

COLLOQUE

RETRAITE ET VIEILLISSEMENT

édition 2023

Table ronde du vendredi 20 octobre 2023 : « Le virage domiciliaire de la prise en charge de la dépendance »

Animation : Vanessa Wisnia-Weill (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie - CNSA)

Intervenants :

- Karine Pérès (Institut national de la santé et de la recherche médicale – Inserm - Université de Bordeaux)
- Roméo Fontaine (Institut national d'études démographiques - Ined)
- Vincent Vincentelli (Union Nationale de l'Aide, des Soins et des Services aux Domiciles - Una)
- Laure de la Bretèche (Caisse des Dépôts)

Vanessa Wisnia-Weill précise que la question du virage domiciliaire est au cœur de la création de la 5^e branche de la Sécurité sociale. En effet, la convention d'objectifs et de gestion correspondant à la création de la 5^e branche inclut le pilotage de l'offre domiciliaire et met la question domiciliaire au cœur de l'offre médico-sociale nécessaire pour répondre aux besoins des publics.

Le virage domiciliaire correspond à la fois à une aspiration, une promesse, et à un changement de braquet de politique publique. Quelques chiffres pour situer le contexte : sur 17 millions de personnes âgées de plus de 60 ans, 95 % vivent à domicile, chez elles. A peu près 41 % des bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) vivent en EHPAD. On observe une tendance qui est à la fois une promesse (plus de personnes aimeraient rentrer de plus en plus tard en EHPAD, rester le plus longtemps possible chez elles), et qui se traduit dans les chiffres : au niveau de la CNSA, on constate dans les dotations de soins que les personnes rentrent de plus en plus tard en établissement, avec des profils de dépendance plus lourds.

Cette aspiration et cette promesse ne vont pas de soi : elles impliquent un changement de braquet dans les politiques publiques menées. Jusqu'à présent, la politique de l'autonomie, quand elle pensait ses infrastructures et son pilotage, était centrée sur l'EHPAD. Aujourd'hui, elle vise un équilibre entre l'EHPAD et le domicile.

Un point d'attention pour cette table ronde : le virage domiciliaire s'applique à tout le champ de l'offre médico-sociale, y compris aux EHPAD. Nous nous concentrerons ici sur l'angle domiciliaire, car, lorsqu'on évoque un changement de braquet, la dimension quantitative est une première manière d'appréhender la question.

Avec le vieillissement de la population, de plus en plus de personnes arrivent à des âges avancés, avec des états de perte d'autonomie variés. Une publication de la Drees de 2020¹ montrait que, si l'on ne changeait rien, il y aurait 100 000 personnes de plus en EHPAD à horizon 2030. Les scénarios de virage

¹ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/perte-dautonomie-pratiques-inchangees-108-000-seniors-de-plus>.

domiciliaire mis au point par la CNSA et l'IPP montrent eux que, en changeant les pratiques, il faudrait que 110 000 personnes de plus à l'horizon 2030 vivent chez elles à domicile, et en 2040, 300 000 personnes de plus.

Quelles doivent être les conditions pour opérer ce virage domiciliaire ? Cette question inclut des aspects épidémiologiques, sociétaux, de développement de l'offre, d'aménagement du territoire et bien sûr de coûts.

Penchons-nous d'abord sur les besoins des personnes : sur le plan épidémiologique, qu'est-ce qui change avec le virage domiciliaire ? Trouve-t-on les mêmes personnes à domicile et en EHPAD ?

Karine Pérès rappelle la signification de l'acronyme EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Le dénominateur commun entre toutes les personnes vivant en EHPAD est que leur perte d'autonomie ne leur permet plus de rester à domicile. Grâce aux données de la Drees, on sait que les personnes vivant en EHPAD ont un niveau de perte d'autonomie bien supérieur à celles vivant à domicile. Si l'on s'intéresse uniquement aux personnes bénéficiaires de l'APA, en EHPAD, 58 % des bénéficiaires sont en GIR 1 et 2, donc présentent une dépendance très avancée avec besoin d'aide pour la toilette, l'habillage, l'alimentation, ainsi que des troubles neurocognitifs. Elles sont 20 % à domicile. En EHPAD, on trouve 41 % des personnes en situation de dépendance, alors qu'elles représentent moins de 10 % de la population des âgés. Les personnes en perte d'autonomie, et en perte d'autonomie sévère, sont donc bien surreprésentées en EHPAD.

Le premier prédicteur qui fait que la personne ne peut plus rester à son domicile et entre en EHPAD est bien sûr la **perte d'autonomie**. Le deuxième prédicteur correspond au fait que la personne vive **seule** : 86 % des personnes qui vivent en EHPAD n'ont plus de conjoint, contre à peu près 60 % dans la population des 80 ans et plus. Autre prédicteur, quand il y a perte d'autonomie mais présence d'un conjoint : l'**épuisement de l'aidant**. La perte d'autonomie, quand elle est associée à des troubles neurocognitifs comme la maladie d'Alzheimer, avec des troubles du comportement, pèse sur l'entourage familial. L'**état de santé** est un autre facteur prédictif : les personnes qui sont en EHPAD sont en moyenne plus malades, ont davantage de pathologies (6 pathologies associées en moyenne, contre 8 en unité de soin de longue durée et 5 en résidence autonomie). La statistique publique estime entre 40 et 50 % la part des personnes atteintes de démence dans les EHPAD. Selon nos estimations, cette part serait plutôt de 70 à 75 %, lorsqu'on fait intervenir un neurologue pour poser un diagnostic. Il y a donc une sous-estimation de la part des troubles neurocognitifs en EHPAD. Les **troubles du comportement** et les **chutes** constituent d'autres facteurs prédictifs. Les chutes en particulier peuvent précipiter la dégradation de l'état de la personne, et entraîner son entrée en EHPAD.

