilotage plus démocratique** de cette politique publique du grand âge, il est proposé **d'intégrer le risque de perte d'autonomie dans le champ des lois de financement de la sécurité sociale**. Cela signifie :

- Que le Parlement serait conduit chaque année à voter un objectif de dépenses se rattachant à la perte d'autonomie et, dans ce cadre, de débattre des priorités de la politique du grand âge,
- Que serait portée dans le débat public, à l'occasion de ce débat parlementaire, une vision exhaustive de l'effort public en faveur de l'autonomie de la personne âgée, intégrant l'ensemble des dépenses publiques, notamment les dépenses des Conseils départementaux,

- Que les dépenses supplémentaires votées au Parlement seraient financées à parité entre la CNSA et les Conseils départementaux, affirmant ainsi la montée en charge de la solidarité nationale dans le financement de ce nouveau risque.

Ce nouveau risque de protection sociale pourrait à terme couvrir l'ensemble du champ de l'autonomie, handicap et grand âge, sans que le rapport méconnaisse les spécificités profondes de ces deux politiques.

AUGMENTER DE 35 % LA PART DE LA RICHESSE NATIONALE CONSACRÉE À LA PERTE D'AUTONOMIE DE LA PERSONNE ÂGÉE EN 2030 PAR RAPPORT A 2018

L'ambition des propositions issues de la concertation présente un coût. **Ces propositions conduiraient les dépenses publiques autour de 1,6 % du PIB en 2030 soit près de 35 % de plus qu'en 2018.** Environ 45 % de cette hausse proviendrait du seul effet du vieillissement démographique, les 55 % restants finançant les mesures proposées pour l'amélioration de la qualité de l'offre ou pour la baisse du reste à charge en établissement.

Les dépenses publiques augmenteraient ainsi, par rapport à 2018, pour atteindre 6,2 milliards d'euros en 2024 et de 9,2 milliards d'euros en 2030.

Cette ambition constitue également un investissement pour l'avenir et propose des pistes d'économies, notamment par une prévention active de la perte d'autonomie, une coordination des acteurs forte, limitant les hospitalisations évitables, la mise en emploi de personnes en parcours d'insertion ou de demandeurs d'emploi. Elle permettrait aussi des **gains d'efficience** par une réorganisation de l'offre médico-sociale, une baisse de l'absentéisme et des dépenses d'indemnités journalières maladie, résultant des mesures en faveur des professionnels et des proches aidants.

UN SCHÉMA DE FINANCEMENT PUBLIC LIMITANT LES HAUSSES DE PRÉLÈVEMENTS OBLIGATOIRES

À l'issue de la concertation, il apparaît que l'effort financier nécessaire au financement de l'évolution démographique et des mesures nouvelles proposées doit respecter deux principes fondamentaux :

- Le **recours à un financement public reposant sur la solidarité nationale**, dans la logique de la constitution d'un risque de protection sociale à part entière, le financement privé ayant une vocation complémentaire et facultative,

- **La mobilisation de prélèvements obligatoires existants**, plutôt que la création de nouveaux prélèvements, notamment en lien avec la fin de la dette sociale.

Sur le sujet de la création de nouveaux prélèvements obligatoires, **deux hypothèses ont été évoquées, sans être privilégiées à l'issue de la concertation** :

- **L'institution d'une nouvelle journée de solidarité**, c'est-à-dire une journée de travail supplémentaire des salariés non rémunérée, conduisant à l'augmentation de la CSA (contribution de solidarité pour l'autonomie) et de la CASA (contribution additionnelle pour de solidarité pour l'autonomie),
- **Une augmentation des droits sur les donations et sur les successions** d'un montant important. Cependant, si une telle réforme devait intervenir, son produit devrait être affecté par priorité au financement de la perte d'autonomie des personnes âgées.

Le financement public de la perte d'autonomie liée à l'âge est privilégié, la mise en place d'une assurance privée complémentaire obligatoire n'étant pas retenue. **Le schéma de financement proposé ne prévoit aucune hausse de prélèvement obligatoire.** Il se décline en deux temps :

- **En 2024**, date d'extinction de la dette sociale aujourd'hui amortie par la Caisse d'amortissement de la dette sociale, financée actuellement par la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS), la CRDS serait remplacée par un prélèvement social pérenne, dont le produit serait en partie affecté au financement de la perte d'autonomie. La réutilisation de cette recette existante garantirait l'absence de hausse des prélèvements obligatoires,
- **Avant 2024**, les dépenses seraient financées en recourant à l'affectation d'excédents du régime général, à une priorisation des dépenses relatives aux personnes âgées dans l'arbitrage de l'évolution des dépenses sociales, et à un décaissement du Fonds de réserve des retraites.

