

LE DOMICILE DU FUTUR COMMENCE AUJOURD'HUI

Auteurs : Sloane Talem, Alina Morgoci, Cécile Bordenave,
Luc Broussy, Thomas Fanfelle, Christelle Mallet

SOMMAIRE

■	Préface de Stéphane Pardoux et Luc Broussy	4
■	Préambule	6
<hr/>		
■	Partie 1 : Vieillir « chez soi » ou comment penser une politique globale du domicile	9
	<i>Synthèse de la partie 1 : 15 propositions prioritaires</i>	10
	A. Adapter son logement pour prévenir la perte d'autonomie	14
	1. Pourquoi il faut adapter son logement ?	14
	2. C'est quoi un logement adapté ?	18
	2.1. C'est un domicile adapté à ses besoins	
	2.2. C'est un domicile évalué par un ergothérapeute	
	2.3. C'est un logement fonctionnel et évolutif	
	2.4. C'est un domicile connecté	
	3. Le « domicile du futur » dans le parc social	23
	4. Financer le domicile du futur	25
	B. Opter pour un autre « chez soi »	28
	1. Valoriser l'offre alternative et promouvoir son développement	28
	1.1. Conserver le libre choix de son domicile	
	1.2. Moderniser les résidences autonomie	
	1.3. Résidence services seniors, un modèle qui continue de séduire	
	1.4. L'habitat inclusif, une formule en plein essor	
	1.5. L'habitat intergénérationnel, un habitat solidaire à promouvoir	
	2. Accompagner les transitions entre les différents domiciles	41
	3. Veiller à lutter contre l'isolement social	43
	3.1. Un véritable fléau national	
	3.2. Coordonner la lutte contre l'isolement social en mobilisant l'ensemble de la société	

■	Partie 2 : Vieillir à domicile, entouré et soutenu	46
	Synthèse de la partie 2 : 12 propositions prioritaires	48
	A. Développer une offre à la hauteur des besoins	50
	1. Personnaliser et simplifier l'offre à domicile	50
	1.1. Garantir le libre choix et individualiser les réponses	
	1.2. Permettre un temps relationnel à domicile	
	1.3. Améliorer et simplifier l'accès aux services et à l'information	
	2. Répondre à tous les besoins, garantir la continuité et la permanence des soins	53
	2.1. Assurer les soins pendant la nuit	
	2.2. Développer l'offre d'accompagnement de la fin de la vie	
	B. Mobiliser des intervenants experts en soutien	58
	1. Faire équipe pour les personnes à domicile	58
	1.1. Structurer une équipe de premier recours au domicile	
	1.2. Renforcer le recours à l'HAD avant toute hospitalisation	
	1.3. Valoriser et améliorer la coordination entre les acteurs au domicile	
	2. Faire de l'accompagnement à domicile une expertise professionnelle	68
	2.1. Développer la formation aux spécificités du domicile	
	2.2. Développer la formation à la fin de vie et aux soins palliatifs	
	3. Professionnaliser et soutenir les aidants	70
	3.1. Reconnaître et former les aidants	
	3.2. Permettre une présence renforcée des aidants et créer des solutions de répit	
	4. Intégrer les technologies dans le quotidien des professionnels	74
	4.1. Développer l'usage des solutions numériques	
	4.2. Soutenir le développement des nouvelles technologies	
■	Annexes	78
	• ANNEXE 1 : Liste des personnes ayant participé à cette étude	
	• ANNEXE 2 : Liste des sigles	
■	Autres publications	82

PRÉFACE



Stéphane PARDOUX
Directeur général de l'ANAP



Luc BROUSSY
Fondateur de *Matières Grises*

Mesdames, Messieurs,

Le présent document est né d'un paradoxe : alors que l'immense majorité de nos concitoyens exprime leur souhait de vieillir à domicile, la plupart des travaux et réflexions portent sur... les établissements pour personnes âgées.

Entre l'ANAP qui a pour mission d'accompagner et d'outiller les professionnels des établissements sanitaires et médico-sociaux dans l'amélioration de leur performance et le Think Tank Matières Grises qui depuis 2018 irrigue le débat public de ses études et réflexions, nous avons voulu nous pencher sur la question qui dominera le débat public dans les 20 prochaines années : comment vieillir chez soi ?

Car sondages après enquêtes d'opinion, le souhait des Français est clair et net : ils indiquent à plus de 90 % vouloir vivre le plus longtemps possible à domicile.

Et ce sentiment ne risque pas de s'atténuer avec le temps.

- D'abord parce qu'aujourd'hui près de 75 % des séniors sont propriétaires de leur logement.
- Ensuite parce que la France va connaître dans les 6 prochaines années une explosion du nombre de personnes âgées de 75-84 ans avant, après 2030, de vivre une croissance exponentielle du nombre de personnes âgées de 85 ans et plus.
- Enfin parce que la génération qui aura 85 ans en 2030 avait 23 ans en mai 68. Autant dire que les « vieux de demain » n'auront ni les mêmes envies, ni les mêmes désirs que leurs parents. Nourris toute leur vie aux valeurs de liberté et d'autonomie, ils voudront maîtriser leur destin, choisir eux-mêmes la solution qui leur va bien sans qu'on leur impose quoi que ce soit.

Face à ce défi, la France n'a pas pris tous les moyens. Comme nous le développons plus loin dans ce document, notre pays a en réalité fait « le choix de l'Ehpad ». Avec 21 % des 85 ans et plus hébergés en établissement, la France a un des taux d'institutionnalisation les plus élevés d'Europe. Dans le même temps, un pays comme le Danemark a réduit son nombre de maisons de retraite médicalisées tandis que l'Angleterre a, dès 2008, déployé un grand plan d'adaptation des logements au vieillissement.

En retard sur certains aspects, la France est en train de prendre conscience de la nécessité d'encourager ce que certains ont qualifié de « virage domiciliaire ». Elle vient par exemple de créer un dispositif, Ma Prime Adapt, destiné à soutenir les personnes de 70 ans et plus qui souhaiteraient entreprendre des travaux d'adaptation de leur logement. Entrée en œuvre le 1^{er} janvier 2024, cette aide constitue un vrai pas en avant dans cette nécessaire prise de conscience. On mesure également chaque jour dans nos territoires les efforts déployés par les bailleurs sociaux pour adapter le logement de leurs locataires âgés et fragiles.

Alors, oui, à l'évidence, ce « domicile du futur » sur lequel nous avons souhaité réfléchir ici, sera un domicile adapté et accessible. Il devra l'être aussi pour une raison qui doit tous nous interpeller : chaque année, depuis 20 ans, entre 8 et 10 000 personnes de 65 ans et plus décèdent consécutivement à une chute domestique. Il n'est plus possible de demeurer inactif face à ce drame de santé publique.

Et pour être adapté, le « domicile du futur » devra utiliser l'ensemble des solutions qui se déploient désormais sur nos territoires, notamment celles qui font appel aux innovations technologiques et numériques. On évoque beaucoup aujourd'hui dans le débat public la question de l'Intelligence Artificielle : elle doit être mise demain au service de nos aînés les plus fragiles.

Mais le « domicile du futur » ne sera pas forcément le domicile « historique » dans lequel on a vécu des décennies. La génération des babyboomers est en train de comprendre qu'une des conditions pour vieillir à domicile supposera parfois de changer de domicile.

Et force est de constater que ces offres alternatives au logement classique sont en plein développement. Résidences services seniors, résidences autonomie, résidences intergénérationnelles, co-locations, habitats inclusifs, habitats participatifs, béguinages : on ne compte plus les formules qui permettent désormais de vieillir dans un « nouveau chez soi », plus adapté, plus accessible, plus connecté à la vie sociale.

Si le « domicile du futur » doit être adapté aux exigences de ceux qui y vivent, il doit tenir compte également des contraintes de celles et ceux qui y travaillent. Car, plus les générations de demain vieilliront chez elles, plus le nombre d'aидants professionnels intervenant à domicile explosera.

Or, les professionnels de l'aide à domicile souffrent aujourd'hui de plusieurs maux : mal rémunérés, soumis à des contraintes horaires et/ou de déplacement compliquées, ils doivent par ailleurs évoluer dans un dispositif institutionnel peu lisible et mal coordonné.

Dans le domicile du futur, il faudra donc pouvoir convenablement assurer une individualisation des réponses, un temps relationnel à domicile, une continuité des soins la nuit ou encore un soutien particulier lors de la fin de vie. Il conviendra également de développer la formation et mieux soutenir les aidants.

Ce document n'est ni un guide technique, ni un énième rapport : il se veut une ouverture vers des réflexions que tout professionnel doit mener dès maintenant. Pour une raison simple : la construction du « domicile du futur » ... commence aujourd'hui.

PRÉAMBULE

Avant d'étudier à quoi devra ressembler, demain, le domicile d'une personne âgée, encore faut-il regarder avec précision qui seront les personnes âgées de demain.

Trois indicateurs sont de nature à nous guider dans cette quête : le nombre de personnes âgées ; leurs caractéristiques ; leurs souhaits.

> Une explosion des 75-84 ans d'ici 2030 ; des 85 ans et plus après 2030

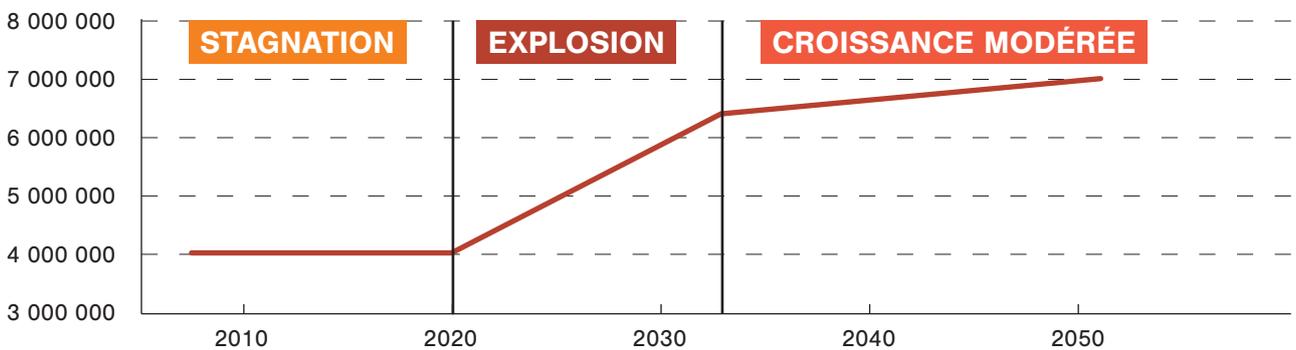
Pour comprendre les évolutions démographiques des 25 prochaines années, il est essentiel de distinguer les 75-84 ans des 85 ans et plus.

Les personnes âgées de 75-84 ans correspondent à une population qui se caractérise par l'appari-

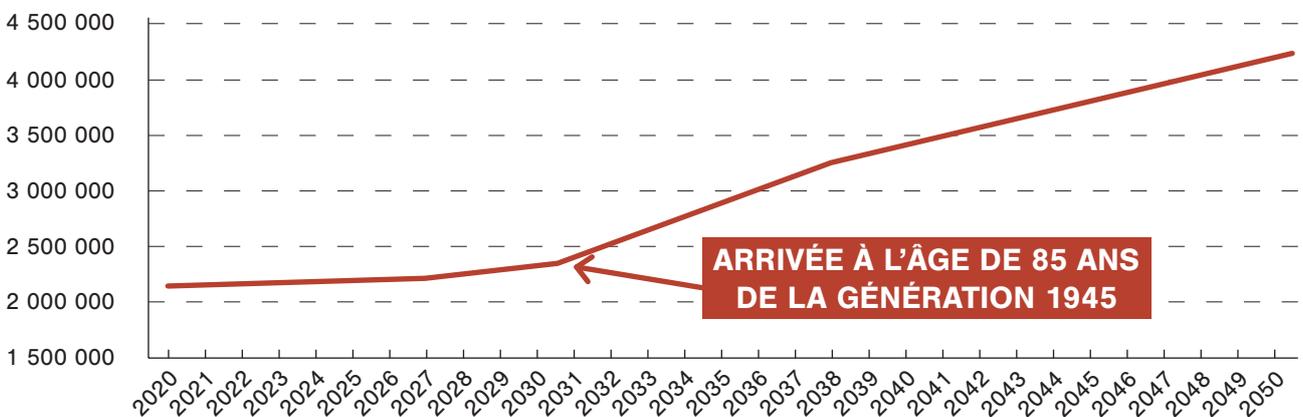
tion de fragilités. Des fragilités physiques (risque de chutes...), psychiques (perte de mémoire...) ou sociales (veuvage, risque d'isolement, arrêt de la conduite...). Cette population vit encore chez elle mais voit progressivement son état de santé s'éroder et ses interactions sociales s'amoinrir. Cette population est évidemment celle qui est — ou devrait être — la cible principale des politiques de prévention et d'adaptation. C'est elle qui est prioritairement intéressée par l'adaptation des logements, des villes ou des mobilités.

Or, les personnes âgées de 75-84 ans sont celles dont le nombre va croître le plus fortement entre 2020 et 2030 puisque cette population va passer de 4 millions en 2020 à 6 millions en 2030, soit une hausse de +50 %.

ÉVOLUTION DES 75-84 ANS DE 2010 À 2050



ÉVOLUTION DES 85 ANS ET + DE 2020 À 2050



Les personnes âgées de 85 ans et plus ont évidemment plus de probabilité de connaître de plus grandes fragilités et de se trouver en situation de perte d'autonomie. 85 ans, c'est en effet l'âge moyen d'entrée en Ehpad. C'est aussi la tranche d'âge de 42 % des bénéficiaires de l'APA.

Or, les personnes de 85 ans et plus, contrairement à ce qu'on pourrait penser, constituent une population dont le volume va quasiment stagner durant la décennie 2020-2030 (+7 %) mais qui va au contraire connaître une croissance exponentielle à partir de 2030 et ce jusqu'à 2050. Évalués à 2,2 millions aujourd'hui, les 85 ans et plus seront 4,8 millions en 2050.

> **Une génération de séniors différente des précédentes**

Au-delà des aspects démographiques, nous pensons important de mettre l'accent sur un aspect plus sociologique. Les babyboomers nés en 1945, qui auront donc 80 ans en 2025 et 85 ans en 2030, avaient 23 ans en mai 68. Et cela change beaucoup de choses !

Voilà une génération qui a vécu dans une société où les valeurs de liberté et d'autonomie mais aussi les notions de consumérisme et de féminisme ont pris une importance majeure. Voilà aussi une génération qui fut l'une des premières à héberger ses propres parents en maisons de retraite. Voilà donc une génération qui aura, probablement plus

que les précédentes, la volonté de maîtriser son vieillissement et, pour ce faire, d'anticiper.