Vanessa Wisnia-Weill : faut-il imaginer que les personnes qui auraient pu être en EHPAD vont se retrouver demain à domicile ?

Roméo Fontaine rappelle qu'il s'agit de deux populations très différentes au regard de leur état de santé, mais aussi de leurs caractéristiques familiales et socio-économiques. Sur les caractéristiques familiales, nous disposons des données de la Drees, et en particulier de l'enquête CARE, précieuses car basées sur un questionnaire commun pour les populations à domicile et les populations en établissement.

En établissement, les populations disposent de réseaux familiaux plus restreints : plus de veufs et de veuves, moins d'enfants. A domicile, chez les plus de 75 ans, une personne sur 10 n'a pas d'enfants vivant, contre 4 sur 10 en établissement. Un article de Julien Bergeot et Marianne Tenand² vient d'être publié qui étudie l'effet causal de l'aide informelle sur la probabilité d'entrée en établissement.

² <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S016762962300108X>.

Sur le plan des différences de caractéristiques socio-économiques, on trouve en établissement une moindre proportion de cadres et de professions intermédiaires, des personnes en moyenne moins diplômées, un niveau de vie significativement plus faible : environ 20 % inférieur à celui des personnes à domicile.

Si cette population en EHPAD était amenée à vieillir davantage à domicile, cela signifierait des besoins en matière de santé plus importants, donc des plans d'aide APA plus élevés, mais aussi des restes à charge et des taux de participation probablement plus faibles, donc une dépense publique un peu plus élevée.

Beaucoup de travaux montrent le caractère décisif du soutien familial dans le maintien à domicile (à peu près 4 millions d'aidants aujourd'hui en France selon les derniers chiffres). Une littérature abondante en France et à l'étranger met en évidence les implications de l'aide sur les conditions et les parcours de vie des aidants, que ce soit en termes de participation au marché du travail ou d'état de santé.

Le soutien familial des personnes qui résident en EHPAD est peut-être moins connu. L'enquête CARE, les travaux récents de la Drees et ceux de Quitterie Roquebert et Marianne Tenand mettent en évidence l'importance du soutien familial en établissement, même si les personnes en établissement ont moins de ressources familiales : à peu près 520 000 aidants aident un parent en EHPAD. Les modalités d'aide ne sont pas les mêmes qu'à domicile, puisque certains besoins sont couverts différemment en EHPAD. On note un investissement familial important autour du soutien moral, de l'aide administrative, de la participation aux décisions médicales qui peuvent être extrêmement lourdes. L'aide financière est aussi beaucoup plus importante quand la prise en charge s'organise en EHPAD plutôt qu'à domicile.

On note à l'inverse beaucoup de similitudes dans l'aide à un parent en EHPAD et à domicile : une plus grande proportion de femmes parmi les aidants à la fois à domicile et en établissement, ainsi que des logiques individuelles et familiales d'implication relativement proches. En particulier, on voit des ordres de mobilisation dans la famille qui sont les mêmes : d'abord les conjoints, ensuite les enfants quand il n'y a plus de conjoint, puis les proches parents et enfin des aidants non familiaux.

Les déterminants socio-économiques de l'implication dans l'aide sont aussi très proches : le sexe, le fait d'être retraité ou pas, la distance géographique, le nombre de frères et sœurs quand il s'agit de l'implication des enfants. L'enquête CARE montre également que beaucoup d'aidants déclarent des conséquences négatives de l'aide qu'ils apportent à un proche en établissement.

Pour résumer, la population en établissement a moins de ressources mobilisables en aide informelle, mais dispose d'un soutien malgré tout important. Attention donc à une vision caricaturale selon laquelle la prise en charge à domicile mobiliserait des aidants très impliqués, avec un impact négatif sur leurs conditions de vie, alors qu'en EHPAD les personnes seraient un peu abandonnées par leurs familles...

Vanessa Wisnia-Weill : on serait tenté de penser qu'une des conditions de la non crédibilité du virage domiciliaire tiendrait au « réservoir d'aidants » : faut-il nuancer cette vision ?

Roméo Fontaine précise que seulement un quart des personnes en EHPAD ne déclare aucun aidant. Cela ne signifie pas pour autant qu'il n'y a pas de visites, de contacts avec la famille. Trois quarts des résidents déclarent avoir des aidants, certes selon un degré d'implication de la famille moindre, mais tout le monde en EHPAD ne souffre pas d'un manque de ressources mobilisables.

Vanessa Wisnia-Weill : en termes de projections démographiques, par rapport au réservoir d'aidants et à la composition actuelle des familles, assiste-t-on à des conditions plutôt favorables ou plutôt défavorables au maintien à domicile ?

Roméo Fontaine mentionne des travaux récents de l'IPP sur le sujet. Ces travaux utilisent un modèle de micro-simulation pour projeter les configurations familiales, et donc l'aide potentiellement mobilisable. Il existe des incertitudes sur les durées de veuvage et les probabilités de vivre ou non en coupe. On anticipe en revanche une diminution du nombre d'enfants des personnes âgées, mais sans implication automatique en termes d'aide effective. En effet, ce n'est pas parce que les personnes âgées ont moins d'enfants, et en auront peut-être moins à l'avenir, qu'il y aura moins d'enfants effectivement mobilisés.