Il doit être également noté que les dépenses que financerait une contribution sociale se substituant à la CRDS constitueraient de nouvelles dépenses publiques, ce qui est neutre en termes de solde public par rapport à l'hypothèse d'extinction de la CRDS, mais augmenterait le déficit public au sens des engagements européens de la France par rapport à la situation actuelle. Il en va de même pour les dépenses financées par un décaissement du Fonds de réserves des retraites. La trajectoire ici dessinée devra donc être cohérente au regard de l'équilibre global des comptes publics, dont les enjeux débordent du cadre fixé à la concertation.

Avant comme après 2024, pour assurer la neutralité de la réforme sur le solde public, il convient d'assumer une stratégie de priorisation des dépenses liées à la perte d'autonomie par rapport aux autres dépenses sociales (retraite et santé notamment). Cette solution affirmerait clairement un arbitrage politique en faveur du grand âge compatible avec les engagements macroéconomiques globaux de la France. En effet, si l'ensemble des mesures proposées dans ce rapport étaient mises en œuvre, les dépenses publiques pour le grand âge augmenteraient de 0,4 point de PIB. Cette hausse doit être rapportée au volume global des dépenses de protection sociale, qui représentaient en 2016 34,3 % du PIB. L'effort de-

mandé représenterait ainsi un redéploiement d'environ 1,1% des dépenses de protection sociale.

EN COMPLÉMENT DE L'EFFORT PUBLIC, FAVORISER PRIORITAIREMENT LA MOBILISATION DES PATRIMOINES FINANCIERS ET IMMOBILIERS

Les scénarii d'assurance privée obligatoire proposés dans le cadre de la concertation cumulent plusieurs handicaps qui conduisent à ne pas proposer leur mise en place :

- Ils constituent de fait une épargne forcée des ménages qui n'est pas nécessairement souhaitable ou acceptable, alors même que l'acceptabilité sociale d'une cotisation privée obligatoire n'est pas *a priori* supérieure à celle d'un prélèvement public obligatoire.
- Ces scénarii créent des distorsions intergénérationnelles. En particulier, les modèles d'assurance privée obligatoire par répartition permettent de financer immédiatement les personnes actuellement en perte d'autonomie mais organisent de fait un transfert intergénérationnel massif des plus jeunes vers les plus âgés ;
- Les cotisations seraient vraisemblablement forfaitaires ou croissantes avec l'âge (voire avec le risque) mais pas avec les revenus : celles-ci pèseraient donc proportionnellement plus sur les moins aisés qu'un prélèvement proportionnel ;
- Ces modèles ne dispensent pas d'une intervention publique forte : encadrement des conditions de transférabilité des contrats, socialisation du risque long pour limiter les hausses des primes d'assurance, aides à la souscription pour les catégories les plus modestes.

En matière de financement privé, la priorité semble donc devoir être donnée à la mobilisation de l'épargne existante. La concertation a en effet démontré qu'en moyenne, 3 personnes sur 4 aujourd'hui ont les moyens de faire face au coût de la résidence en EHPAD pour une durée d'au moins 6 ans, si l'on retient l'hypothèse d'une pleine mobilisation de leur patrimoine financier et immobilier. Si ce résultat reste théorique, cela démontre la pertinence d'une stratégie de mobilisation des patrimoines, à partir d'instruments rénovés.

À très court terme, pour plus d'équité, il est proposé de **mieux valoriser le patrimoine dans le calcul de la nouvelle « prestation autonomie » à domicile** en intégrant la valeur de la résidence principale dans les ressources prises en compte pour le calcul de la prestation.

Ceci étant, le financement privé garde une place pleinement légitime, notamment pour les ménages relativement aisés, dans une position complémentaire au financement public par la solidarité nationale, sur deux aspects :

- La maturation du marché de l'assurance dépendance privée facultative, notamment à travers des contrats enrichis par la fourniture de services ;

- Le développement d'instruments innovants de mobilisation des patrimoines.