Cette génération a deux autres caractéristiques : elle est propriétaire à 75 % de son logement. Et elle est la génération qui compte le taux de pauvreté le plus faible, même si on compte évidemment des retraités pauvres et précaires.

> **Vieillir à domicile : passer du vœu à la réalité**

Des centaines de milliers de séniors supplémentaires dans les prochaines années ; des séniors qui, plus encore qu'avant, voudront vieillir « chez eux » : les pouvoirs publics vont devoir prendre les moyens pour que cette volonté devienne réalité.

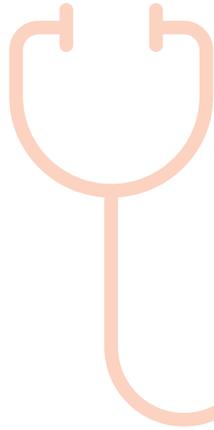
Dès lors, il nous appartient de réfléchir à ce domicile qui permettra qu'on y vive le plus longtemps possible en toute sécurité. Qu'on y vive jusqu'à ses derniers jours. Qu'on y vive en permettant à tous les aidants professionnels d'y intervenir aisément.

Voilà des indicateurs qui nous renseignent sur le volume et la typologie de séniors qui occuperont le domicile du futur. Néanmoins, notre étude s'attache également à présenter les fragilités qui les caractérisent et les pistes de réflexion pour limiter autant que possible les ruptures de parcours dans un contexte où l'offre de soins et de services médico-sociaux est sous tension.

Quelques chiffres clés



3,6 millions
d'aînés exclus
du numérique¹



1 million
de plus de
60 ans
sans médecin
traitant²

2 millions
d'aînés isolés en
2021³



Près de
350 000
recrutements et formations
d'aides-soignants
et d'accompagnants
éducatifs et sociaux d'ici
2025⁵



1/3
de personnes
ayant **4** intervenants
par mois ou plus
à leur domicile⁴



9,3 millions
de Français déclarent
porter une aide régulière
à un proche en situation
de handicap ou de perte
d'autonomie en
2021⁷

1/4

de décès à domicile
avec une prépondérance
de dépenses hospitalières
la dernière année de vie⁶

La France se classe parmi
les pays d'Europe avec des
**taux de suicide
préoccupants**
chez les personnes âgées,
témoignant d'un « mal vieillir⁸ »

Sources : 1. Petits Frères des Pauvres, « Baromètre 2021 Solitude et isolement : Quand on a plus de 60 ans en France », 2021. — 2. URPS Médecin d'Occitanie, « 11 % de Français sans médecin traitant », 2022. — 3. Petits Frères des Pauvres, « Baromètre 2021 Solitude et isolement : Quand on a plus de 60 ans en France », 2021. — 4. Humbert, F. & Caret, G., « Personnes âgées dépendantes (infographie) — Votre avis sur les services d'aide à domicile — Actualité. », UFC-Que Choisir, 2016. — 5. <https://travail-emploi.gouv.fr/actualites/l-actualite-du-ministere/article/pres-de-350-000-recrutements-dans-les-metiers-du-grand-age-d-ici-2025>. — 6. Observatoire national de la fin de vie, « Fin de vie des personnes âgées : sept parcours ordinaires pour mieux comprendre les enjeux de la fin de vie en France. », 2013. — 7. DREES, Études et résultats, n° 1255, 2023. — 8. Professeur Guy DELANDE, « Évaluation médico-économique du coût de la fin de vie. », Académie des Sciences et Lettres de Montpellier, 2016.



PARTIE 1

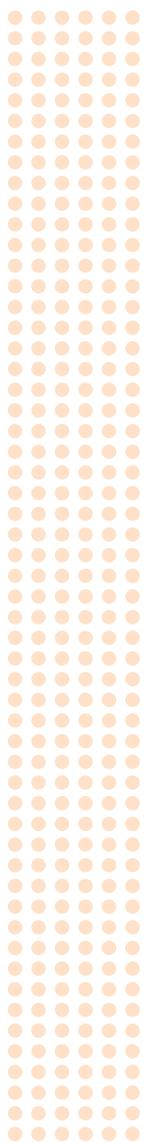
**Vieillir « chez soi »
ou comment penser
une politique globale
du domicile**

SYNTHÈSE

| 15 PROPOSITIONS PRIORITAIRES



1. **Renforcer les actions de prévention et de sensibilisation** pour permettre à toute personne qui veut vieillir à domicile dans un environnement sécurisé, d'anticiper le plus possible les travaux d'adaptation de son logement. > *En savoir plus p. 14*
2. Aménager et adapter le domicile du futur **au regard des usages et des besoins de la personne, en utilisant notamment le « design thinking »**. > *En savoir plus p. 18*
3. **Renforcer le rôle de l'ergothérapeute** : prescription d'aides techniques, organisation de formation plus approfondie et meilleure coordination avec le monde du bâtiment. Son intervention sera totalement prise en charge par les pouvoirs publics. > *En savoir plus p. 18*
4. **Intégrer du matériel évolutif dans son logement avant d'être en situation de perte d'autonomie**. > *En savoir plus p. 19*
5. **Publier chaque année un guide unique des aides techniques** (paillason antidérapant, meubles à hauteur variable, monte-escalier...) pour permettre aux seniors de visualiser les aménagements qu'il est possible de réaliser. > *En savoir plus p. 20*
6. **Faire du domicile du futur un lieu connecté** par la promotion de l'utilisation de dispositifs connectés auprès du grand public (suivre un parcours lumineux pour se rendre aux toilettes en pleine nuit, utiliser une lampe intelligente, qui alerte en cas de chute les proches aidants...). > *En savoir plus p. 20*
7. **Placer les bailleurs sociaux au centre de l'adaptation des logements des seniors dans le parc social. Ils devront multiplier leurs actions d'accompagnement à destination de leurs locataires âgés** : formation des gardiens d'immeubles, mise en place de partenariats avec des Saad, possibilité d'installer un Saad au sein du parc, renforcement des communications avec les locataires... > *En savoir plus p. 23*

- 
8. **Encourager les mutations dans le parc social** en offrant des compensations aux locataires âgés (loyers moins élevés, aide au déménagement...) pour que les logements soient mieux adaptés à leurs fragilités. > *En savoir plus p. 23*
 9. **Multiplier les solutions de financement du domicile du futur** : prêt viager, élargissement du périmètre des bénéficiaires de Ma Prime Adapt, plus forte mobilisation du patrimoine des personnes âgées les plus aisées, création d'une assurance « adaptation » aux contrats classiques habitation. > *En savoir plus p. 25*
 10. Lorsque cela est nécessaire, **encourager les séniors à changer de chez-soi en les rendant acteurs de leur projet.** > *En savoir plus p. 29*
 11. **Lancer un grand plan de modernisation des résidences autonomie en s'assurant d'une meilleure répartition sur le territoire, une viabilité économique de ce mode d'accueil, une homogénéisation des tarifs...** > *En savoir plus p. 30*
 12. **Déployer et planifier l'offre de RSS partout sur le territoire.** Encourager le développement de résidences à caractère social, améliorer la lisibilité de l'offre (campagnes d'information, guide national...). > *En savoir plus p. 32*
 13. **Déployer les autres formes d'habitat intermédiaire** : accueil familial, habitat intergénérationnel, résidence intergénérationnelle, habitat inclusif. > *En savoir plus p. 35*
 14. **Accompagner les transitions** pour éviter les ruptures de parcours : systématiser l'aide au déménagement, mieux informer les séniors sur les dispositifs d'accompagnement au changement de domicile, renforcer le soutien psychologique. > *En savoir plus p. 41*
 15. **Lutter contre l'isolement social : améliorer le repérage des personnes isolées** (déployer l'outil ICOPE, multiplier les actions d'allers-vers), s'appuyer sur les relations de voisinage, les relais de proximité et les élus locaux, faire de la lutte contre l'isolement un axe du Service national universel... > *En savoir plus p 43*

PARTIE 1

Vieillir « chez soi » ou comment penser une politique globale du domicile

Répondre au souhait d'une immense majorité des français de vieillir chez eux suppose une politique volontariste d'adaptation des logements.

En France, la politique dite de « virage domiciliaire » — expression censée faire référence au « virage ambulatoire » dans le domaine sanitaire — a été ainsi qualifiée en 2019 quand Marie-Anne Montchamp a intégré ce concept dans les prises de position de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie qu'elle présidait alors. Or s'il s'agit de prendre un « virage », c'est bien que la trajectoire initialement prise n'était peut-être pas la bonne...

Il est vrai que la France accuse dans le domaine de l'adaptation des logements au vieillissement un certain retard. En Grande-Bretagne, c'est dès 2008 que le gouvernement de Gordon Brown a adopté un plan baptisé « Lifetime Homes, Lifetime Neighbourhoods : A National Strategy for Housing in an Ageing Society » conscient de la nécessité d'adapter les logements des séniors.

Dans une étude publiée en décembre 2020, la DREES révélait que seuls 7 % des moins de 80 ans vivant à domicile et 21 % des 80 ans et plus avaient effectué au moins un aménagement d'adaptation de leur logement alors que 25 %

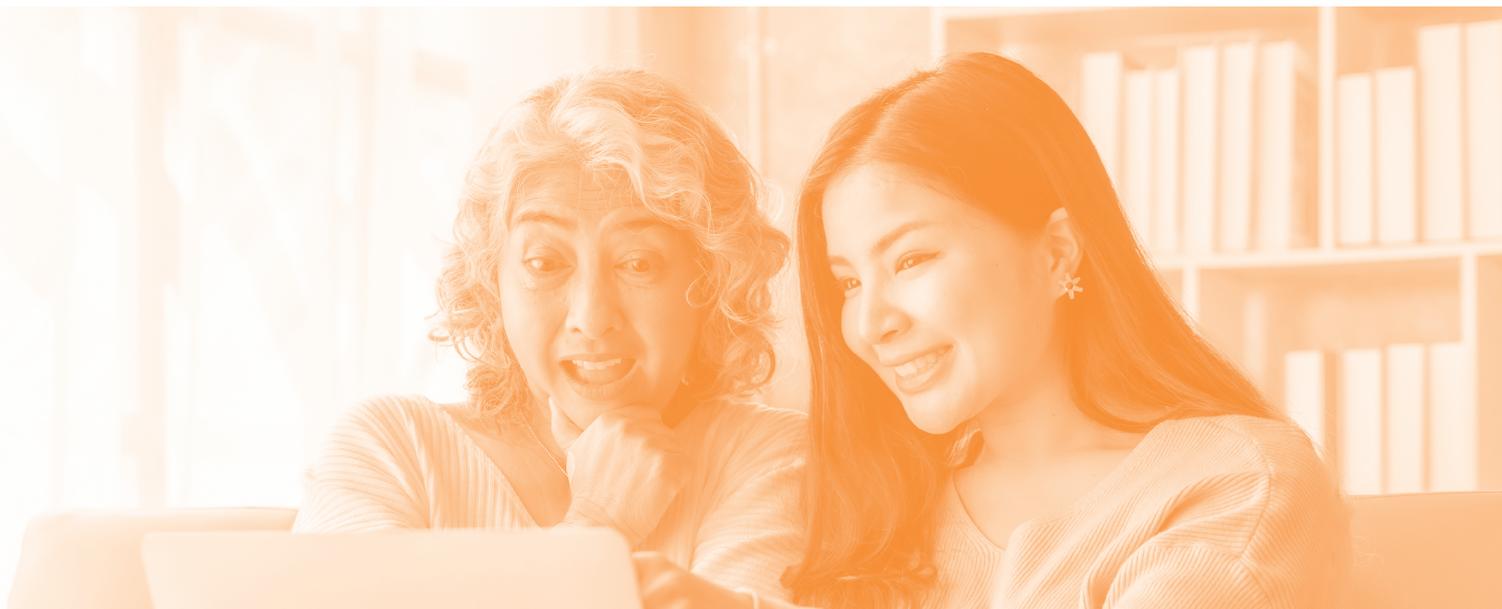
des personnes âgées de 60 ans et plus déclarent connaître des difficultés dans la vie quotidienne (s'abaisser, s'agenouiller ou monter, descendre un escalier) qui nécessiteraient des aménagements.

En 2015, la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement a fait mine d'ériger en priorité l'adaptation des logements au vieillissement mais sans définir de nouveaux moyens. Résultat : un « plan national d'adaptation des logements à la perte d'autonomie » qui avait pour objectif d'adapter 80 000 logements pour la fin de l'année 2017 n'a pas atteint son objectif. Quant au « plan Baignoires » lancé par Action Logement quelques années plus tard — nous y reviendrons plus loin —, il fut brutalement interrompu avant d'aller à son terme même s'il permit toutefois de traiter près de 100 000 logements en quelques mois.

Récemment pourtant, une décision est venue bouleverser la donne : la création de Ma Prime Adapt. Imaginée dans le Rapport interministériel de 2021 « Nous vieillirons ensemble »¹, reprise dans le programme présidentiel d'Emmanuel Macron en 2022, le dispositif géré par l'ANAH est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2024.

Mais malgré ces annonces récentes, la France ne peut cacher qu'elle a fait, au fond, depuis 30 ans

1 BROUSSY, Luc. Rapport interministériel sur l'adaptation des logements, des villes, des mobilités et des territoires à la transition démographique. « Nous vieillirons ensemble... 80 propositions pour un nouveau pacte entre génération ». Mai 2021. 171 pages.



le « choix de l'Ehpad ». Preuve en est, notre pays compte aujourd'hui un des taux d'institutionnalisation les plus élevés d'Europe avec 21 % des personnes âgées de 85 ans et plus vivant en établissement contre seulement 6 % au Danemark², pays qui au cours des dernières années a adopté deux orientations majeures : proposer gratuitement aux personnes âgées un aménagement du logement ou, à défaut, proposer un logement adapté à proximité ; poser un moratoire sur la construction de nouvelles maisons de retraite.

Pour autant, contrairement à ce qu'on peut lire ici ou là, si le Danemark a cessé dès 1987 de construire des établissements type Ehpad, il a continué à développer son parc d'accueil qui est passé en

25 ans (entre 1987 et 2010) de 60 000 à plus de 80 000 places, les « nursing homes » ayant quasiment disparu au profit des « care homes », sorte de logements sociaux intégrés dans la cité où les soins sont fournis par des services dédiés³.

Depuis quelques années, la France semble enfin embarquée dans ces deux directions :

- Elle a enclenché la vitesse supérieure en matière de politique publique d'adaptation des logements au vieillissement. (A)
- Elle a commencé à déployer de nouvelles formules d'habitats alternatifs, d'autres formes de « chez soi ». (B)

² L'Europe du Nord, championne du bien vieillir – Institut Jacques Delors – Policy Paper n°284 – Novembre 2022 – Isabelle MARCHAIS
³ HCFEA – Politiques de soutien à l'autonomie des personnes âgées : quelques comparaisons internationales – Mars 2019

a) Adapter son logement pour prévenir la perte d'autonomie

Pourquoi adapter son logement quand on vieillit ? Qu'est-ce, au juste, qu'un logement adapté ? Comment l'adapter ? Quels acteurs peuvent être sollicités pour mener à bien cet objectif ? Et enfin, comment financer des adaptations parfois coûteuses ? Telles sont quelques-unes des questions qui se posent et qui se poseront plus encore demain quand il s'agira de réfléchir au « domicile du futur ».