Vanessa Wisnia-Weill : cette aide des proches familiaux est bien sûr complémentaire à l'aide des professionnels de l'aide à domicile. Dans ce virage domiciliaire, comment le secteur des services à domicile aura-t-il la capacité et disposera-t-il des conditions pour se développer à hauteur des enjeux que l'on vient de décrire ?

Vincent Vincentelli file la métaphore routière : le virage domiciliaire, on le prend de nuit, dans le brouillard, les phares ne fonctionnent pas, et on est presque à sec !

Depuis la création de la branche autonomie (loi du 2 janvier 2002), il n'a jamais autant été fait pour les services à domicile. Pour rappel, ces services sont de deux sortes : des services de soins infirmiers à domicile d'une part, qui dépendent de l'ARS, et des services d'aide et d'accompagnement à domicile d'autre part, qui relèvent eux de la compétence départementale. Ces services ont été financés par l'État à hauteur de plus d'un milliard d'euros. Ils se transformeront tous en « services autonomie à domicile » d'ici 2025, pour développer et généraliser l'activité aide et soins : un modèle aujourd'hui minoritaire puisque les services qui font à la fois de l'aide et du soin ne correspondent qu'à 5 % de l'offre. Ce modèle va devenir majoritaire pour fournir une offre intégrée aux personnes, un guichet unique simplifié, clarifié. Les salaires seront revus, de même que les tarifs de financement, avec un nouveau cadre juridique intégré.

Dans le même temps, on annonce 100 millions d'euros pour un fonds de soutien exceptionnel pour les EHPAD et les services en difficultés... On a construit une magnifique superstructure, mais on n'a pas modifié en profondeur les fondations, notamment les fondations de financement et de gouvernance, des services.

Si l'on se penche sur le tarif plancher de l'APA (23 euros), la question de fond qui n'a pas été traitée est pourquoi y avait-il une inégalité à la base ? Pourquoi certains départements pouvaient fixer à 16 euros l'heure d'APA (le tarif le plus bas de France métropolitaine), quand d'autres pouvaient la fixer à 24, voire 25 euros ? Pourquoi avoir créé ce système, autour d'une prestation qui est, selon les textes, universelle et qui doit être la même sur tout le territoire français ?

Autre point : 22 ans après la création de l'APA, en 2001, on ne sait pas comment l'APA répond aux besoins. On sait combien la CNSA et les départements dépensent pour l'APA, mais on ne sait pas quelles prestations sont financées par l'APA. Nous ne disposons d'aucune analyse qualitative des besoins couverts et des prestations qui sont financées.

Nous ne savons pas non plus quel est le modèle de financement public des services à la personne en France. On a dit à un moment que l'APA pouvait être fait par des services médico-sociaux, ou par du pur service à la personne. Or la différence est fondamentale, car les services médico-sociaux sont financés par le Conseil départemental, et appliquent les barèmes de l'APA, en fonction des ressources. Les services à la personne eux ne sont pas tarifés : ils appliquent l'APA mais peuvent facturer des

suppléments. Aujourd'hui, on ne sait pas quel est ce prix. Il n'y a aucune obligation de déclaration, pas de budget déposé.

Vanessa Wisnia-Weill : la question domiciliaire est au cœur du positionnement innovant de la 5^e branche. On doit inventer une doctrine de l'équité territoriale, qui combine le fait qu'on est une branche de Sécurité sociale avec tout le caractère universaliste propre à la Sécurité sociale, mais qu'on assume aussi que c'est une politique décentralisée. Nous sommes en train d'inventer les éléments de cette régulation-là.

Si l'on se place dans la perspective du secteur économique que représentent les métiers de l'aide, des soins et des services à domicile, ces services sont-ils en capacité de répondre aux besoins, notamment en termes de personnels ?

Vincent Vincentelli note que l'on parle souvent des ratios de personnel en EHPAD. A domicile, il y a un seul ratio : le un pour un. Il y a toujours une personne qui est à domicile pour faire une intervention. On pourrait dire qu'aujourd'hui qu'il manque 25 000 personnes pour intervenir à domicile, à iso- mission. Mais si l'on accompagne à domicile davantage de GIR 1 et 2, et davantage de GIR 3 et 4, avec des besoins différents, si l'on augmente le temps de présence à domicile car on souhaite faire plus de prévention et plus de lien social, on augmente de façon très importante les besoins, et on arrive à plus de 100 000 personnes. Ces nouvelles missions impliquent non seulement des besoins en personnels plus nombreux, mais également des besoins de formation, de coordination : entre collègues, avec les autres services, les médecins libéraux, les travailleurs sociaux et l'ensemble de l'écosystème médico-social qui intervient autour de la personne. Les besoins sont donc colossaux, mais ils sont surtout difficilement estimables.

Autre point : l'image des métiers de l'aide, des soins et des services à domicile. Elle est aujourd'hui déplorable. Personne n'envisage de faire sa carrière dans ces métiers.

Vanessa Wisnia-Weill : il y a un vrai enjeu d'articulation sanitaire, qui est au cœur de la question de la fusion des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et des services autonomie à domicile (SAAD). Karine Pérès, pouvez-vous nous éclairer sur l'organisation de la prise en charge des soins et sur l'articulation sanitaire et médico-social ?