Un cadre clair et homogène doit être fixé pour les contrats d'assurance dépendance facultatifs afin de sécuriser les souscripteurs et de favoriser le développement de ce marché. L'exonération de taxe spéciale sur les contrats d'assurance, dont bénéficient les contrats d'assurance dépendance actuellement, serait conditionnée à une plus grande transparence vis-à-vis du souscripteur (clarté des règles de revalorisation des rentes, lisibilité des règles de transférabilité des droits et des référentiels d'évaluation de la perte d'autonomie). Les services aux souscripteurs, et notamment les services attachés au rôle de proche aidant (services de prévention, de conseil, d'assistance rapide et d'accompagnement) doivent être généralisés pour renforcer l'attractivité de ces produits.

Les nouveaux outils de mobilisation du patrimoine, financier et immobilier, doivent être encouragés. C'est en particulier le cas des sorties en rente viagère des produits d'épargne retraite, dont le régime social et fiscal est aujourd'hui moins intéressant que celui des sorties en capital. Concernant la mobilisation du patrimoine immobilier, plusieurs mesures sont proposées, notamment :

- **La création d'un prêt viager-dépendance** réservé aux personnes en perte d'autonomie lourde, à domicile ou en établissement. Ce prêt viager dépendance fonctionnerait comme un prêt viager hypothécaire classique mais ne serait proposé que dans les cas de perte d'autonomie avérée. L'établissement bancaire serait dès lors en mesure de proposer des taux inférieurs à ceux pratiqués pour le prêt viager classique.
- **La labellisation de produits viagers innovants.** Un label à dimension sociale, applicable aux investissements en viager comprenant une proportion minimale de logements modestes ou détenus par des populations à faibles revenus, pourrait améliorer la lisibilité et l'attractivité de ce type de produits ;
- **La création d'un observatoire du viager.** La diffusion de la vente en viager suppose à la fois de rendre plus transparents certains de ses mécanismes et d'accroître la confiance dans cet outil. L'information statistique sur l'ensemble des produits de viager (caractéristiques et comportements des épargnants concernés, gisements de clientèle pour les différents produits, etc.) est insuffisante, tout comme l'information mise à disposition du public sur les taux de rendement, les différents produits offerts, etc.

POUR UNE GOUVERNANCE CLARIFIÉE ET PARTENARIALE

La concertation débouche sur le constat unanime d'une nécessaire évolution des modalités de gouvernance et de pilotage de la politique du grand âge, dans le sens d'un plus grand partenariat, d'une clarification des responsabilités de chaque acteur, d'une simplification du pilotage et d'une plus grande homogénéité de traitement.

RENFORCER LA CONDUITE PARTENARIALE DE LA POLITIQUE DU GRAND ÂGE AU NIVEAU DÉPARTEMENTAL

La politique du grand âge est et restera une politique partenariale. Il est fondamental, dans l'intérêt des personnes âgées elles-mêmes, que les acteurs, légitimes dans leurs sphères de compétences respectives, s'articulent davantage et décroissent leurs interventions. L'enchevêtrement de compétences aujourd'hui constaté répond à la grande diversité des accompagnements mobilisés auprès d'une personne âgée en perte d'autonomie, de la prise en charge à l'hôpital au portage de repas, de l'aide à domicile à la mobilité inclusive. Cette grande diversité des interventions appelle une réponse intégrée et, partant, un renforcement des partenariats au niveau local.

- **Instaurer un co-pilotage des Maisons des aînés et des aidants entre ARS et Conseils départementaux.** Guichet unique de proximité dédié aux personnes âgées et à leurs proches aidants, les Maisons des aînés et des aidants assureraient les fonctions d'accueil, d'information, d'orientation et de gestion de cas complexes. Ce copilotage s'appuierait sur un partenariat entre ARS et Conseils départementaux, défini localement. Il garantirait une intégration de l'offre sanitaire et médico-sociale en proximité de la personne.
- **Créer des conférences départementales du grand âge.** Ces instances stratégiques de la politique du grand âge au niveau départemental intégreraient les conférences des financeurs et seraient dotées de missions élargies. L'objectif : favoriser l'innovation et la coopération entre les acteurs à travers de réelles dynamiques territoriales. Ces conférences définiraient une stratégie départementale de l'offre d'accompagnement et de soin aux personnes âgées et renforceraient les dynamiques partenariales locales. Elle regrouperait notamment le Conseil départemental, l'ARS, les organismes de sécurité sociale et engloberait les Conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie. Elle pourrait comporter, en fonction des besoins locaux, des formations spécialisées consacrées à des sujets transversaux tels que les métiers du grand âge, les systèmes d'information, la transformation de l'offre, le recueil et le traitement des alertes de maltraitance, l'adaptation du cadre de vie. La composition de ces forma-