1. Pourquoi il faut adapter son logement ?

Bien vieillir chez soi suppose un logement adapté aux fragilités naissantes. Sans logement adapté et accessible (étage sans ascenseur, escaliers, cave, jardin, marches), l'avancée en âge devient un risque. Car s'il ne fallait donner qu'une seule raison pour expliquer la nécessité de ces adaptations, elle tient en un chiffre : 10.000.

> **Chutes mortelles à domicile : un drame de santé publique**

En effet, 2 millions de chutes de personnes âgées de plus de 65 ans sont responsables de plus de 10 000 décès⁴. À titre de comparaison, 3 500 français sont morts en 2022 suite à un accident de la route. Les « chutes domestiques » des personnes âgées provoquent donc un nombre de décès deux fois et demi supérieur aux accidents routiers en France : voilà l'ampleur du drame. Mais surtout, le risque de mourir suite à une chute augmente considérablement avec l'âge : 90 % des chutes mortelles surviennent chez des personnes de 65 ans et plus ; pis encore, 75 % des chutes mortelles concernent des personnes âgées de 75 ans et plus. Ainsi, non seulement les personnes âgées sont celles qui chutent le plus mais elles sont aussi celles qui meurent le plus consécutivement à ces chutes.

Phénomène plus inquiétant encore, ce chiffre de 8 à 10 000 morts par an n'a jamais connu de baisse sensible depuis 20 ans. Il est vrai que la France semble avoir pris tardivement conscience de ce fléau de santé publique et n'en a tiré les conséquences que récemment en lançant, sous

la responsabilité de Brigitte Bourguignon d'abord, puis d'Agnès Firmin le Bodo ensuite, un Plan Anti-chutes des Personnes Âgées — le ... PAPA — qui mobilise de très nombreux acteurs depuis un an, professionnels de santé, ARS, régimes d'assurance-maladie et d'assurance-vieillesse notamment. **Le domicile du futur, c'est donc d'abord et avant tout un domicile où les chutes seront moins nombreuses et surtout moins mortelles.**

De surcroît un logement accidentogène a tôt fait de devenir un logement anxiogène et générateur d'isolement social. Car l'adaptation d'un logement ne se mesure pas seulement à son degré d'accessibilité. Il est fondamental qu'il se situe aussi dans une zone qui permette de conserver des liens sociaux. Des géographes ont mesuré que le champ de déplacement (à pied) de la personne âgée avoisinait 300 à 400 mètres. L'adaptation d'un logement se mesure donc aussi à sa proximité des commerces et autres services publics ou de santé. **Le domicile du futur, c'est un domicile qui permet à des personnes âgées sans voiture d'avoir aisément accès au cœur de la vie sociale.** Il s'agit ici de transposer à la longévité ce que l'urbaniste Carlos Moreno, créateur du concept de « ville du quart d'heure » a pensé pour la ville écologique de demain.

Mais toutes ces réflexions nouvelles nécessitent d'anticiper et de savoir prendre les bonnes décisions au bon moment.

A-N-T-I-C-I-P-E-R : voilà le mot d'ordre. Un chiffre illustre cette nécessité : aujourd'hui les

⁴ Guide pratique pour améliorer la prévention des chutes à domicile — Plan anti-chute des personnes âgées — avril 2023.

travaux d'adaptation d'un logement pour cause de vieillissement de son habitant interviennent à l'âge de 84 ans. C'est évidemment beaucoup trop tard. Même si ce chiffre a tendance à diminuer au regard des demandes enregistrées dans le cadre du suivi de la mise en oeuvre de ma Prime Adapt. Souvent, c'est le fait même d'être déjà tombé, une ou plusieurs fois qui déclenchera le souhait d'engager des travaux d'aménagement. Alors qu'on comprend bien qu'il vaut mieux adapter avant de chuter plutôt que chuter avant d'adapter...

Quand on parle de travaux, la réponse la plus souvent formulée est « un jour » ou « peut-être ». Madame Lacroix constitue un bon exemple. Elle est évoquée dans un des rapports que l'entreprise Leroy Merlin publie régulièrement. Occupant une maison en périphérie d'une métropole française, elle est tout à fait consciente que le fait d'avoir toutes les chambres à l'étage sera un jour problématique mais repousse la décision de déménager jusqu'au moment où l'étage deviendra un vrai problème.

« C'est que les chambres sont à l'étage, et si effectivement un jour je ne peux plus me déplacer avec suffisamment de facilité, il est bien évident que je la vendrai pour acheter une maison de plain-pied. Je sais qu'un jour ça arrivera, mais je ne suis pas devant... 60 ans c'est jeune quand même. Posez-moi la question dans 10 ans, je pense que je vous répondrai différemment, enfin peut-être pas, mais certainement que oui. Oui, je pense que dans 10 ans ça me préoccupe un peu ». Sauf qu'en réalité « les Madame Lacroix » ne prennent souvent des décisions qu'au-delà de 80 ans, lorsqu'un problème apparaît (chutes, veuvage, isolement...).

Mais a-t-on aujourd'hui un système qui encourage la prévention ? Non.

> **Renforcer la prévention**

L'injonction à la prévention, par insistante qu'elle soit, n'est pas toujours encouragée dans les faits. On le sait : la culture française a toujours privilégié la réparation, le soin, le Cure quand les pays du nord de l'Europe ont historiquement mis l'ac-

cent sur le Care et la prévention. Une statistique illustre ce constat : la France compte une densité de 21 ergothérapeutes pour 100 000 habitants contre 89 au Danemark, 88 en Belgique ou 71 en Allemagne. Mais, là encore signe d'un début de sensibilisation : le nombre d'ergothérapeutes en France est passé de 8.000 à 15.000 entre 2012 et 2022, soit un quasi-doublement en 10 ans.

Autre anomalie déroutante : jusqu'ici, nombre d'aides financières pour adapter son logement étaient conditionnées par le classement du bénéficiaire dans un des GIR 1 à 4.

L'adaptation des logements : l'approche danoise

Le Danemark mène une politique de soutien des personnes âgées ultra décentralisée depuis 1992 en confiant aux municipalités la prise en charge des personnes âgées.

Par conséquent, l'ensemble des services intervenant au domicile de la personne que sont les services sociaux, les aides à domicile, les services de soins, ... sont coordonnés par les municipalités.

En matière d'habitat, lorsqu'une personne âgée rencontre des difficultés dans son logement, la ville met tout en oeuvre pour l'adapter à ses besoins et capacités (de l'évaluation des besoins jusqu'aux travaux d'aménagement).

Si l'adaptation est impossible alors la municipalité lui proposera un logement adapté de superficie équivalente dans le même périmètre géographique.

Par ailleurs, la loi danoise prévoit l'organisation de visite de prévention à domicile pour toute personne âgée de plus de 75 ans sauf si cette dernière s'y oppose.

Au fond, pour bénéficier d'une aide — on pense notamment au dispositif « habiter facile » de l'ANAH ou au crédit d'impôt- il fallait être ou il faut encore être en situation de perte d'autonomie. Il faut dans certains cas être dépendant pour avoir droit à une aide plutôt que d'obtenir une aide pour éviter de le devenir... Ce n'est d'ailleurs pas un hasard si la CNAV qui couvre les GIR 5/6 porte au final

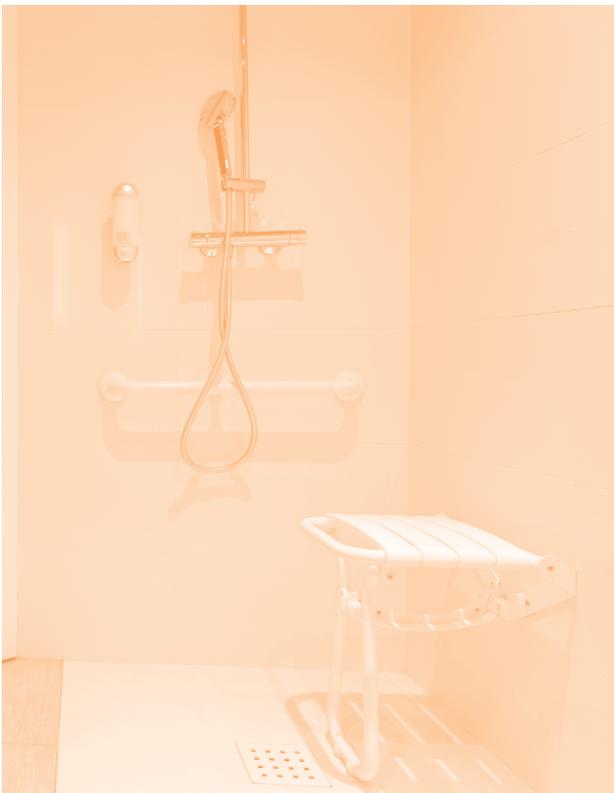
une dépense moyenne sensiblement plus faible que celle de l'ANAH : **prendre les dossiers en amont pour éviter de dépenser plus en aval.**

Or, Ma Prime Adapt, après d'âpres négociations, sera finalement délivrée à toute personne âgée de 70 ans en fonction certes de ses ressources mais pas de son état de dépendance. En arbitrant ainsi, l'État vient d'assumer sa volonté d'encourager les français à anticiper. Et à le faire, plus précocement qu'aujourd'hui.

> Éviter toute stigmatisation

Mais pour encourager cette prise de conscience anticipée, il serait préférable d'éviter tout ce qui concourt à la stigmatisation des séniors et plus encore aux discours infantilisants.

Bien que l'objectif consiste au final à informer les personnes âgées sur les solutions et aides qui s'offrent à elles, toute communication conduisant à représenter la personne dans les stigmates de l'âge peut évidemment se révéler contreproductive. Le paradoxe est là : comment anticiper la prise de



conscience sans communiquer de façon stigmatisante en direction de personnes qui justement... ne se sentent pas âgées ? D'où l'éternel débat sur le bon âge pour interpellier les personnes. Trop tard et le risque d'accident augmente. Trop tôt et le message risque de ne pas être entendu. « *Comment ça ? Vous venez, à moi qui suis en pleine forme, me demander si je dois adapter mon logement au vieillissement ?* » peut-on entendre parfois.

« SOUVENT, ON APPELLE UN ERGOTHÉRAPEUTE POUR ENVISAGER DES TRAVAUX DANS LE LOGEMENT QUAND IL Y A EU DÉJÀ FAUTE OU CHUTE. IL EST DONC IMPÉRATIF D'ANTICIPER D'AVANTAGE. »

Thomas Chargé, directeur technique de l'ANFE, l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes

> Inciter sans forcer

Car tout l'art de ces politiques de prévention consiste à inciter plutôt qu'à imposer. S'interroger sur l'adaptation de son logement, c'est s'interroger sur ses futures fragilités. Réflexion qui peut mettre en question l'estime de soi mais qui peut aussi bouleverser l'idée qu'on se fait de son propre parcours de vie. S'il existe des récalcitrants au changement qui préfèrent ajuster leurs pratiques à leurs lieux de vie plutôt que le contraire, l'attitude la plus fréquente est celle du détachement. Presque d'une forme de déni qui traduit un avenir non désiré et difficilement envisageable.

> Renforcer la sensibilisation

Pour anticiper, pour prévenir, encore faut-il être sensibilisé.

Comme il n'y a pas de mal à s'inspirer de ce qui marche, on pourrait regarder du côté de l'Assurance Maladie qui, en matière de prévention, permet à tout assuré social qui a franchi son 50^e anniversaire, de recevoir un courrier l'encourageant à effectuer un dépistage du cancer colorectal. Dans le même esprit, l'Assurance

Vieillesse pourrait informer chaque retraité, à l'orée de ses 70 ans, de la nécessité pour lui de réfléchir à sa capacité à vieillir dans le logement qu'il occupe. Une telle information pourrait être portée par les bailleurs sociaux à tous les locataires qui fêteraient leur 70^e anniversaire.

D'autres actions sont à souligner : par exemple, la série de clips « Ensemble pour l'autonomie » lancés par la CNSA. Ou les campagnes de sensibilisation, comme celles réalisées par SOLIHA qui met en place des camions « allers-vers » de prévention, les « Trucks Soliha ». Et plus récemment les spots publicitaires de Jean et Rose réalisés par l'ANAH visant à informer le grand public de la mise en place de ma Prime Adapt.

> **Mieux accompagner**

Dès lors que la personne âgée a franchi l'étape de la prise de conscience de ses fragilités et donc de ses potentiels besoins, il reste encore un long chemin à parcourir pour obtenir l'aide et l'aménagement requis. Les démarches à entreprendre sont souvent longues et laborieuses et les acteurs à solliciter multiples. Il est donc assez fréquent que les personnes baissent les bras devant tant de complexité administrative. Le domicile du futur devra intégrer un accompagnement renforcé auprès des personnes âgées pour faciliter l'adaptation des logements (identification des besoins, aides financières, sélection des entreprises...).



MaPrimeAdapt'

Ma vie change, mon logement s'adapte

Ma Prime Adapt' : nouvelle aide pour financer l'adaptation de son logement

Effective depuis le 1^{er} janvier 2024, ma Prime Adapt' remplace trois dispositifs ; « Habiter facile » de l'ANAH, le crédit d'impôt d'autonomie et les aides de la CNAV pour l'adaptation du logement des personnes âgées.

Ma Prime Adapt' s'adresse aux personnes âgées de 60 à 69 ans en perte d'autonomie précoce justifiant d'un niveau de GIR et des personnes âgées de 70 ans et plus sans condition de GIR.

Cette aide permet de financer jusqu'à 50 ou 70 % du montant des travaux d'adaptation du logement en fonction du niveau de revenus.

Elle concerne les propriétaires occupants et locataires du parc privé au titre de la résidence principale.

Plusieurs types de travaux sont concernés comme l'installation d'un monte escalier, la mise en place d'un éclairage à détection, installation de Wc surélevés, de barres d'appui... Des travaux facilitant l'accès au logement peuvent également être pris en charge par ce dispositif.

Le gouvernement a fixé l'objectif d'adapter 250 000 logements d'ici 2027.



2. C'est quoi un logement adapté ?

L'adaptation du domicile est un défi colossal que la société doit relever pour être à la hauteur des enjeux de la transition démographique. Pour qu'un logement soit favorable au vieillissement, il faut désormais répondre à un certain nombre de critères qu'ils soient fonctionnels et adaptés aux usages d'une personne âgée en perte d'autonomie mais aussi modernes, esthétiques et connectés aux nouvelles technologies.