Karine Pérès rappelle que sur le plan sanitaire aujourd'hui, c'est le médecin traitant qui joue un rôle pivot dans la coordination des différents professionnels qui interviennent auprès des personnes âgées. Nous avons identifié un stade clé dans le continuum de perte d'autonomie qui est souvent le point de bascule dans l'entrée en établissement : lorsque la personne n'est plus en mesure de faire sa toilette et ne peut plus s'habiller. C'est à ce moment-là que les médecins interviennent, par le biais d'une prescription de passage à domicile par une infirmière, et éventuellement d'une aide-soignante dans le cadre d'un SSIAD.

Une inquiétude : si l'on a affaire à des personnes de plus en plus dépendantes, qui ne peuvent plus aller au cabinet médical, c'est souvent le médecin qui doit aller au chevet de la personne âgée, or aujourd'hui, le déplacement des médecins généralistes à domicile chute. Les objets connectés qui permettent de faire du monitoring et de la télésurveillance pourraient dans certains cas pallier le manque de médecins se déplaçant à domicile.

Vanessa Wisnia-Weill : bâtir l'offre à domicile permettant d'assurer le virage domiciliaire, c'est aussi bâtir une offre où le nouveau domicile n'est pas toujours le domicile « historique ». Cela peut recouvrir l'habitat intermédiaire au sens large, notamment les résidences autonomie, qui sont un maillon très important à développer. Laure de la Bretèche, pouvez-vous nous en dire un mot ?

Laure de la Bretèche revient sur la notion de virage domiciliaire, avec laquelle elle n'est pas totalement à l'aise. Cette notion crée du rêve : le rêve de sortir de l'EHPAD pour aller vers le domicile. Or il faut être plus nuancé. On crée une ligne d'angoisse entre le désir du domicile et la condamnation de l'EHPAD : comment sortir de cette tension-là ? Observer ce qui existe et ce que l'on peut faire avec ce qui existe est une première piste. On a longtemps pensé qu'on aurait le temps de gérer la transition démographique. Ce n'est plus le cas. Il faut autant que possible mobiliser les solutions existantes.

Les ESMS (établissements sociaux et médico-sociaux) sont passés du mauvais côté de l'histoire : ce sont les logements-foyers d'autrefois, cette offre que beaucoup de communes avaient développée comme un habitat spécifique pour les personnes qui arrivaient à l'âge de la retraite, que l'on appelle aujourd'hui encore abusivement maison de retraite, et dont l'EHPAD n'est absolument pas le reflet. Ces maisons de retraite / logements-foyers ont été largement développés et gérés par les collectivités locales, et par quelques associations.

Avec la perspective d'une plus grande dépendance dans la population, on comprend que l'hôpital va devoir se concentrer sur les situations aiguës, d'urgence, et le soin technique. On prend conscience également qu'il y a un manque. Au même moment, l'hôpital tente petit à petit de diminuer la part des unités de soins de longue durée (USLD), qui étaient des endroits un peu réservés aux personnes âgées, avec peu de soins techniques, et qui faisaient office précisément de maisons de retraite pour les personnes âgées grabataires ou en grande difficulté physiologique. On crée donc les EHPAD, avec l'idée qu'il faut créer une offre médicalisée, avec tout un appareil de normes. Ce faisant, on déstabilise profondément une partie de l'offre de ces maisons de retraite, que l'on disqualifie, avec l'émergence d'un côté des services d'aide à domicile et de l'autre l'EHPAD médicalisé.

Aujourd'hui, on se rend compte qu'il demeure des logements-foyers. Certes, beaucoup ont fermé, ont été repris et transformés par les collectivités locales. Il reste environ 2 300 résidences autonomie (ex logements-foyers) en France qui offrent quelques possibilités d'accueil pour des GIR 1 et 2 (de l'ordre de 10 à 15 % de la population accueillie), ce qui les distingue des résidences services seniors, qui correspondent à des offres plutôt CSP +, et qui ne prennent souvent pas du tout en charge les problèmes médicaux. La population la plus en risque, celle aux revenus moyens, voire faibles, est celle pour laquelle l'offre de résidences autonomie est la plus adaptée.

Cette offre a été décrédibilisée par l'émergence des EHPAD : moins sûre, moins médicalisée, moins adaptée aux grands défis de la dépendance... Une partie des décideurs publics s'en sont désintéressés, et cela pose aujourd'hui de vrais problèmes de rattrapage.

Autre dimension de l'offre autour de l'habitat intermédiaire : l'habitat inclusif. L'idée n'est pas nouvelle. Cette forme d'habitat a déjà été beaucoup développée, notamment dans le champ du handicap. Des associations comme l'Arche se sont très tôt intéressées à l'idée qu'il fallait ramener dans la vie quotidienne, dans la vie de la cité, des personnes qui étaient moins capables de vivre seules, mais capables de vivre accompagnées, dans des espaces où l'on pouvait mener une vie aussi autonome que possible, mais avec des services associés. Les pouvoirs publics se sont emparés de cette idée, avec, grâce au rapport Wolfrom – Piveteau, un travail sur la praticité des propositions et les moyens de financer ce service. En effet, à domicile, le problème est d'arriver à solvabiliser la part collective du domicile. Jusqu'à présent, on ne sait pas bien le faire. Les bailleurs sociaux, très largement concernés, sont réticents à mobiliser de la surface sans compensation financière. La création de l'allocation à la vie partagée, qui est une grande nouveauté, permet d'envisager l'habitat inclusif.