tions spécialisées aurait vocation à être élargie aux acteurs départementaux spécialisés, hors du champ médico-social. L'objectif majeur de ce pilotage est de favoriser l'innovation et la coopération entre les acteurs à travers de réelles dynamiques territoriales.

- **Conforter le rôle d'animation territoriale du Conseil départemental pour le cadre de vie.** La politique du grand âge de demain doit intégrer l'adaptation du cadre de vie de la personne (mobilité, adaptation du logement, services de proximité, aménagement du territoire, urbanisme) et de son développement social. Dans ce contexte, il est nécessaire d'articuler la compétence du Conseil départemental en faveur des personnes âgées avec les compétences des communes et intercommunalités. Communes et intercommunalités sont chefs de file pour l'exercice des compétences relatives à la mobilité, l'organisation des services publics de proximité et l'aménagement de l'espace. Il est très souhaitable que les communes et intercommunalité exercent pleinement cette compétence en prenant en compte les personnes âgées. Sans préjudice de cette répartition des compétences, le Conseil départemental doit être positionné en ensemblier de ces politiques d'adaptation du cadre de vie des personnes âgées. Les schémas départementaux de l'autonomie intégreront des objectifs et actions d'amélioration du cadre de vie des personnes âgées. Le département aurait un rôle d'animation, en organisant des échanges de bonnes pratiques, des retours d'expérience, ou en cofinçant des projets expérimentaux.

UN PILOTAGE PLUS EFFICIENT DE L'OFFRE MEDICO-SOCIALE³

Malgré un réel investissement des acteurs, l'organisation actuelle ne porte pas sur les besoins de la personne. Cette organisation, peu lisible, ne permet pas d'assurer une égalité de traitement d'un territoire à l'autre, et est fortement consommatrice de ressources publiques en raison des coûts de coordination élevés qu'elle génère. Pour cette raison, il apparaît nécessaire d'engager une meilleure articulation des compétences en matière de pilotage de l'offre. Dans cette perspective, trois scénarii ressortent de la concertation.

Le scénario médian qui s'est dégagé de la concertation est le suivant :

- **Scénario n°1 : Un copilotage ARS/conseil départemental avec possibilité de délégation de compétences.**
Sur la base d'une contractualisation entre ARS et Conseil départemental, ce scénario permettrait de progresser vers une répartition simplifiée des compétences. Des délégations de compétences seront rendues possibles en matière de pilotage de l'offre, en fonction des circonstances locales. En règle générale, le pilotage des EHPAD et des SSIAD relèverait de l'ARS et celui des SAAD des Conseils départementaux. Concrètement, à travers la conclusion d'un contrat territorial d'autonomie entre l'ARS et

³ Le pilotage de l'offre médico-sociale recoupe les fonctions d'autorisation, de tarification, contractualisation des CPOM, dialogue de gestion, pilotage de la qualité pour l'offre en établissement (EHPAD) et à domicile (SAAD, SSIAD, SPASAD). Cette fonction englobe donc la responsabilité de la qualité du service rendu à la personne.

le Conseil départemental, ce dernier pourrait dans un département piloter la section « soin-dépendance » des EHPAD ou les SSIAD. Ces délégations pourraient être conclues dans les deux sens, un département pouvant déléguer la gestion des SAAD à l'ARS. Il est proposé dans un premier temps d'expérimenter ces types de délégation, avant d'envisager une généralisation de cette possibilité dès lors que des résultats probants auraient été constatés.