2.1. C'EST UN DOMICILE ADAPTÉ À SES BESOINS

Une enquête réalisée par le CREEDAT en 2015 auprès des personnes de plus de 60 ans en GIR 5/6 montraient que les travaux – qui concernaient le plus souvent l'adaptation de la salle de bains – ne satisfaisaient pas toujours la personne concernée. Sur 100 personnes visitées, 50 ont fait réaliser des travaux et sur ces 50, 25 d'entre elles n'en n'étaient pas complètement satisfaites (siège de douche trop petit, barres mal placées, etc.) au regard de l'utilisation dont il avait été convenu.

Cette enquête montrait donc un écart important entre les objectifs formulés initialement et la réalité vécue par les potentiels bénéficiaires. Pour **Jean-Philippe Arnoux**, directeur Silver Economie et accessibilité chez Saint-Gobain, **l'adaptation du domicile ne doit pas et ne peut pas se limiter au changement d'une baignoire en douche**. D'une part parce que les différentes enquêtes démontrent que la salle de bain n'est pas le lieu du domicile le plus accidentogène⁵, de l'autre parce qu'un tel changement peut ne pas être vécu par l'utilisateur comme prioritaire.

Le « domicile du futur » devra donc être aménagé, d'abord et avant tout, au regard des usages et des besoins de la personne. D'où l'utilité de la notion de « design thinking⁶ » qui permet de définir une expérience idéale, à la croisée de ce qui est désirable pour ceux pour qui on veut innover, ce qui est techniquement réalisable et ce

qui est viable économiquement par le porteur de projet. C'est une philosophie dont l'objectif est de guider la pratique pour innover d'une façon pragmatique, collective et efficace et qui a été notamment diffusée en France grâce à la d.school Paris, une école supérieure de design thinking affiliée à l'École nationale des ponts et chaussées.

2.2. C'EST UN DOMICILE ÉVALUÉ PAR UN ERGOTHÉRAPEUTE

Nous l'avons indiqué plus haut : la proportion d'ergothérapeutes en France est bien moindre que dans bon nombre d'autres pays européens. Or, le rôle de l'ergothérapeute est essentiel dès lors qu'il s'agit d'évaluer les besoins d'une personne âgée ainsi que les dangers que représente son logement au regard de l'usage quotidien qu'elle en fait.

Les préconisations de l'ergothérapeute tiennent compte des besoins de la personne, de ses capacités et incapacités, qui peuvent être multiples, mais aussi de son poids, de sa taille, de ses habitudes, de son environnement social et familial.

Il mesure quand la personne ne peut plus faire, fait avec appréhension (« *je ne suis plus bonne à rien* ») ou ne fait qu'avec l'aide d'une personne (« *ce qui me gêne beaucoup* »). Il peut également mesurer l'impact des travaux lorsqu'ils sont réalisés, le changement pouvant être ressenti comme insurmontable (« *je ne m'y fais pas* »).

À mi-chemin entre le médical et le social, sa vision à 360° lui permet de proposer des conseils personnalisés et durables. Si tout le monde reconnaît son utilité, voire son caractère indispensable dans l'évaluation de la situation de la personne, il n'est pas toujours mobilisé comme il le devrait.

Au regard de l'importance de son rôle et afin que son intervention ne soit pas réservée à un public solvable, (le coût d'une intervention pouvant aller de 200 à 300 €), il est essentiel demain que ces

⁵ Selon l'enquête Chupadom publiée fin 2020 montre notamment que si 15 % des chutes ont lieu dans la salle de bain, 20 % se passent dans la chambre.

⁶ « Le design thinking par la pratique : de la rencontre avec l'utilisateur à la commercialisation d'un produit innovant pour les seniors » – Florence Mathieu, Véronique Hillen, Jean-Philippe Arnoux – Éditions Eyrolles – 2016

interventions soient prises en charge. Par l'ANAH dans le cadre de Ma Prime Adapt, par la CNAV, ou par les départements, les communes voire par des mutuelles ou des assurances. L'AGIRC-ARRCO a d'ailleurs innové puisque dans le cadre de son dispositif « Bien à la maison », elle solvabilise chaque année plusieurs milliers d'adaptations de logement.

Le rapport Denormandie-Chevalier d'octobre 2020 estime que les ergothérapeutes pourraient se voir confier le soin de prescrire des aides techniques à condition qu'ils soient formés et que cela se fasse dans le cadre d'une structure collective. Actuellement seul le médecin a ce droit alors qu'il n'a pas toujours les compétences nécessaires pour évaluer le cadre de vie de la personne.

Il est essentiel également que les ergothérapeutes et le monde du bâtiment échangent plus pour

faciliter la compréhension entre ces deux types d'acteurs et proposer une sorte de « contrat de confiance » entre les deux corps de métiers.

2.3. C'EST UN LOGEMENT FONCTIONNEL ET ÉVOLUTIF

Le logement du futur devra être un logement évolutif tout au long de la vie, afin d'éviter que l'adaptation se fasse uniquement à certains moments. La notion même de « logement adapté » pose question. C'est la raison pour laquelle nous n'avons pas repris à notre compte dans ce document le chiffre qu'on voit souvent dans des documents officiels ou rapports publics évaluant à 6 % le nombre de logements en France qui seraient adaptés aux personnes âgées. Cette statistique, outre qu'elle date, n'a aucun sens puisque jamais n'a été défini ce qu'est un logement adapté.

De l'expérimentation à la généralisation EqlAAT

Il s'agit d'un dispositif porté par la CNSA pour le déploiement d'Equipe Locale d'Accompagnement aux Aides Techniques (EqlAAT), dans le cadre de l'article 51 de la LFSS 2018.

Il vise à l'amélioration de l'accompagnement des personnes en situation de handicap et des personnes âgées dans l'acquisition des aides techniques : de l'évaluation à l'accompagnement au choix et à la prise en main.

Ainsi, ergothérapeute, travailleurs sociaux, ergonomes, ... interviennent au domicile de la personne pour :

- Réaliser un diagnostic des besoins en aides techniques
- Accompagner vers la solution la plus adaptée à la situation de la personne
- Tester les aides techniques avec la personne concernée
- Aider la personne dans la réalisation des démarches administratives et financières pour les demandes de financement
- Accompagner la personne dans l'utilisation des aides pendant 3 mois

24 équipes ont été retenues par la CNSA pour expérimenter ce dispositif pendant une durée de deux ans. Près de 7 800 personnes ont pu être accompagnées dans le cadre de cette phase expérimentale, ce qui a permis de tester et structurer l'évaluation à mettre en place pour accompagner au mieux les personnes dans leur habitat.

L'efficacité du dispositif est aujourd'hui avérée même s'il reste encore des ajustements à opérer c'est la raison pour laquelle une période transitoire post expérimentation est mise en place avant la généralisation de ce dispositif dans chaque département courant 2025.

L'expertise du Pôle Autonomie Santé de Lattes (34)

Né en 2009 grâce à l'initiative soutenue par la ville de Lattes, le pôle autonomie s'est progressivement développé et doté d'expertises pour accompagner les personnes en situation de perte d'autonomie.

D'abord, Centre d'Informations et de Conseils sur les Aides Techniques (CICAT) équipé d'un show-room avec plus de 400 aides techniques et technologiques en démonstration mais aussi centre de formation pour accompagner à l'utilisation de ces matériels et équipements, avec le concours de professionnels spécialisés, le PAS de Lattes est devenu un acteur de référence en matière d'autonomie en santé dans le département de l'Hérault. Il fait par ailleurs partie des 24 équipes retenues par la CNSA pour expérimenter le dispositif EqlAAT.

Il le sera à l'instant T pour une personne X. Et ne le sera plus l'année suivante si les besoins de la personne évoluent. Un « domicile du futur », ce sera donc de plus en plus souvent un logement qui saura intégrer **du matériel évolutif** avant même l'arrivée de la dépendance. Il faut pour cela inciter les constructeurs à produire du matériel qui puisse être utilisé à tous les âges de la vie.

Il faut surtout penser le « domicile du futur » pour qu'il réponde systématiquement à tous les petits soucis quotidiens en ayant :

- **Une entrée pratique et sécurisée**
 - avec un éclairage automatique dans le couloir qui s'éteint automatiquement après le passage de la personne.
 - un visiophone à la bonne hauteur permettant d'identifier qui se présente à la porte
 - un paillason extra-plat et antidérapant pour éviter les chutes...
- **Des espaces de circulation fluides**
 - avec certaines portes remplacées par un modèle coulissant
 - des rampes aux escaliers avant même d'imaginer l'installation d'un monte-escalier
 - des diodes avec déclenchement automatique pour guider les pas la nuit
- **Des solutions autour de la cuisine...**
 - avec des ustensiles rangés entre 40 cm et 1,40m du sol
 - avec des meubles à hauteur variable
 - avec des prises proches du plan de travail pour faciliter le branchement et l'utilisation des appareils

- **... et de la chambre, lieu très accidentogène**

Au-delà des pièces elles-mêmes, se pose aussi dans certains logements la question de la mobilité verticale. Comment dans un pavillon à étages, permettre l'accessibilité aux pièces, souvent les chambres, situées au 1^{er} étage ? Se pose ici la question d'installer un monte-escalier, solution qui demeure onéreuse malgré un crédit d'impôt pour atténuer le coût : 3 000 € pour un monte-escalier droit, 9 000 € pour un monte-escalier en courbe et 20 000 € tout compris pour un ascenseur intérieur. Cette réponse demeure faible en France où ces installations ne concernent que 15 000 séniors — dont la moyenne d'âge est de 84 ans — contre 40 000 en Grande-Bretagne.

Bien souvent, les solutions existent mais sont, ou bien éparses ou pas assez connues, pour apparaître comme une réponse crédible au défi de l'adaptation des logements. Pour remplir cet objectif, de nombreux acteurs auditionnés, militent pour la création d'un guide unique des aides techniques. Ces aides seraient mises à jour annuellement et téléchargeables facilement sur le site de l'ANAH.

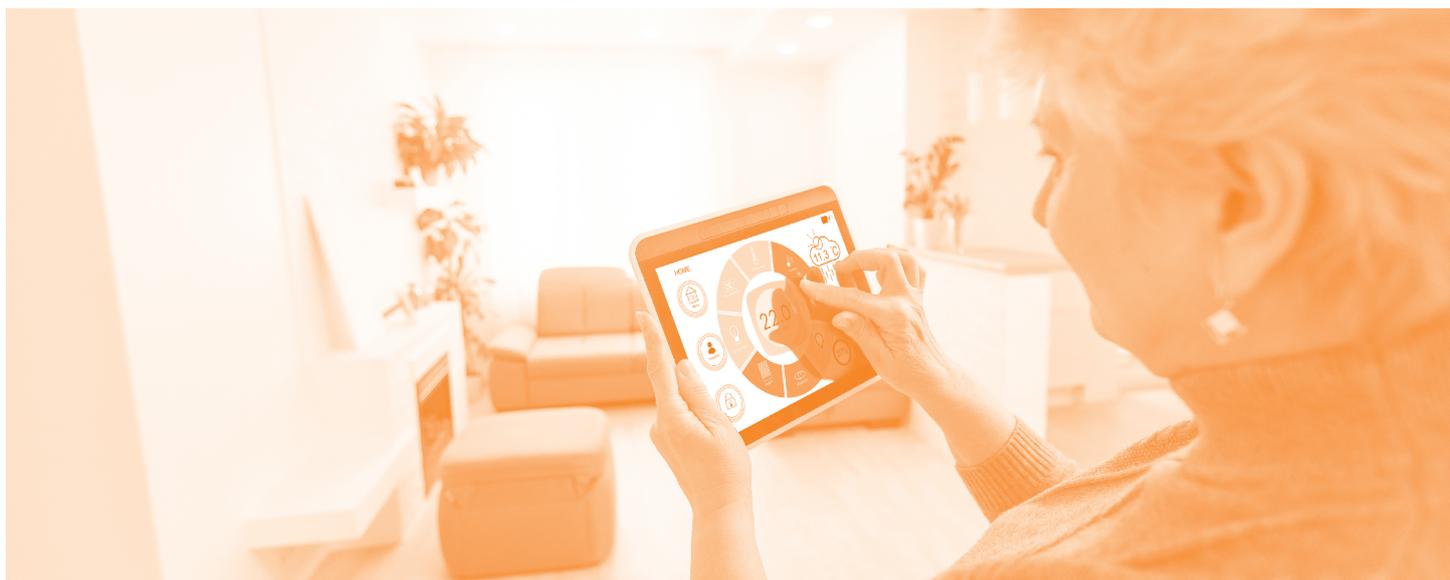
2.4. C'EST UN DOMICILE CONNECTÉ

Mais surtout, le « domicile du futur » devra intégrer les innovations technologiques qui ne manqueront pas d'apparaître tout au long des prochaines années. Demain, le domicile du futur devra impérativement être connecté et intelligent. Et si les aides techniques existantes qui s'appuient largement sur la domotique sont déjà présentes, le numérique et l'IA offrent des perspectives de développement dont nous ne savons à ce jour mesurer l'ampleur.

Le fait est qu'il n'est plus possible aujourd'hui de dissocier logement adapté et logement connecté. Les deux doivent aller de pair.

Que le logement devienne connecté, ou, comme ce sera de plus en plus le cas dans la décennie qui vient, qu'il soit déjà connecté dès sa création, il est primordial que plus personne ne doute désormais de l'apport essentiel du numérique et des technologies. Contrairement à certaines idées reçues — de plus en plus rares soulignons-le — le





numérique favorise le lien social et peut permettre de repenser l'habitat.

Déjà aujourd'hui, autant des grands groupes (Legrand, Schneider, Hager, La Poste...) **que des start-up ont développé des applications particulièrement utiles qu'il s'agisse de domotique, d'objets connectés, d'aides techniques ou de robotique** : de la tablette numérique au coussin connecté, des sols connectés pour prévenir les chutes au pilulier sécurisé au chemin lumineux évoqué plus haut, de la téléassistance sous toutes ses formes, automatisation des portes et garage, entretien de la maison avec aspirateurs robots au robot social... pour répondre aux besoins de la personne âgée (sécurité, compensation de la perte d'autonomie, téléassistance intuitive, communication et lien social, confort...).

On peut également mentionner les travaux du CENTICH, un centre d'expertise basé à Angers et soutenu par le groupe Vyv, avec ses « *logements augmentés nomades* » qui sont des packs personnalisables en fonction de la configuration du logement et de l'état de santé de la personne (interrupteurs, télécommande, tablettes numériques, smartphone, téléthèse...).

On connaît désormais la solution que Legrand a mis en place à travers un parcours lumineux à suivre la nuit pour aller aux toilettes. Ou le « portier visiophone » que l'aidant se fait installer pour savoir à distance qui sonne à la porte de la personne âgée pour pouvoir, le cas échéant, lui en interdire l'accès. Une solution simple, qu'un électricien est en mesure d'installer⁷.