Des habitats de cette nature pourraient être créés, pourquoi pas, pour des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer : la fondation Petites Frères des Pauvres soutient des projets de cette nature, et la Caisse des Dépôts l'accompagne sur ces sujets. L'idée de l'habitat inclusif, accompagné d'une aide financière, permet de changer la donne. En revanche, la rapidité d'embrayage de ces dispositifs pose

question. La population capable de faire le mouvement du domicile vers une solution intermédiaire et collective n'est pas celle déjà atteinte de troubles cognitifs ou dont la perte majeure des capacités quotidiennes fait que l'EHPAD est effectivement la solution d'accueil la plus adaptée. Ce mouvement s'anticipe. Les populations sur lesquelles il va falloir travailler pour déployer l'habitat intermédiaire, ce sont les publics en fragilité : ceux qui ont renoncé à prendre trop souvent leur voiture, à aller faire leurs courses, à aller à leur cours de gym car ils ne sont pas sûrs qu'ils pourront monter ou descendre du bus... Ces populations sont invisibles car on ne perçoit pas toujours ces signaux faibles. Mais pour elles, l'habitat inclusif est une belle promesse.

Nous avons créé à la Caisse des Dépôts, avec la Fondation Petits Frères des Pauvres et le réseau APA, une plateforme à destination des porteurs de projet précisant les modalités d'action, de financement, les expériences qui peuvent être partagées. Cette initiative a eu du succès, mais l'on voit aussi que le taux de réussite pour atteindre l'AVP (aide à la vie partagée) est encore très faible : des projets n'atteignent pas le seuil de maturité leur permettant d'émerger. Nous travaillons donc avec la CNSA pour que les projets puissent arriver plus matures et embrayer plus rapidement.

Revenons quelques instants à la résidence autonomie : celle dont on a besoin aujourd'hui n'est pas le logement-foyer d'antan. La résidence autonomie de demain doit répondre à un certain nombre de fragilités, et notamment la raréfaction de la ressource médicale. Pour une personne âgée et ses aidants, le moment clé est lorsque le médecin traitant, parfois plus âgé que la personne dont il s'occupe, part enfin à la retraite... Comment acter qu'il va y avoir, pour une durée significative, un « trou dans la raquette » ? Ce problème-là nous amène à penser collectivement la prestation individuelle, et il s'agit là d'un virage majeur. Il implique de repenser également la résidence autonomie : pourquoi pourrait-on avoir 20 % de GIR 1 et 2 à domicile, et seulement 10 % en résidence autonomie ? On peut penser qu'une personne isolée, seule chez elle, est plus en danger que dans un collectif.

Pour repenser ce modèle, il faut intégrer une forme de prévention, une logique « d'aller vers » dans la résidence autonomie. On a testé cela chez Arpavie. Nous avons pu faire en résidence autonomie de la surveillance, avec des questionnaires aux personnes âgées sur certaines résidences test, pour identifier les sujets qui avaient échappé à une surveillance médicale, qu'elle soit existante ou non. Nous avons également pu réaliser un vrai suivi de constantes de santé, ce qui a permis d'éviter des hospitalisations, en repérant des risques graves, en anticipant des pertes cognitives, en accompagnant des situations d'urgence qui n'avaient pas été anticipées. Nous avons donc réalisé un vrai travail de prévention en organisant collectivement une proposition de santé individuelle. Point majeur : les médecins, lors de l'évaluation a posteriori, étaient 95 % à nous dire qu'il fallait absolument continuer.

Vanessa Wisnia-Weill : on voit bien que cette question du virage domiciliaire est vraiment pluridimensionnelle. Et qu'il y a urgence de passer à l'échelle supérieure. On en vient à la question du financement et d'une vision pertinente du coût du maintien à domicile. Ces sujets ont été étudiés par le Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA) et par la Direction de la Sécurité sociale (DSS). Comment peut-on comparer en termes de coûts l'EHPAD et l'habitat intermédiaire, en comparant ce qui peut être comparable, en incluant la logique des prestations ?

Roméo Fontaine rappelle que le virage domiciliaire s'inscrit dans une très longue tradition française. Cela fait plus d'un siècle que les politiques publiques tentent d'accroître la proportion de personnes âgées vieillissant à domicile. Les prestations à la fois en espèces ou en nature qui ont été créées pour financer les aides à domicile avaient pour ambition de détourner ce qu'on appelait avant les « vieillards invalides » des hospices, qui étaient jugés trop coûteux pour les collectivités locales. Il y a encore aujourd'hui cette idée que le domicile est moins coûteux que l'établissement. On dit souvent que le virage domiciliaire répond à une volonté de vieillir dans son domicile d'origine. Différentes enquêtes et sondages le montrent, mais il y a aussi l'idée, pas toujours explicitée, qu'on pourrait dégager des

ressources en faisant davantage vieillir les personnes à domicile, ressources qu'on pourrait éventuellement réinvestir pour consolider l'aide à domicile.

Quand on dit que le domicile est moins coûteux que l'établissement, parle-t-on uniquement de la dépense publique, donc des coûts directs pour les budgets sociaux ? Parle-t-on du coût total, donc en quelque sorte du coût de production (à la fois les dépenses publiques mais aussi le reste à charge pour les personnes et leur famille) ? On serait plutôt incités à s'intéresser à ce coût total, pour des questions d'efficacité de la prise en charge. S'intéresse-t-on uniquement aux coûts financiers, ou inclut-on aussi les coûts indirects ? On retombe sur la problématique de l'aide informelle, qui nécessite d'être prise en compte si l'on compare les deux modèles de prise en charge.