Deux scénarii plus clivants ont été examinés :

- **Scénario n°2 : l'ARS est l'interlocuteur de gestion unique de l'ensemble de l'offre médico-sociale, à domicile comme en établissement et le Conseil départemental est le pilote de la stratégie départementale et l'interlocuteur de proximité de la personne.**

Dans ce scénario, l'ARS deviendrait l'interlocuteur de gestion unique de l'ensemble de l'offre à domicile comme en établissement. Elle assurerait le pilotage des SAAD (pour les personnes âgées comme pour les personnes handicapées) et des EHPAD pour l'ensemble de leurs sections tarifaires, le Conseil départemental étant repositionné en tant que pilote de la stratégie départementale du grand âge.

- **Scénario n°3 : Le Conseil départemental est l'interlocuteur de gestion unique pour l'ensemble de l'offre médico-sociale à domicile comme en établissement, et l'ARS est recentrée sur ses missions de contrôle.**

Dans ce scénario, les Conseils départementaux deviendraient les interlocuteurs de gestion uniques pour l'ensemble de l'offre médico-sociale dans leur département, notamment pour les EHPAD et les SSIAD. Le département garderait ses missions de service des prestations, d'évaluation des besoins de la personne, d'animation de la politique du cadre de vie. Dans ce scénario, l'ARS serait repositionnée sur la régulation des établissements et professions de santé et dans ses missions d'inspection et de contrôle des acteurs médico-sociaux de la prise en charge. Le co-pilotage des Maisons des aînés et des aidants serait maintenu.

À l'issue de la concertation, le scénario n°1, qui permet un pilotage simplifié sur la base d'un accord local entre les différentes parties prenantes, est privilégié.



RENFORCER LES COMPÉTENCES DE LA CNSA, NOTAMMENT EN MATIÈRE DE PILOTAGE FINANCIER ET DE GARANTIES D'ÉQUITÉ ENTRE LES TERRITOIRES

Au niveau national, la CNSA, opérateur placé sous la tutelle de l'Etat, doit voir ses missions et ses compétences renforcées :

- Au premier chef sur ce qui constitue le cœur de ses missions actuelles et futures, à savoir le pilotage financier d'un risque de protection sociale, qui nécessite de consolider chaque année des données financières fiabilisées ;
- La CNSA doit également affermir sa compétence de garant de l'égalité de traitement entre les territoires, en publiant des données départementales d'évaluation de la qualité du service rendu à l'usager, et en renforçant le caractère contraignant des conventions pluriannuelles conclues avec les Conseils départementaux ;
- Elle devra développer ses missions transversales : pilotage d'un chantier de modernisation des systèmes d'information, appui à la mise en place du réseau de Maisons des aînés et des aidants, repérage et essaimage des bonnes pratiques. En particulier, la CNSA aurait la responsabilité du déploiement d'un chantier de modernisation et de rapprochement des systèmes d'information, sans viser la création d'un SI national unifié dont les risques en matière de coût, de mise en œuvre et d'appropriation par les utilisateurs paraissent importants. L'enjeu de l'articulation des systèmes d'information du secteur médico-social et du secteur sanitaire est majeur. Il doit être pris en compte dans les évolutions futures des systèmes d'information sanitaires. Il est proposé d'affecter **60 millions d'euros par an pendant 5 ans à ce chantier.**



ÉVALUER LA RÉFORME

La réforme mise en place dans un futur projet de loi et, plus globalement, à travers les chantiers qui suivront la publication du présent rapport, devra faire l'objet d'une évaluation indépendante, dans un horizon de 3 ans à compter de la promulgation de la loi.

Cette évaluation devra notamment permettre, sur la base d'objectivations rigoureuses, de définir les avancées réalisées et les avancées supplémentaires nécessaires. Elle portera notamment sur l'évolution des effectifs pour les métiers du grand âge, les capacités d'accueil temporaire ou permanent, les modes de rémunération des intervenants et en particulier de tarification des services à domicile (SSIAD et SAAD), la baisse du reste à charge en établissement et l'investissement en rénovation et/ou construction pour les établissements et les résidences autonomie.

Elle devra également permettre de tirer les compétences des changements intervenus en matière de gouvernance et de pilotage, tant au niveau local que national. Plus largement, en mobilisant des comparaisons internationales, la performance du système de gouvernance et de pilotage devra être évaluée de façon régulière afin de s'assurer de l'adaptation de ce dernier à la mise en place d'un nouveau risque de protection sociale.

Les résultats obtenus en matière de prévention, notamment à travers l'évolution de l'espérance de vie en bonne santé, feront l'objet d'un suivi spécifique.