Un petit tour au fameux CES⁸ de Las Vegas ces dernières années permettait de découvrir nombre d'innovations dont certaines peuvent s'adapter au domicile. On peut citer notamment :

- **eSight** : des lunettes intelligentes conçues pour accompagner les personnes malvoyantes au quotidien en offrant une meilleure acuité visuelle. La technologie d'eSight amplifie l'information visuelle fournie au cerveau pour compenser les lacunes du champ de vision. Cette innovation pourrait permettre d'éviter certaines chutes ou accidents.
- **La lampe intelligente de la Start-up Nobi spécialisée dans la détection et la prévention des chutes** où en cas de chute la lampe demande à la personne âgée si elle est tombée. Sans un « non » clair, la lampe prévient automatiquement le personnel soignant ou les membres de la famille.

⁷ Anne, Daubrée. « Habitat – Comment adapter les logements au vieillissement ? ». La gazette Normandie. 15 mai 2023.

⁸ Le Consumer Electronics Show (CES) est le plus grand salon mondial de la technologie.

- **Le four intelligent** encastrable Bespoke AI de Samsung qui fait appel à sa caméra et à son intelligence artificielle pour reconnaître les aliments et adapter le temps de cuisson.
- **Les robots domestiques** comme **Emobot**, un robot qui permet grâce à l'intelligence artificielle de suivre en continu l'état émotionnel des personnes et d'alerter proches et soignants en cas de problème, le robot social Cutii fabriqué en France, le Retriever, de la société américaine Labrador Systems qui se déplace de manière autonome dans une maison et peut porter des charges lourdes, facilitant la vie aux personnes âgées ou encore le fameux Paro, un robot émotionnel d'assistance thérapeutique.
- **Le lit du futur** comme par exemple le Smart Bed 360 de le Sleep Number permet d'analyser le sommeil, les habitudes du dormeur, ses changements dans le but de délivrer des conseils sur un smartphone pour améliorer les nuits.

Au-delà, les innovations peuvent prendre des formes quotidiennes : balance et podomètre connectés pour transmettre des données aux soignants, lumière automatique reliée à un détec-

teur de présence, prises connectées, détecteur d'inondation, tablettes ou coussins numériques, robots, commandes vocales, capteurs de chutes, lits connectés, internet des objets, meubles à hauteur variables... : **voilà de quoi sera fait demain le « domicile du futur ».**

Il faudra évidemment exercer une nécessaire vigilance au regard des enjeux juridiques et éthiques relatifs au partage des données. Mais plus urgent encore, il faudra coordonner l'ensemble de ses innovations pour que les professionnels et les aidants s'y retrouvent.

Car la « Silver Economie » se caractérise aujourd'hui par une offre foisonnante et désordonnée quand les départements, les mutuelles ou plus encore les services d'aide à domicile (Saad et Ssiad) gagneraient à avoir face à eux un pack cohérent et global sous la forme d'un kit domotique idéal. Pour ce faire, l'idée avait été émise d'un Centre national de preuves⁹ qui aurait pour mission de trier parmi toutes ces solutions celles qui pourraient être validées au titre de leur efficacité, de leur capacité à se déployer sur le territoire et de leur qualité d'usage. La création d'un tel Centre demeure à ce jour souhaitable.



9 Les innovations numériques et technologies – Marc Bourquin & Jean-Pierre Aquino – Filière Silver Economie – 2019

3. Le « domicile du futur » dans le parc social

Même si rappelons-le près de 75 % des séniors sont propriétaires de leur logement, une part croissante de personnes âgées vivent dans un logement social. Le « domicile du futur », ce sera aussi un logement situé dans le parc HLM. Or, ici, le défi est immense.

Si seulement 13 % des séniors vivent dans le parc social, leur nombre va assurément croître dans les années à venir. Déjà aujourd'hui, **24 % des locataires du parc social ont 60 ans et plus et 54 % ont 50 ans et plus**. Des chiffres qui laissent entrevoir le vieillissement massif des locataires du parc HLM dans les 20 prochaines années. D'autant que les bailleurs comme les mairies voient arriver depuis quelques années des primo-demandeurs de 65 ans et plus, soit ceux qui ne peuvent plus assumer un loyer dans le parc privé ou les charges de leur pavillon après avoir perdu 30 % de leurs revenus au moment du passage à la retraite.

Ce défi est rendu plus compliqué encore par un autre constat : 40 % des logements du parc social ne sont pas accessibles par ascenseur. Pour autant, avec la loi ELAN de 2018, la France est revenue dans la norme européenne avec, dans le neuf, l'obligation d'un ascenseur dès le R+3 : un progrès évident pour l'accessibilité des plus fragiles mais qui, vu l'équilibre entre stock et flux de logements, ne donnera des effets que très progressivement. Ainsi, **chez les 80 ans et plus, 44,4 % des locataires ont un appartement sans ascenseur**.

> **Autant dire que l'adaptation du parc social au vieillissement de ses locataires représente un immense défi**

Un défi auquel nombre de bailleurs sociaux sont en train de se préparer. Car il faut le dire clairement : peu sensibles à ce sujet il y a encore une décennie, les bailleurs sociaux ont fait leur révolution. Grâce notamment au travail de sensibilisation de l'Union Sociale pour l'Habitat — qui organise par exemple, tous les deux ans, le Prix « *HLM, partenaires des âgés* » auquel des dizaines de bailleurs participent — ou au soutien de nombreuses

CARSAT impliquées en soutien, le monde du logement social déborde aujourd'hui d'initiatives pour s'adapter au grand âge d'une part croissante de leurs locataires.

Ils sont de plus en plus nombreux à proposer un changement de logement aux personnes en fonction de leur situation. De plus en plus nombreux à initier des opérations de repérage comme le fait la société immobilière Néolia à Montbéliard. De plus en plus nombreux à installer en cœur d'îlot une salle commune permettant des animations comme « Papyloft » pensé par le bailleur Marcou Habitat à Carcassonne. De plus en plus nombreux aussi à suivre des référentiels de qualité comme *Quali'Hlm*[®], l'outil mis en place l'USH ou le *label Habitat Senior Services*[®], propriété de l'association DELPHIS.

Les bailleurs sociaux doivent devenir des acteurs de proximité du domicile du futur et être au premier plan de l'accompagnement du vieillissement de leurs locataires âgés.

Les travaux publiés récemment par l'Igas sur les défis de la politique domiciliaire soutient l'élaboration d'une stratégie nationale sur le rôle des bailleurs sociaux auprès des locataires âgés.

> **Pour autant certaines questions demeurent**

Comment encourager les mutations dans le parc social en offrant de réelles compensations aux locataires âgés ? Aujourd'hui, des personnes âgées vivent dans des logements sociaux spacieux (T4, T5) qu'elles ont en réalité occupé pendant des décennies avec mari, femme et enfants. Des logements devenus inadaptés à leur fragilité, soit par qu'ils sont trop spacieux, soit parce qu'ils ne sont pas dotés d'ascenseurs. Pour proposer à une personne âgée de changer de logement pour un logement plus petit, il est nécessaire de lui proposer de sérieuses contreparties : un loyer moins élevé ou équivalent au précédent ; une aide au déménagement et au tri des affaires ; un nouvel appartement plus acces-

sible et adapté aux fragilités etc... Mais les bailleurs sociaux doivent aussi voir en ces logements de grande taille l'opportunité de développer d'autres formes d'habitat comme l'habitat inclusif – nous y reviendrons.

Comment permettre aux bailleurs sociaux de facturer, en sus du loyer, des prestations d'accompagnement ? Cette proposition, déjà formulée dans le rapport interministériel de Luc Broussy « Nous vieillirons ensemble : 80 propositions pour un Pacte entre générations », permettrait par exemple de former les gardiens à l'accompagnement (petit bricolage, courses...) des personnes âgées quand aujourd'hui beaucoup de bailleurs ferment au contraire leurs loges.

Comment renforcer l'offre d'accompagnement au sein du parc social ? et permettre de conclure des partenariats avec des Saad voire même avoir la possibilité d'installer un Saad

intégré si les besoins de prise en charge des locataires sont identifiés.

Comment renforcer la communication entre les bailleurs sociaux et les locataires pour que les besoins soient mieux appréhendés ? Dans un sondage réalisé par Action Tank Entreprises et Pauvreté en collaboration avec Finistère Habitat auprès de 800 locataires âgés, le bailleur apparaît pour le locataire âgé comme un véritable interlocuteur de confiance à qui l'on se doit de répondre et qui peut ainsi conserver un lien fort avec chaque locataire.

Mieux encore, des bailleurs sociaux comme la Régie Immobilière de la Ville de Paris (RIVP), récemment primée pour son Agenda 21 de la longévité¹⁰, réfléchissent à de nouvelles formes d'habitat. Ces derniers imaginent par exemple un vrai parcours résidentiel évolutif de façon à « ce que l'on rentre dans le parc social à 30 ans et que l'on y sorte plus ».

Alogia, acteur innovant du bien vieillir chez soi

Alogia est profondément engagé depuis sa création en 2014 à proposer des politiques seniors préventives et prédictives. Alogia développe notamment des services de prévention santé dans l'habitat des seniors.

La qualité de ses services a d'ailleurs fait l'objet d'une labellisation HS2®.

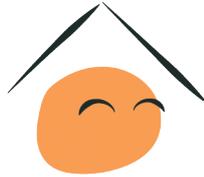
Le groupe accompagne les pouvoirs publics et les professionnels à prendre en compte les enjeux du vieillissement et à bâtir des stratégies seniors génératrices d'impact social et économique.

Quelques actions menées par Alogia :

- En partenariat avec le groupe EDF, réalisation de diagnostic énergétique et ergothérapie et proposition de solutions de prévention de perte d'autonomie, de maintien à domicile et de maîtrise de l'énergie ;
- Indépendance Royale et Alogia ont conclu un accord pour que les plans réalisés par l'expert du bâtiment soient validés par un professionnel de santé afin de s'assurer de la qualité et de l'adaptation des logements aux enjeux du vieillissement ;
- RevealCare est une technologie prédictive pour anticiper les besoins des seniors. À partir d'un outil d'analyse et de croisement de milliards de données à l'échelle des territoires, les besoins des seniors peuvent être identifiés et anticipés de façon très fine. Plusieurs acteurs ont déjà eu recours à cette nouvelle technologie (Carsat, groupe de protection sociale, bailleurs sociaux, collectivités...) ;
- Alogia Care est une plateforme web gratuite qui offre un accès à une palette de solutions pour assurer un maintien à domicile en toute sérénité à partir d'un questionnaire.

¹⁰ Prix Coup de Cœur de la 6^e édition du concours Hlm Partenaires des âgés, remis à Nantes le 3 octobre 2023 lors du 83^e Congrès HLM

4. Financer le domicile du futur



MaPrimeAdapt'

Ma vie change, mon logement s'adapte

Ma Prime Adapt constitue un véritable progrès dans le financement de l'adaptation des logements au vieillissement. C'est en effet un dispositif où l'âge d'entrée est relativement précoce (70 ans) et où l'obtention d'une aide n'est pas soumise à une condition de dépendance.

En revanche, pour l'heure, ce soutien n'est réservé qu'aux ménages ayant des ressources modestes ou très modestes. C'est un premier pas positif qui comporte toutefois deux défauts : il laisse aux plus modestes un reste à charge qui peut se révéler dissuasif ; il laisse de côté les classes moyennes qui peuvent toutefois bénéficier du crédit d'impôt à condition... d'être en GIR 1 à 4.

À l'évidence, le dispositif Ma Prime Adapt a vocation à l'avenir à élargir progressivement le périmètre de ses bénéficiaires, notamment, demain, en relevant les seuils de ressources.

Mais au domicile du futur devra correspondre aussi des modalités nouvelles de financement. En clair, dans un pays où 75 % des personnes âgées sont propriétaires d'un logement, il n'est pas envisageable que les jeunes actifs financent plus encore par leurs impôts les travaux d'adaptation de logements des plus âgés. C'est ce constat qui a contribué depuis quelques années à réfléchir à la façon de mobiliser le patrimoine pour financer l'adaptation de ce même patrimoine.

On pense notamment aux formules de **prêt hypothécaire viager, de viager mutualisé ou de viager intermédié partiel**.

La Caisse des Dépôts a ainsi lancé en 2014 le fonds Certivia. Il vient de franchir le cap des 500 acquisitions réalisées et confirme sa place de premier fonds viager institutionnel. Il réunit désor-

mais une capacité d'investissement de 350 millions d'euros suite à sa levée de fonds réussie en 2020. La moitié des fonds levés ont déjà été investis dans plus de 500 opérations et Certivia prévoit d'atteindre les 1 000 acquisitions d'ici 2024 afin de donner du pouvoir d'achat aux séniors propriétaires de leurs logements. Nous avons également rencontré les initiateurs des Trois Colonnes, une société coopérative d'intérêt collectif, qui développe une formule de viager solidaire.

Mais ces essais n'ont pas jusqu'ici permis un développement massif de ce type de formules qui correspondent pourtant autant à un besoin individuel que collectif. Individuel parce qu'il permet à des retraités modestes mais propriétaires de liquéfier leur patrimoine pour mieux vivre au quotidien. Collectif parce que la capacité des jeunes actifs a payé via l'impôt la dépendance de personnes âgées qui sont par ailleurs propriétaires immobiliers (alors qu'eux attendent de plus en plus tard pour le devenir) pourrait diminuer dans les prochaines années. Surtout que l'avancée en âge de toutes les générations va faire tourner le capital immobilier des plus âgés (85-95 ans) vers leurs enfants de... 60-70 ans.

Mais ce domicile du futur pourrait également être soutenu par des formules assurantielles. On peut imaginer demain une « assurance prévention » qui se grefferait sur les contrats santé voire sur les contrats collectifs. **Or, aujourd'hui, le risque « adaptation des logements au vieillissement » n'apparaît pas dans les contrats collectifs parce qu'il n'apparaît d'actualité ni pour les entreprises, ni même pour les salariés « actifs ».** On pourra imaginer aussi d'adosser **une assurance « adaptation » aux contrats classiques d'assurance habitation** (MAIF, MGEN, MACIF).

Merci Prosper, solution de monétisation partielle

« Merci Prosper » est une entreprise à mission qui accompagne les propriétaires âgés de plus de 70 ans à réaliser leurs projets de vie en transformant une partie de leur bien immobilier en liquidités.

Concrètement, la foncière Prosper achète une part de propriété de la résidence principale (entre 10 et 50 % maximum pour que le sénior reste propriétaire majoritaire de son logement) tout en laissant la jouissance du bien au propriétaire. En contrepartie, la personne âgée cède des parts de propriété de son bien à Merci Prosper.