Différentes logiques s'enchevêtrent, que ce soit à domicile ou en établissement :

- des logiques de solidarité publique, avec des principes qui varient selon le type de prestation (hébergement, soin, compensation à la perte d'autonomie...) et selon le lieu de vie, selon que la prise en charge s'organise à domicile, en habitat intermédiaire, ou en EHPAD, ce qui peut être discutable ;
- une logique assurantielle pour tout ce qui relève des soins, avec un taux de couverture élevé et des restes à charge nuls ou quasiment nuls (si on intègre les problématiques de dépassements d'honoraires) ;
- une logique d'aide sociale, pour toutes les dépenses d'hébergement ;
- une logique « mixte », plutôt du côté de l'aide sociale, pour les dépenses d'aide à l'autonomie, mais qui s'oriente aujourd'hui plutôt vers un modèle assurantiel type Assurance maladie.

Plusieurs éléments expliquent cette orientation :

- dans le cadre de l'APA, il n'y a plus de recours sur succession et il n'y a plus la mise en œuvre de l'obligation alimentaire ;
- l'APA en établissement est de facto indépendante du revenu, et correspond donc à une prestation forfaitaire, ce qui n'est pas le cas à domicile ;
- le passage de la réduction d'impôt au crédit d'impôt, à domicile, et peut-être demain en EHPAD.

En termes macro-économiques, si l'on cumule dépenses publiques et restes à charge, la dépense est deux fois plus élevée en EHPAD qu'à domicile : ce résultat est difficile à interpréter car les effectifs et les besoins de prise en charge ne sont pas les mêmes d'un côté et de l'autre. Au-delà des montants investis, une différence majeure réside dans le partage entre dépense publique et dépense privée. A domicile, le niveau de mutualisation est plus élevé qu'en EHPAD (même si l'on ne capture peut-être pas tous les restes à charge).

En redescendant au niveau individuel, ce qui facilite la comparaison, et si l'on s'appuie sur les travaux menés avec Agnès Gramain et Carole Bonnet, on arrive à un coût global (incluant dépense publique et reste à charge) en moyenne de 3 600 euros par mois pour une prise en charge en EHPAD (avec une forte hétérogénéité selon le territoire, le prix du foncier influençant beaucoup le coût de la prise en charge), soit un peu plus de 100 euros par jour. Pour la prise en charge à domicile, il faut compter en moyenne 1 300 euros par mois. Néanmoins de nombreuses conventions peuvent être remises en cause, et l'on peut en particulier compter dans le chiffre des EHPAD un certain nombre de dépenses, comme les dépenses de gîte et de couvert, qu'une personne aurait effectivement supportées à domicile. En les retirant, on obtient un coût de la prise en charge en EHPAD de 2 800 euros en moyenne.

Pour la prise en charge à domicile, au-delà des restes à charge qui sont mal évalués, il y a tout ce qui concerne l'aide informelle, qui correspond à un reste à charge non financier, mais qui contribue à la couverture des besoins. Selon la manière dont on le valorise, on est entre 1 600 et 2 600 euros par mois pour le coût de la prise en charge à domicile, soit un niveau comparable au coût de la prise en charge en EHPAD.

Si l'on décompose par GIR, la vision est beaucoup plus précise. Pour les GIR 3 et 4 (donc les personnes les moins dépendantes), la prise en charge en EHPAD est toujours plus coûteuse que la prise en charge à domicile, quelle que soit la manière dont on valorise l'aide informelle. Pour les GIR 1 (les plus dépendants), le coût de prise en charge est plus faible en EHPAD qu'à domicile. Pour les GIR 2, les montants sont équivalents.

Vanessa Wisnia-Weill : que peut-on dire du coût de l'habitat intermédiaire ?

Laure de la Bretèche mentionne le portail du département du Nord qui propose des montants annuels pour l'aide à la vie partagée de 7 500 à 10 000 euros, ce qui correspond à des sommes assez significatives. Pour le moment, il y a peu de capacité de mesure. On observe également que le dispositif d'habitat inclusif s'accompagne de beaucoup d'exclusion : on aurait pu imaginer qu'il reprenne les bases de la résidence autonomie avec un petit supplément d'âme, mais il s'agit d'un ESMS relevant d'autres dispositifs... Les projets d'habitat inclusif tels qu'ils ont été conçus sont une très bonne idée, mais leur réalisation peut s'avérer complexe. Si l'on veut vraiment passer à l'échelle supérieure, il faudrait démultiplier les endroits où on entreprend ces projets. On pourrait très bien concilier des qualifications d'habitat inclusif un peu souples, en s'appuyant sur l'AVP, pour développer une capacité servicielle avec de l'appui de dépenses de santé et une organisation de prévention. Ces modèles commencent à être testés aujourd'hui. Malgré cela, une bonne idée n'est pas toujours perçue, dans sa dimension financière, comme ayant des effets de levier. La généralisation des forfaits soin dans les résidences autonomie, par exemple, permettrait d'initier un effet de bascule. Dans l'expérimentation que nous avons menée en Ile-de-France, il nous a suffi d'un forfait soin pour traiter deux résidences. On peut donc imaginer que si on rendait 300 résidences autonomie de plus bénéficiaires du forfait soin, on pourrait toucher 600 résidences autonomie au global, ce qui correspondrait à 30 millions de dépenses, soit un montant beaucoup moins élevé que celui évoqué pour d'autres types de lieux d'accueil comme les EHPAD. Ce modèle expérimental pourrait être dupliqué de façon souple, avec des formes adaptables selon les besoins locaux et les besoins d'aide, ce qui permettrait de répondre aux besoins criants de l'aide à domicile.