L'objectif de l'opération consiste à rendre liquide une partie de l'argent bloqué dans les murs du bien immobilier afin que la personne âgée puisse retrouver un pouvoir d'achat lui permettant de financer son maintien à domicile (frais d'adaptation de logement) par exemple ou tout autre projet de vie.



| b) Opter pour un autre « chez soi »

Nous venons de voir comment il était nécessaire d'adapter précocement son logement pour avoir l'opportunité ensuite d'y vivre en toute sécurité le plus longtemps possible.

Mais il faut en convenir : il est des situations parfois qui rendent inadaptable un logement. Soit parce qu'il compte de multiples obstacles (escaliers, exigüité, jardin...) que des travaux ne permettront pas de réparer ; soit parce que bien qu'accessible, il se situe dans un environnement inadapté (éloigné des commerces, rue en déclivité...).

*Un nombre croissant de personnes âgées d'aujourd'hui et de demain font et feront le choix, face à cette situation, de changer de logement. Tel est le paradigme des prochaines années : **pour mieux » vieillir chez soi », il faudra de plus en plus souvent « quitter son chez-soi » pour un « autre chez-soi ».***

C'est la notion même de domicile qui devra évoluer : le « domicile du futur » dont nous parlons ici ne sera pas forcément l'habitation historique dans laquelle on a élevé ses enfants, dans lequel on a, selon l'expression consacrée, « tous ses souvenirs ». Quitter son « chez soi historique » pour un « nouveau chez soi », plus adapté, plus sécurisé et somme toute plus pratique et agréable : voilà l'évolution que nous constatons déjà sur nombre de nos territoires.

Le « domicile du futur » pourra donc être aussi un logement alternatif, ni domicile historique, ni Ehpad. Or, dans ce champ, des solutions très diverses se développent depuis quelques années afin de permettre aux seniors qui le souhaitent la possibilité d'un large choix.

1. Valoriser l'offre alternative et promouvoir son développement

On a longtemps qualifié de logements « intermédiaires » ces solutions qui se développaient « entre » le domicile et l'Ehpad. Mais cette expression, au-delà du fait qu'elle a une autre signification dans le monde du logement¹¹, pourrait laisser entendre que l'Ehpad est une destination obligatoire. Or, en 2023, sur 4 millions de personnes âgées de 80 ans et plus, 600.000, soit 15 % seulement, vivaient en Ehpad. 85 % des 80 ans et plus habitent donc chez eux, quelle que soit la forme que prend ce « chez eux ». On choisira donc ici de parler plutôt de logements « alternatifs » au sens de « ce qui constitue une alternative », et en l'occurrence une alternative au domicile historique, une alternative à l'inéluclabilité de l'isolement social.

D'autant que ces alternatives sont désormais très polymorphes se distinguant par le type de gestionnaire (bailleur social, gestionnaire d'Ehpad, Centre Communal d'Action Sociale, associations,

collectifs d'usagers...), par la localisation (rurale et semi-rurale, urbaine ou péri-urbaine), par la diversité des services proposés (actions de prévention, loisirs, gardien, restauration, livraison à domicile...), ou par les appellations mêmes (habitat intergénérationnel, habitat inclusif...).

Pas toujours évident pour une personne âgée de s'y retrouver parmi tous ces dispositifs dont les modalités d'accompagnement varient d'un modèle à l'autre. Mais cette diversité est à l'évidence un atout qui permet de garantir une palette de solutions permettant à chaque senior d'exercer sa liberté de choix. « D'ailleurs les gestionnaires de structures médico-sociales diversifient de plus en plus leurs activités pour répondre à cette demande d'une offre de plus en plus développée exprimée par les seniors. Certains d'entre eux allant même jusqu'à proposer des dispositifs d'accompagnement à domicile en mobilisant les ressources de l'Ehpad¹² ».

¹¹ Les logements dits « intermédiaires » sont des logements qui bénéficient de loyers plafonnés, inférieurs aux prix du marché (parc privé).

¹² C'est notamment ce que proposent ACPA, la fondation Partage & Vie, Arpavie, Aésio santé etc...

1.1. CONSERVER LE LIBRE CHOIX DE SON DOMICILE

Le « *domicile du futur* », ce pourra donc être aussi un domicile choisi par la personne, selon ses propres critères de sélection, selon ses envies, ses besoins, ses projets. En d'autres termes, **il s'agit d'un choix consenti par la personne elle-même et non une solution qui s'impose à elle.**

Pour les babyboomers d'aujourd'hui et de demain, l'important sera de « *garder le pouvoir sur la vie et toujours avoir le choix* ». Et ce pouvoir passe par le choix de son lieu de vie.

Pour Jean-Luc Charlot, sociologue et coordinateur national du réseau Groupement pour l'Insertion des Handicapés Physiques (GIHP) — le premier impératif consiste à déterminer ce que la personne veut réellement. Ce qui suppose de partir du besoin exprimé par la personne pour ensuite décliner une offre qui lui corresponde et non pas lui imposer une offre ex nihilo.

« *Il y a eu un engouement pour les formules d'habitat inclusif, encouragées par des politiques publiques 'très agressives' (...) On a été beaucoup trop vite, on n'a toujours pas évalué si ces dispositifs répondaient aux attentes des personnes* » alerte Jean-Luc Charlot. Ce à quoi il est facile de rétorquer que beaucoup de seniors soutiennent, au contraire, le développement de ces formules alternatives qui, selon eux, correspondent mieux aux envies et aux besoins des vieux de demain.

➤ **Intégrer les seniors à la réflexion sur la façon dont ils aspirent à vieillir chez soi**

Mais justement : comment s'assurer que les personnes âgées adhèrent aux nouvelles formes de « chez soi » qui leur sont proposées ?

Il faut d'abord partir du constat que s'il existe de nombreuses organisations de retraités et de personnes âgées dans notre pays, leur multitude ne donne à aucune la légitimité de s'exprimer au nom de toutes et tous. Au-delà des associa-

Comment se sentir « chez soi » ?

Jean-Luc Charlot, sociologue, défend l'idée selon laquelle le sentiment d'être chez soi repose sur trois principes qui, s'ils ne sont pas réunis, ne permettent pas à la personne de s'approprier véritablement « son chez soi » :

- **L'intimité** avec la possibilité de meubler son logement comme la personne le souhaite. Il insiste également sur la notion de respect de l'intimité du « chez soi » dans lequel notamment les professionnels sont amenés à intervenir lorsque la personne a besoin d'aide.
- **La clôture** renvoie à la capacité pour la personne de décider qui peut rentrer chez elle ou non, à quel moment, dans quels espaces... la question de la transmission de la clé du logement est un sujet complexe pour à la fois sécuriser l'intervention au domicile tout en respectant le « chez soi » de la personne.
- **La gestion et la gouvernance de son temps** qui peut échapper dès lors que la personne a recours à des aides à domicile qui vont bouleverser les routines de la personne et imposer une organisation plus rythmée (heure du lever, des repas, du coucher). Le temps échappe de plus en plus et la personne ne gouverne plus son temps.

tions nationales de retraités ou des confédérations syndicales de retraités, d'autres associatives plus disruptives (Old' Up, Conseil national Autoproclamé de la Vieillesse, Grey Pride...) sont apparues ces dernières années. Il existe aussi des représentants de ces associations ou syndicats dans des institutions plus officielles comme les Conseils Départementaux de la Citoyenneté et de l'Autonomie (CDCA) ou le Haut-Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA) mais cet éparpillement de la représentation n'aide pas à recueillir des avis ou positions qui apparaîtraient légitimes et unanimes.

Dès lors, on voit aujourd'hui, sur le terrain, des seniors prendre localement et au cas par cas leurs responsabilités en étant eux-mêmes les promoteurs de tel ou tel projet. Depuis la loi ALUR¹³ de 2014, l'habitat dit

¹³ La loi pour l'Accès au Logement et un Urbanisme Rénové (ALUR) du 24 mars 2014

« participatif » décrit une démarche citoyenne entreprise par un groupe de personnes souhaitant créer et concevoir ensemble leurs propres logements, avec des espaces communs. Une fédération, Habitat Participatif France, anime ce réseau et évalue à un millier des initiatives de ce type aujourd'hui en cours en France. Des organismes de protection sociale (Malakoff Humanis, Agirc-Arrco, Vyv...) soutiennent ce genre de projets. Citons pour mémoire l'association *Haccopa* à Nantes, *Cette Famille* qui sur son site propose ce type de solutions partout en France, *le MasCobado* à Montpellier qui a une vocation intergénérationnelle, *Canop'ilot* au Mans, *Habitons autrement* à Montpellier, *Kergoelo* à Binic dans les Côtes d'Armor, *Habit'âge* à Pont-Aven et bien d'autres qui sont actuellement en cours ou en projet.

Le « domicile du futur », ce sera donc parfois aussi un domicile conçu et imaginé par des citoyens âgés pour eux-mêmes.

#Rienpourlesvieuxsanslesvieux : tel est le (long) hashtag qu'a voulu populariser le Conseil national autoproclamé de la vieillesse. Et tel sera le mot d'ordre de la vague de babyboomers qui arrive. Jean-Luc Charlot l'a constaté sur les territoires : la mise en place d'ateliers participatifs auprès des personnes âgées constituent un moyen efficace et de plus en plus courant pour comprendre les souhaits des plus âgés en matière d'habitat, d'équipements ou de services.

De plus en plus de bailleurs sociaux se font désormais une obligation de consulter leurs propres locataires pour connaître leurs avis et envies. La Régie Immobilière de la Ville de Paris (RIVP) a ainsi élaboré un Agenda 21 de la longévité auxquels les locataires âgés ont contribué. Comme Altemed, bailleur et aménageur de la Métropole de Montpellier qui a en 2023 interrogé ses milliers de locataires âgés de 65 ans et plus.

Dans le même esprit, on ne compte plus depuis quelques années, les villes et/ou métropoles qui ont organisé des **consultations et des ateliers pour recueillir l'avis des seniors** ou qui ont intégré la question du grand âge dans leur processus de démocratie citoyenne via les conseils de quartier. Il faut dans ce domaine saluer l'action du Réseau Francophone

Villes Amies des Aînés (RFVAA) qui oblige désormais les communes qui souhaitent obtenir le Label Ville Amie des Aînés à mettre en place localement des outils participatifs en direction des seniors.

Le domicile du futur, c'est donc aussi un domicile qui aura été pensé avec le concours des principaux intéressés.

1.2. MODERNISER LES RÉSIDENCES AUTONOMIE

On l'a dit : le domicile du futur, ce pourra être aussi le cadre d'un logement au sein d'une résidence autonomie.

Nés dans les années 60, suite notamment au Rapport Laroque de 1962, les « logements-foyers » se sont développés avec pour vocation d'héberger des personnes âgées valides aux revenus plutôt modestes. Dès 1975, les logements-foyers ont été considérés comme des établissements sociaux et médico-sociaux régis par le Code de l'Action Sociale et des Familles et soumis à autorisation du Département.

En 2015, la loi d'Adaptation de la Société au Vieillessement (ASV) a souhaité moderniser les logements-foyers en les rebaptisant « *résidence autonomie* » et en faisant évoluer leur fonctionnement (cf. encadré page suivante).

Les résidences autonomie sont pourtant aujourd'hui au cœur d'un vrai paradoxe : alors qu'elles correspondent à un réel besoin — celui notamment des personnes âgées fragiles, isolées et modestes — **leur nombre n'a cessé de décroître depuis 30 ans.** Alors que notre pays comptait en 1996 plus de 160 000 personnes hébergées dans des logements-foyers, la DREES indique qu'en 2019, sur 114 120 places existantes, seules 99 000 sont occupées. Un chiffre qui traduit un taux d'occupation en forte baisse passé de 93 places occupées pour 100 places installées en 2015 à 87 en 2019.

Une baisse de fréquentation qui s'explique par un double défi que n'a pas su relever une partie de ces résidences autonomie. Le défi de l'immo-



bilier d'abord. Gérées à 67 % par des Centres Communaux d'Action Sociale (et à 29 % par des associations), les résidences autonomie sont, pour beaucoup d'entre elles, la propriété de bailleurs sociaux qui n'ont pas toujours su entretenir et/ou rénover des immeubles dont beaucoup datent des années 60 à 80 (75 % d'entre elles ont ouvert avant 1990). Le défi des services ensuite. Car au moment où le nombre de résidences services seniors a explosé avec des services souvent haut de gamme, certaines résidences autonomie sont apparues comme un peu dépassées.

Conscients de la situation critique de ces établissements, l'Assurance Retraite et la CNSA mobilisent chaque année plusieurs dizaines de millions d'euros pour soutenir la réhabilitation et la modernisation de ces résidences. Parallèlement, dans le cadre du projet Initiative pour le Développement des Résidences Autonomie (IDRA), **la CNSA a délégué 15 millions à la CNAV pour soutenir la création de 3 000 nouveaux logements en résidence autonomie**. Des mesures récentes dont les effets ne sont pas encore visibles mais des mesures à l'évidence insuffisantes pour enrayer ce mouvement de déclin des résidences autonomie.

Les conditions d'accueil en résidence autonomie

Depuis la loi ASV, les conditions d'accueil et de fonctionnement en résidence autonomie ont évolué :

- Les résidences sont autorisées à accueillir un maximum de 15 % de personnes en GIR 1 à 3 tout en ne dépassant pas 10 % de personnes en GIR 1-2. Ce qui signifie que dès qu'une résidence risque d'atteindre ce seuil, elle doit proposer une autre solution d'accueil dans un Ehpad ou petite unité de vie.
- Elles doivent délivrer des prestations qui sont incluses dans le montant du loyer : accès à un service de restauration, de blanchisserie, mise à disposition d'espaces collectifs, accès aux animations, aux moyens de communication, dispositif de sécurité 24 h / 24...
- Les établissements doivent permettre aux résidents d'accéder à une offre d'actions collectives et individuelles de prévention de la perte d'autonomie au sein ou à l'extérieur de la structure.

Ces dépenses sont prises en charge par le « forfait autonomie » dont le montant est fixé par le Conseil Départemental dans la limite des crédits versés par la CNSA.

> Assurer une meilleure répartition de l'offre en résidence autonomie sur les territoires en garantissant une homogénéité des tarifs pratiqués

Pourtant il faut le redire, cette forme de « chez soi » reste plébiscitée par les seniors qui y voient là une façon de vivre au cœur de leur ville ou de leur quartier pour un loyer modéré (entre 600 et 800 € en moyenne par mois selon qu'il s'agisse d'un F1 ou d'un F2).

Une accessibilité financière qui reste relative toutefois compte tenu des disparités géographiques observées. Une récente enquête de la CNSA¹⁴ montre en effet que si le premier décile des tarifs d'un F1 avec kitchenette s'élève à 380 €, le dernier décile se situe à 1 400 € / mois.

> Engager une refonte du modèle de résidence autonomie en y associant le public concerné, aller plus loin qu'une simple réfection des espaces

La résidence autonomie ne sera donc un « domicile du futur » adéquat que si une réflexion de fond est menée. Or, l'État n'a pas consacré de travaux importants sur ce type d'établissements depuis plus de 20 ans¹⁵. Quant au législateur, il a en 2015 changé le nom passant de logement-foyer à résidence autonomie et a énuméré les missions minimales que devaient remplir un tel établissement. Mais cela ne suffira pas à juguler le déclin d'un segment en perte de vitesse.

1.3. RÉSIDENCE SERVICES SÉNIORS, UN MODÈLE QUI CONTINUE DE SÉDUIRE

Pour près de 70.000 de nos concitoyens en 2024, le « domicile du futur » existe déjà : il prend la forme d'un appartement au sein d'une résidence services seniors.

Car le fait est là : depuis une décennie, le nombre de résidences services seniors a explosé dans

notre pays où on en compte désormais près d'un millier¹⁶. Définie dans la loi ASV de 2015 comme « un ensemble d'habitations constitué de logements autonomes permettant aux occupants de bénéficier de services spécifiques non individualisables¹⁷ », la résidence services seniors (RSS) est aujourd'hui une formule qui correspond à un véritable besoin social et démographique.

Les RSS ont en effet été dopées par la démographie sachant que la France a vu arriver à l'âge de

Vers une réforme de l'accueil familial ?

Créé par la loi en 1989, l'accueil familial est un dispositif qui permet à une personne de loger et de s'occuper jusqu'à trois personnes âgées ou en situation de handicap à son domicile, en échange d'une rémunération. Les accueillants familiaux doivent obtenir un agrément du Conseil Départemental pour pouvoir accueillir la personne.

Cette forme d'habitat reste marginale et peu connue. D'ailleurs il est difficile de disposer de données chiffrées précises sur cet accueil. D'après l'étude 2020 menée par *Cette Famille* et *Mixing Générations*, on estime à 10 000 le nombre d'accueillants en activité pour un potentiel de 20 000 personnes accueillies. En 2023, les parlementaires* comptabilisent environ 9 000 accueillants familiaux pour environ 14 500 personnes accueillies.

Cependant, son développement se heurte à plusieurs difficultés : disponibilité quasi permanente, absence de repos hebdomadaire, difficulté de remplacement, faible rémunération, absence d'assurance chômage...

Ainsi, pour tenter de renforcer l'attractivité de cette offre, des députés ont réfléchi, dans le cadre des discussions en commission sur la proposition de loi visant à bâtir la société du bien-vieillir, à une augmentation de la rémunération et un meilleur accompagnement du Conseil départemental. Néanmoins, ces propositions n'ont pas été retenues car jugées irrecevables..

* Annie Vidal, Benoît Mournet, Gérard Leseul

¹⁴ CNSA, enquête sur les résidences autonomie, 2021

¹⁵ Rapport sur les logements-foyers pour personnes âgées – Jean-Pierre Grunspan – Juillet 2002

¹⁶ La quasi-totalité des opérateurs de RSS sont privés. On peut citer parmi les réseaux les plus importants Domitys, les Jardins d'Arcadie, Réside Etudes, les Sèniories, Cogedim Club devenu récemment Nohée, Montana, Emerys, Heurus, Steva, les Girandières etc...

¹⁷ Article 15 de la loi sur l'Adaptation de la Société au Vieillessement (ASV)

80 ans (âge moyen d'entrée en RSS) les générations nées entre 1920 et 1940 et que les baby-boomers vont quant à eux massivement franchir le cap des 80 ans entre 2025 et 2040.

En 2023, la DREES s'est penchée pour la première fois sur le profil des résidents de RSS¹⁸. On y découvre que **la moyenne d'âge y est de 84 ans** et que la moitié des résidents est âgée de 86 ans ou plus. Soit à peine deux ans de moins que les résidents d'Ehpad.

Par ailleurs, **près de 3/4 des résidents actuels en RSS (73 % exactement) sont des femmes** dont les deux tiers sont des veuves qui, une fois la disparition de leur conjoint, ne veulent ou ne peuvent demeurer seules dans leur logement « historique ».

Le modèle des RSS a également su épouser l'évolution sociologique des retraités : volonté de bénéficier de services, volonté de lutter contre l'isolement social, souhait d'habiter au cœur d'une ville ou d'un quartier, volonté de renouer des liens sociaux, envie de culture, d'activités physiques, de sorties...

Dès lors, les résidences services seniors jouissent depuis quelques années d'une aura positive tant auprès des français qui plébiscitent cette solution qu'auprès des élus locaux qui y voient une solution non coûteuse pour les finances publiques permettant à des habitants âgés de demeurer dans la ville qu'ils connaissent.

Leur croissance exponentielle depuis les années 2000 s'est accompagnée aussi d'une **profonde mutation** : alors que les résidences dites de « première génération » proposaient un accès à la propriété, les actuelles RSS dites de « seconde génération » ne proposent leurs appartements qu'à la location.

Les RSS se distinguent des résidences autonomie sur au moins trois points : elles ne sont pas des établissements sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation du Département ou de l'État ; elles sont essentiellement gérées par des opérateurs commerciaux quand les résidences autonomie le sont à plus de 96 % par des personnes morales à but non lucratif ; enfin, elles ont tendance à héberger des personnes âgées aux revenus moyens et supérieurs.

Le modèle RSS est-il encore pertinent ?

Le think tank Matières Grises et le Haut-Commissariat au Plan ont publié une étude *les babyboomers auront 85 ans – Projections pour une offre d'habitat adapté à l'horizon 2030-2050* dans laquelle ils ont listé les éléments en faveur de la poursuite du déploiement des RSS.

- L'explosion des 80 ans et plus à partir de 2025 qui va assurer pour les 20 prochaines années une forte demande d'hébergement pour personnes âgées fragiles mais valides.
- Le souhait croissant des générations de babyboomers de bénéficier d'un logement adapté, d'un environnement situé en cœur de ville ou de bourg et de services dédiés.
- La volonté à partir de 80 ans, notamment pour les veuves, de lutter contre toutes les formes d'isolement social.
- L'incapacité (momentanée ?) des 2 000 résidences autonomie de proposer à leurs 100 000 résidents des services adaptés et des locaux modernes.
- La tendance des Ehpad à héberger une population de plus en plus dépendante au détriment des fragiles valides.

Les raisons qui font l'attrait des RSS à moyen et long terme demeurent inchangées. Selon cette étude, 111 500 places seraient à construire d'ici 2030 puis environ 104 000 places entre 2030 et 2050.

¹⁸ Résidences-services seniors : des résidents au niveau de vie supérieur à celui des seniors en logement ordinaire – Études & Résultats – mars 2023 – n°1261

> Une offre qui reste accessible

Ce dernier constat (les RSS « pour les riches ») est toutefois à nuancer car nombreuses sont les résidences services seniors qui, sur les territoires, pratiquent des loyers comparables à certaines résidences autonomie. Mais l'étude précitée de la DREES est plus précise : **elle évalue à 2 280 euros/mois le revenu médian des résidents de 80 ans et plus au sein des RSS** (quand il est de 1 750 euros dans un logement ordinaire). Les locataires des RSS bénéficient donc de revenus en moyenne 30 % supérieurs à ceux des retraités.

Fin 2022, c'était au tour du Haut-Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA) de se pencher sur ce sujet¹⁹ en estimant que les plus de 80 ans en GIR 5/6 étaient environ 25 % à pouvoir accéder à une RSS à 1 500 euros/mois et 10 % à pouvoir accéder à une RSS à 2 100 euros/mois.

Des chiffres qui montrent que si ces établissements ne sont pas accessibles à toutes les catégories sociales, ils ne sont pas non plus des solutions réservées aux populations aisées.

Dans ces résidences, qui constitueront demain une offre adaptée pour des dizaines de milliers de français, à quoi ressemble le « domicile du futur » ?

Il est constitué d'un appartement qui peut aller du T1 au T3 dont la superficie évolue en moyenne entre 30 et 70m² même si, en moyenne, entre 50 % et 80 % des logements sont constitués de T2 dont la surface moyenne évolue entre 40 et 48 m². Mais ce domicile, évidemment adapté dès sa conception, ne vaut que parce que des services lui sont attachés : espaces de vie collectifs (bibliothèque, piscine, salle de ciné...), téléassistance, salle de restaurant, portage de repas, minibus, animations, sorties organisées... Une gamme de services qui influe sur un mode de tarification composé d'un loyer, de charges comprenant les « services non individualisables » et de services optionnels « à la carte » (restauration, blanchisserie, aide administrative, sortie, coiffeur...). Ainsi, en fonction du pack de services souscrit par le résident, le coût

peut varier significativement. Une étude du HCFEA montre que le surcoût peut représenter un supplément de 1 000 à 1 500 euros par mois.



Mais l'accessibilité sociale pourrait être également favorisée par la réalisation d'opérations mixant les publics et les formules d'accueil ce qui permettrait de mutualiser les coûts et les services proposés aux résidents. Le groupe Colisée développe par exemple des projets réunissant petites unités de RSS et Ehpad assurant ainsi une répartition des coûts entre les deux structures et en même temps la possibilité de proposer une logique de parcours en faveur des couples lorsqu'un des deux conjoints perd son autonomie.

D'autres cohabitations pourraient tout aussi bien fonctionner mixant RSS et résidence autonomie.

> Assouplir les modalités d'accès aux prêts aidés pour les porteurs de projets de RSS à caractère social

Certes, le taux de pauvreté en France est plus bas chez les plus de 75 ans (11,3 %) que pour dans toutes les autres catégories d'âge de 0 à 65 ans. Il n'est plus d'actualité d'assimiler vieillesse et pauvreté comme c'était encore le cas dans les années 60. Il n'en reste pas moins qu'une frange importante de la population âgée n'a pas les revenus lui permettant d'accéder à ce type de résidences. Ainsi face au déclin progressif des résidences autonomie, des opérateurs réfléchissent à développer des RSS à vocation sociale permettant, via des financements aidés (PLUS, PLAI, PLS et PLI), de modérer le niveau des loyers. Ce qui suppose une véritable coopération entre bailleurs sociaux et gestionnaires.

19 Revenus, Dépenses contraintes et patrimoine des seniors : une utilisation pour penser l'accessibilité financière aux Ehpad, résidences autonomie (RA) et résidences services seniors (RSS) – HCFEA – Séance du 8 novembre 2022.

> **Mettre en place des mécanismes incitatifs auprès des communes pour augmenter la production de logements sociaux en faveur des seniors**

Pour améliorer l'accessibilité sociale des plus âgés à des résidences services de qualité, il faudrait évidemment produire plus de logements sociaux dédiés aux seniors. Ce qui suppose une application plus volontariste de l'article 20 de la loi ASV de 2015 qui permet aux préfets de cibler l'attribution de logements sociaux à des personnes âgées.

Mais les maires, parfois frileux face à l'application de la loi SRU qui impose 25 % de logements sociaux dans chaque commune, ont aussi la responsabilité d'en concevoir une partie pour les personnes âgées qui souhaitent intégrer des résidences collectives à prix modérés.

Depuis quelques années, les bailleurs sociaux multiplient les projets dédiés aux seniors quitte à les intégrer dans des opérations plus vastes permettant de trouver un modèle économique et de s'essayer à la mixité intergénérationnelle.

> **Rendre plus lisible l'offre résidences services seniors en réalisant des campagnes d'informations, un répertoire national, des guides d'information...**

Dans ce contexte, **il est difficile aujourd'hui d'avoir une vision claire de l'offre en RSS**. Alors que les Ehpad et les résidences autonomie font l'objet d'une autorisation et se voit attribuer un numéro FINISS, leur recensement est aisé. Il l'est beaucoup moins pour des résidences services seniors qui ne font pas l'objet d'une classification particulière même si récemment la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr) a rajouté la liste des résidences services dans le moteur de recherche de son site internet.

En revanche, il n'existe **aucune planification de l'offre**, ni les ARS, ni les Conseils Départementaux

n'ayant la main sur l'autorisation de ce type de structures. Dès lors, on voit apparaître ici ou là des territoires où la multiplication de RSS se traduit désormais par un excédent d'offre et donc des taux d'occupation problématiques. L'Igas recommande d'ailleurs à ce sujet «la création d'un tableau de bord territorialisé de l'offre par type d'habitat» afin de mieux structurer le pilotage de l'offre à l'échelle nationale et locale.²⁰

Le développement souhaitable de RSS à vocation sociale

De plus en plus de porteurs de projets RSS développent sur un même emplacement une ou plusieurs formes d'habitat complémentaires comme l'habitat inclusif, des logements privés ou résidence intergénérationnelle.

Les acteurs déjà engagés dans ce type de projet :

- Le groupe SOS seniors
- La fondation Partage & Vie
- L'association Habitat et Humanisme
- Village d'or / CDC habitat
- Axentia
- API provence

1.4. L'HABITAT INCLUSIF, UNE FORMULE EN PLEIN ESSOR

Le « domicile du futur » pourra être un habitat inclusif.

Rappelons d'abord la définition de l'habitat inclusif telle que l'entend la CNSA : « *un habitat accompagné, partagé et inséré dans la vie locale, destiné aux personnes âgées et aux personnes en situation de handicap qui font le choix, à titre de résidence principale, d'un mode d'habitation regroupé* ».

Ces habitats se caractérisent principalement par l'existence d'un **projet de vie sociale et partagée** qui a vocation à tisser des liens durables entre les résidents. Son but est donc

²⁰ Rapport Igas – Lieux de vie et accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie : les défis de la politique domiciliaire – février 2014

de **créer de la cohésion sociale** à travers des activités mises en place au sein ou à l'extérieur de l'habitat inclusif, par un animateur qui assure un accompagnement collectif des habitants. Cette formule peut être proposée dans des ensembles immobiliers existants ou faire l'objet d'une construction neuve.

Ces habitats peuvent être gérés par des associations du secteur social ou médico-social, des mutuelles, des collectivités locales mais aussi des bailleurs sociaux. D'ailleurs la situa-

tion la plus fréquemment observée aujourd'hui est constituée du binôme « bailleur social / porteur de projet de vie sociale et partagée ». Nous pouvons par exemple citer le partenariat organisé entre Paris habitat et SOS senior au sein de la résidence Croulebarbe dans le 13^e arrondissement de Paris. Après une opération de réhabilitation lourde et un travail de concertation avec les habitants, un projet de vie sociale et partagée a vu le jour animé par une coordinatrice, des bénévoles et des jeunes en service civique.

Quelques exemples de réalisations d'habitat inclusif

Habitat Dauphinois et Aesio Santé (gestionnaire du projet de vie partagée) portent un projet d'habitat inclusif « La pépinière » à Guilherand Granges (proche de Valence).