Questions avec la salle

Un intervenant rappelle que la question du maintien à domicile correspond à un souhait général. Comment y répondre ? Il s'interroge également sur une approche trop binaire de la dépendance : au cours du vieillissement, la perte des facultés peut être très progressive. L'intervenant prend également la défense du plan des services à la personne de Borloo : ce plan partait du constat que l'offre d'emplois dans les services à la personne était très en dessous de ce qui existait chez nos voisins. Pour développer l'offre nécessaire pour les personnes âgées, il fallait viser une clientèle plus large. En utilisant à fond les déductions fiscales et déductions de cotisations sociales, il serait possible d'intéresser au développement d'un marché qui concernera d'autres personnes et qui permettra de mieux répondre aux besoins des personnes âgées. A l'époque, les mutuelles et les associations ont joué le jeu.

Vincent Vincentelli reconnaît que l'usage du terme « domicile » dans « virage domiciliaire » est impropre. On entend par « domicile » autre chose que l'EHPAD, l'habitat inclusif ou la résidence autonomie... Or un service d'autonomie à domicile peut intervenir dans une résidence autonomie. Ce sont même ces services qui mettent en œuvre l'APA (allocation personnalisée d'autonomie) et la PCH (prestation de compensation du handicap) dans l'habitat inclusif. Dans le décret qui crée les services d'autonomie à domicile, il est précisé que l'EHPAD ne relève pas du domicile car il est médicalisé. Chose bizarre. La vraie question est la suivante : où est-ce que j'ai envie de me sentir chez moi ? L'EHPAD m'offre-t-il les conditions pour me sentir chez moi ? Le domicile correspond à la qualité d'un lieu. Comment faire pour que les différents lieux qui accueillent des personnes âgées puissent obtenir cette qualité de domicile ?

Pour revenir à la loi Borloo, Vincent Vincentelli juge qu'elle a été catastrophique pour le secteur : cette loi a créé des services qui percevaient de l'argent public sans déposer aucun budget, avec une opacité financière totale. Or la mission des services à domicile et des politiques est d'aider des personnes âgées. C'est pour cette raison qu'ils perçoivent un financement public important et que leur offre est contrôlée.

Autre mise en garde sur l'évaluation de la dépendance : on parle des « GIR 1 », « GIR 2 »... Il s'agit des personnes *reconnues* en GIR 1 ou 2... Mais sans nécessairement qu'ait été réévalué leur plan d'aide à domicile. On connaît le moment du classement administratif par une équipe médico-sociale départementale, et non le moment où la personne a effectivement atteint le degré de dépendance décrit dans la grille AGGIR. L'évaluation de la dépendance ne se fait pas de manière progressive. Elle est rythmée par les accidents de la vie, les hospitalisations. Peu de personnes se lèvent le matin en remarquant qu'elles sont en perte d'autonomie et qu'elles doivent se faire évaluer.

Laure de la Bretèche précise, en faisant référence aux échanges de la veille sur la réforme des retraites, qu'il y a une très grande inégalité face au vieillissement, et que le système doit se concentrer sur ceux qui sont exposés aux plus grands risques. Dans un contexte de raréfaction des ressources, il faudrait concentrer les EHPAD sur de nouvelles modalités d'action avec un renforcement des dotations de soins, dans l'esprit de ce que propose le rapport des professeurs Jeandel et Guérin. Cette re-concentration pourrait se faire à mesure des entrées et sorties, avec progressivement un moindre accueil des GIR 3 et 4 en EHPAD.

Un intervenant note que le coût psychologique d'être aidant a été peu évoqué. Ce coût est-il pris en compte en termes de politique publique ?

Un autre intervenant s'interroge sur le volume horaire que passent les aidants, notamment familiaux, pour aider les personnes âgées. Existe-t-il des mécanismes de rémunération ?

Roméo Fontaine rappelle que plusieurs travaux dans le champ de l'économie de la santé ont tenté de valoriser le volume horaire moyen consacré par les aidants à la prise en charge à domicile (enquêtes de la Drees, enquête CARE, enquête SHARE...), avec un certain nombre de précautions à prendre quand sont étudiées ces déclarations. Il est compliqué de mettre un nombre d'heures sur les aides, en particulier quand il s'agit du conjoint aidant qui aurait quand même réalisé des tâches domestiques, même si sa femme ou son mari n'était pas dépendant.

Les discussions méthodologiques sont importantes, et les résultats peuvent changer du tout au tout, selon qu'on utilise un tarif de dédommagement public, qu'on attribue plutôt dans le champ du handicap, autour de 4€ / 4,50€ de l'heure, ou qu'on attribue un tarif d'emploi direct, autour de 12 / 13 / 14€ de l'heure.

Sur la question du coût en termes de santé mentale, il existe des travaux qui évaluent la dégradation de la santé. Certains, un peu anciens, tentent d'attribuer à ces coûts une valeur monétaire.

Sur la question de l'indemnisation éventuelle des aidants, il existe des dispositifs, différents dans le champ du handicap et dans celui de la perte d'autonomie : dans le champ du handicap, des mécanismes de dédommagement vont jusqu'au salariat des aidants familiaux. Dans le champ du grand âge, le salariat est possible, mais il exclut les liens de parenté.

Vincent Vincentelli : il existe quelques cas d'enfants qui étaient au RSA, et qui étaient incités à ce que leurs parents les embauchent en emploi direct pour faire de l'APA. N'était plus versé sur le même foyer que de l'APA.

Sur la situation psychique des aidants à domicile, on est confronté à plusieurs constats : parfois l'intérêt de l'aidant et de la personne aidée ne sont pas concordants. Des services sont confrontés aux demandes d'aidants d'enfermer les personnes à domicile, de faire de la contention... Étant donné que les personnes concernées sont atteintes de maladies neurodégénératives, les familles demandent des « enfermements » à domicile aux services, sans mesure de protection judiciaire des majeurs.

A propos de l'indemnisation, il existe deux types d'aidants : les aidants familiaux, pour la PCH ; les proches aidants, uniquement pour les personnes âgées. Ces deux notions ne recouvrent pas les mêmes périmètres. En termes de gestion des finances publiques, comme la PCH dédommage les aidants familiaux qui mettent en œuvre des plans de compensation PCH, à hauteur de 5 euros de l'heure, il y a la tentation de leur faire faire le plus de choses possibles, plutôt qu'à des services payés à 32 euros de l'heure.

Karine Pérès précise que des chercheurs s'intéressent à l'impact de la situation d'aidance sur la santé des aidants. Les chiffres montrent que globalement les personnes aidantes sont en plus mauvaise santé, physique et mentale. Elles sont plus à risque de dépression, d'anxiété, d'épuisement, d'un sentiment d'enfermement dans leur rôle d'aidant.

Un intervenant demande s'il est possible de calculer le risque, à 65 ans, de développer une dépendance lourde qui, pendant une durée donnée, affecte le patrimoine. Autre question : le reste à charge pour un GIR 1 reste-t-il bien plus élevé s'il demeure à domicile ? Troisième question : la 5^e branche telle qu'elle a été créée en 2022 est-elle encore largement une coquille vide ? Enfin : qu'en est-il de la revalorisation de la rémunération des personnels soignants à domicile ou en EHPAD ?

Roméo Fontaine : le risque de développer une dépendance lourde à 65 ans se situe entre 15 et 20 %. Pour les restes à charge, ils sont effectivement en moyenne beaucoup plus faibles à domicile qu'en EHPAD, sauf pour les GIR 1, où ils peuvent être potentiellement plus élevés. Cela dépend beaucoup de l'existence d'un patrimoine. Le reste à charge en EHPAD est très conditionné au fait que le résident a ou non un patrimoine : si ce n'est pas le cas, il va bénéficier d'une aide sociale, l'ASH (aide sociale à l'hébergement), qui s'élève à 800 euros par mois, et qui sera récupérée, ou pas, au moment de la succession.

Vincent Vincentelli ne pense pas que la 5^e branche soit une coquille vide. La CNSA a été créée après la canicule de 2003, et vivait en grande partie de crédits délégués par l'Assurance maladie, avec quelques ressources propres. Il s'agit aujourd'hui d'une branche autonome, avec un budget de 39 milliards d'euros cette année, et qui intègre une véritable gouvernance, avec des actions directes auprès de nombreux ESMS.

La réserve potentielle touche à la gouvernance : actuellement, ce qui est dans le champ de la branche autonomie pour l'aide à domicile est l'aide de la CNSA au département, mais l'APA, qui est versée par le département, n'est pas dans la branche. Toute la partie finances des départements échappe à la branche autonomie.

Sur la question de l'attractivité, il faut que les fédérations prennent leurs responsabilités et discutent avec les pouvoirs publics et les financeurs : le médico-social doit être un grand secteur, avec des plans de carrière, dans des établissements, des résidences, à domicile, avec des passerelles de l'aide vers le soin, au sein d'un seul corpus conventionnel

Vanessa Wisnia-Weill rappelle que la première convention d'objectifs et de gestion de la CNSA, en tant que 5^e branche de la Sécurité sociale, s'établit de 2022 à 2026. On est donc au début d'une histoire. Une réforme des modèles économiques est mise en place depuis un an, qui concerne les services à domicile, les EHPAD, les établissements qui accueillent les personnes en situation de handicap. Se pose également la question d'inventer un modèle d'équité territoriale.

La CNSA est un financeur direct des EHPAD et d'une grande partie des établissements qui accueillent les enfants pour le handicap à travers l'argent qu'elle délègue aux ARS, donc à l'État. Sur l'aspect domiciliaire, il y a une question d'organisation et de copilotage avec les départements puisque la CNSA est aujourd'hui cofinanceur, à hauteur en moyenne de 40 % des dépenses à domicile (APA, PCH).

La CNSA est en train d'engager des conventions triparties, signées avec les ARS et les conseils départementaux, pour avancer concrètement et opérationnellement sur le pilotage territorial autour de la nouvelle offre à domicile, des nouveaux besoins de services à domicile, de l'habitat intermédiaire...

Une intervenante de la Direction de la Sécurité sociale précise que la DSS réalise un gros travail de publication de chiffres, de suivi des mesures, notamment autour des coûts de prise en charge à domicile, en établissement, comment les mesures jouent, qui sont les personnels revalorisés, de combien, à quelle échéance, etc.

A propos du virage domiciliaire, un chiffre de la Drees n'a pas été cité, et c'est peut-être dommage : 85 % des personnes en établissement déclarent s'y sentir bien.