En lien avec la ville, les deux organismes portent un projet pour 2025 de 59 logements dont 11 villas et d'appartements T2/T3 à proximité du centre-ville. Des espaces extérieurs communs à l'ensemble des logements avec espaces verts, terrains de pétanque, jardin d'hiver et potager ainsi que des espaces communs pour les animations sont prévus.

Les porteurs de projet bénéficient de prêts PLAI/PLUS et PLS, d'emprunts Caisse de dépôts, de fonds propres, de subventions Action Logement, de l'État, de la Région, du Département, de la CARSAT, de la Commune, et de la Communauté de communes.

NEOLIA et ACTION LOGEMENT portent le projet « Villagénération » en Alsace et Franche-Comté.

Ce concept d'habitat inclusif s'adresse aux 65 ans et plus. Chaque résidence est composée de logements adaptés (WC sur élevés, douche à siphon de sol, barres d'appui,...), de terrains de pétanque, bancs, potagers partagés et d'une salle commune pour les animations. 4 « Villagénération » ont été livrées en 2022 pour 84 logements dans des secteurs urbains ou ruraux. 4 opérations seront livrées en 2024, 11 en 2025, 10 en 2026 et 15 projets en étude sociale du territoire.

Une seule villa est financée par 33 à 44 % de prêts (PLAI, PLU, PLUS), 40 à 50 % de fonds propres, 15 % de prêt CARSAT à 0 %, 2 % de subventions de l'État.

Les prochaines résidences bénéficieront également de l'AVP dont le montant reste encore inconnu.

Grand Delta habitat porte à Vedène (proche d'Avignon) un projet d'habitat inclusif.

Ce projet compte 35 logements individuels (T2 40 m² au T3 de 27 m²) adaptés et dédiés aux séniors (volets roulants électriques, barres de maintien, chauffage et rafraîchissements par pompe à chaleur, portail sécurisé électrique, vidéophone, éclairage sécurisant, banc dans l'allée centrale...). Une salle de « convivialité » de 85 m² est prévue. Le projet social est développé avec le CCAS de Vedène. Le recrutement d'une animatrice sénior permettra d'assurer l'animation de la résidence avec une offre de services dédiés aux séniors.

Grand Delta Habitat bénéficie d'emprunts CDC, d'emprunts CARSAT, de subventions de l'État, d'ENEDIS, de subventions de la région, 157 000 € de subventions du Grand Avignon et 400 000 € de subventions de la CARSAT.

Depuis 2019, dans le sillage de la loi ELAN²¹, les pouvoirs publics se sont concentrés sur ce mode d'habitat qui fait l'objet aujourd'hui de la part de la CNSA et des départements d'un développement volontariste, en témoignent la diffusion de très nombreux appels à projets. La CNSA soutient désormais 95 départements, soit la quasi-totalité d'entre eux, représentant 1 885 habitats pour 18 000 personnes concernées : 8 800 dans le champ du handicap, 9 200 dans le champ du grand âge.

> **Des aides et des financements à pérenniser**

En 2023, la CNSA a mobilisé 7,5 millions d'euros pour encourager l'investissement immobilier dans ce type de logement. Mais elle verse également des sommes conséquentes pour financer le projet de vie commune des habitants concernés à travers l'Aide à la Vie Partagée (AVP) pour les opérations en cours et à venir, et par le forfait habitat inclusif, pour celles anciennement programmées. La CNSA finance aujourd'hui 65 % des dépenses d'AVP laissant le solde aux départements.

Cependant, même si la dynamique est réelle en matière de développement d'habitat inclusif et de l'AVP, l'avenir reste incertain quant à la pérennité du financement ce qui pourrait compromettre la réalisation de certains projets déjà validés. En effet, l'étude réalisée par le réseau de l'habitat partagé et accompagné (HAPA) publiée en décembre 2023, fait état d'un certain nombre

d'écarts de fonctionnement sur le territoire français :

- un manque de visibilité par rapport à l'engagement des départements
- une grande disparité des programmations entre les territoires et une variabilité dans les critères de sélection des projets
- des exigences au niveau du suivi des conventions AVP difficiles à satisfaire selon les porteurs de projets...

Dans ce contexte, il est difficile pour les gestionnaires de se projeter sur le long terme sans avoir la certitude des aides mobilisables.

Comme on l'a vu précédemment avec l'habitat participatif, l'habitat inclusif correspond à l'envie d'une partie de cette génération de babyboomers qui revendique l'action collective. Même s'il est encore émergent ce type d'habitat, fortement soutenu par les pouvoirs publics depuis 2019, affiche un fort potentiel de développement. Il n'y a plus aujourd'hui un schéma départemental de l'autonomie qui ne soutienne pas cette formule d'accueil. Tout récemment, la loi du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie intègre dans le Code de la construction et de l'habitat le concept d'habitat partagé et prend en compte l'enjeu du développement de l'habitat inclusif dans les plans départementaux de l'habitat.



²¹ La Loi ELAN N°2018-1021 du 23 novembre 2018 portant évolution du logement, de l'aménagement et du numérique, a introduit un régime juridique qui précise que dans le parc Hlm, il s'agit d'un mode d'habitation regroupé et mixte, qui permet à des personnes âgées ou handicapées de vivre ensemble, entre elles, ou avec d'autres personnes valides, en cohérence avec le projet de vie sociale et partagée.

1.5. L'HABITAT INTERGÉNÉRATIONNEL, UN HABITAT SOLIDAIRE À PROMOUVOIR

Autre domicile que les seniors pourront choisir demain : l'habitat intergénérationnel.

Le « domicile du futur » pourra être un « chez soi » solidaire proposé au sein d'une résidence intergénérationnelle, d'une co-location ou d'une forme de cohabitation.

Cette formule présente de nombreux avantages : **elle concourt aux valeurs de solidarité entre générations, entre voisins, et participe de la lutte contre l'isolement.** Cependant, la diversité que peut prendre cette forme d'habitat nécessite de clarifier le concept.

> La résidence intergénérationnelle

Il s'agit d'un ensemble de logements conçus pour accueillir différentes générations : étudiants, familles, personnes âgées, personnes en situation de fragilité.

Pour répondre au mieux à son ambition, le logement y est adapté et équipé de solutions domotiques

L'opération « Appart'âge »

Le groupe Domitys développe depuis 5 ans son opération « Appart'âge » qui consiste à loger gracieusement des étudiants dans ses résidences services seniors contre 9 heures de service par semaine.

Cette initiative a pour but de favoriser les échanges et l'interactivité entre les seniors et les étudiants. Il est demandé à l'étudiant de participer aux animations auprès des résidents, délivrer des petits conseils en informatique ou les aider à utiliser les nouveaux outils numériques.

Elle bénéficie aux deux parties : la présence d'étudiants est un vrai enrichissement pour les seniors et les étudiants volontaires trouvent auprès des résidents des personnes heureuses de transmettre leur expérience et leurs savoirs.

favorisant un environnement sécurisé. Des espaces communs utilisables par tous (espaces communs, services...) doivent renforcer le confort nécessaire afin de faciliter la convivialité et la rencontre.

De nombreux projets²² fleurissent un peu partout en France portés par des associations, des acteurs privés et surtout par des bailleurs sociaux, très allants sur ce sujet. Un jeune doctorant, collaborant avec l'organisme lyonnais Recipro-Cité spécialisé dans l'habitat intergénérationnel, avait évalué à 200 le nombre de résidences intergénérationnelles en 2016 : il en évalue le nombre aujourd'hui à plus de 400 sur le territoire.

> L'accueil intergénérationnel

Le domicile du futur peut prendre aussi une autre dimension intergénérationnelle consistant pour une personne âgée à accueillir dans son logement un étudiant ou un jeune travailleur.

Cette formule permet d'aider un jeune de se loger à moindre coût et au senior de bénéficier d'une présence régulière et sécurisante. Elle permet surtout à une personne âgée de conserver son logement « historique » quand bien même serait-il trop spacieux pour une personne seule.

De plus en plus d'associations implantées à l'échelle nationale ou locale proposent d'organiser la mise en œuvre de cette formule en assurant la mise en relation avec l'étudiant après avoir préalablement étudié sa candidature. Le couple étudiant / senior a le choix parmi plusieurs options²³ selon la disponibilité de l'étudiant, les besoins et les souhaits du senior qui l'accueille.

Mais pour l'heure la formule a encore du mal à décoller véritablement. Des associations comme *Ensemble2générations* ou *Cohabilis* fédèrent les bonnes initiatives et cherchent surtout à sécuriser les relations et à en garantir la qualité. Car le constat est clair : aujourd'hui ces réseaux enregistrent beaucoup plus de demandes provenant de jeunes que de candidats seniors qui souhaitent les accueillir.

²² Nathaël Torres – Mixité sociale et vieillissement de la population – quelles perspectives pour un habitat intergénérationnel durable ? – Thèse Université Lyon III – 2020

²³ Fermer les volets, sortir les poubelles, partager des repas, échange de petits services (sortie, courses...), présence le soir et la nuit...

Dans une société où 19 % des moins de 30 ans sont propriétaires de leur logement et 75 % des 65 ans et plus qui le sont, on voit bien que le

partage d'un immobilier de plus en plus rare s'impose. Le « domicile du futur » devra aussi prendre cette dimension en compte.



Les colocations Âges & Vie du groupe Clariane

Les colocations Ages & Vie implantées sur 171 sites en France dans 45 départements consistent à proposer une solution adaptée aux personnes en situation de perte d'autonomie qui ne souhaitent plus rester chez elles.

Si cet habitat partagé a la particularité d'être à taille humaine (maison de 7 ou 8 personnes), fortement connecté avec les acteurs du territoire (associations, commerces, acteurs du soins), il lutte également fortement contre l'isolement social.

Il s'agit d'un domicile partagé où chaque locataire dispose de sa chambre meublée ou non. Les habitants sont accompagnés au quotidien par une équipe d'auxiliaires de vie qui se relaie pour aider les personnes âgées dans tous les actes de la vie quotidienne (ménage, entretien du linge, courses, préparation des repas...).

Quelques initiatives inspirantes de résidence intergénérationnelle

SA Mont-Blanc et le groupe Habitat ont conçu L'écluse, un projet d'habitat intergénérationnel à Loisin (Haute-Savoie)

Cette résidence intergénérationnelle est composée de 27 logements (du T1 au T4) et d'une salle commune.

6 appartements et un espace commun (financé par la ville) sont réservés aux personnes âgées. Ils sont loués au CCAS qui assure la gestion locative et sous loués aux résidents. Le projet social est établi avec la commune et le CCAS.

Le projet est financé par un prêt de la Caisse des dépôts et d'Action logement. Le projet a été subventionné par le département, Thonon Agglomération, le CCAS de Loisin ainsi que par l'État.

Promologis et le groupe Action Logement ont conçu un projet intergénérationnel à Clarensac (Gard) : « Résidence Clos Clarensiaco »

Ce projet intergénérationnel ouvert en novembre 2022, prévoit 36 logements locatifs sociaux adaptés (24 T2 et 12 T3), proche du centre et des commerces. Une salle commune de 49 m² est animée par une association environnementale locale. Un nouveau projet de maison est en cours avec 19 logements dans une commune limitrophe.

Ce projet est financé par :

- Des subventions : de l'État (2 %), de la Région (24 %), du Conseil départemental (2 %), de Nîmes Métropole (5 %)
- Des emprunts : Banque des Territoires (44 %), de la Carsat (16 %), la Caisse d'épargne (25 %)
- Des fonds propres Promologis (4 %)

Pour mener à bien le projet, Promologis et Action Logement ont noué des partenariats avec l'association Calade, le Centre socioculturel intercommunal et le CCAS de la ville, des Associations locales, la MSA, CARSAT ou encore Nîmes Métropole.

Les Maisons de Marianne

Les Maisons de Marianne développent depuis plus de 14 ans des logements intergénérationnels. Près de 6 000 personnes habitent dans ces structures au sein de 40 résidences.

Les Maisons de Marianne affichent un potentiel de développement de 100 résidences livrées ou en construction d'ici 2030. L'intégralité des logements est adaptée et les espaces partagés sont ouverts sur l'extérieur.

Les résidences proposent des logements à loyers modérés pour tous types de profils. Un projet social est conçu par et pour les résidents avec l'appui d'une animatrice.



2. Accompagner les transitions entre les différents domiciles

Au-delà de la solution pour laquelle chacun optera pour ses vieux jours, il est important **de prendre en compte la gestion des transitions**.

On l'a vu : il apparaîtra, dans certaines situations, souhaitable de changer de logement pour un habitat plus adapté. Mais il ne suffit pas de le claironner haut et fort, encore faut-il rendre ces changements possibles.

On a parfois évoqué le concept de « parcours résidentiel » comme si une personne âgée allait faire des sauts de puce pendant 20 ans entre logement d'origine, résidence autonomie, Ehpad et unités de soins de longue durée en fonction de la dégradation de son état de santé. Évidemment qu'il n'en sera rien.

> **Systematiser l'accompagnement au déménagement des séniors**

En revanche, **on a trop souvent sous-estimé le déménagement comme une étape cruciale dans ce parcours résidentiel**. Lorsqu'une personne âgée fait le choix de changer de chez soi pour vieillir dans un environnement adapté à ses besoins et envies, le déménagement ne fait que trop rarement l'objet d'un accompagnement spécifique — autant psychologique que matériel. Or, tout doit être fait pour **anticiper et sécuriser ces transitions** : du domicile à une résidence, d'une résidence à un Ehpad ou du domicile directement vers l'Ehpad.

Un déménagement c'est d'abord un coût financier qui peut être pris en charge par des Conseils Départementaux, par des caisses de retraite, par des bailleurs sociaux (aide Mobili-Pass d'Action Logement par exemple).

Un déménagement c'est aussi parfois un choc psychologique qui nécessite un accompagnement spécifique. Quitter le lieu où on a élevé ses enfants, où on a vécu avec son conjoint, lieu qu'on a parfois occupé des décennies entières n'est jamais chose aisée. Pour accompagner les séniors dans cette étape parfois aussi douloureuse que délicate, il est indispensable de **développer un soutien psychologique**.

Un déménagement c'est enfin souvent le moment de se séparer de meubles, de papiers, d'objets puisque généralement une personne âgée quitte son domicile historique pour un logement plus petit. Aider à trier est un service nécessaire que nombre de bailleurs sociaux tentent de rendre désormais. Jeter, revendre, donner, stocker, conserver : autant de décisions difficiles à prendre.

> **Informers les séniors sur les dispositifs d'accompagnement au changement de domicile**

Bien que ces dispositifs existent, ils sont encore trop peu connus. Il est donc nécessaire de massi-

My Jugaad : un dispositif à encourager et développer

Cet outil permet d'accompagner la personne âgée autant d'un point de vue moral que matériel dans toutes les étapes du déménagement :

- **La planification** : il permet un diagnostic des besoins, s'occupe de la recherche des déménageurs, de planifier l'intervention d'un accompagnateur dédié ou encore de réaliser le changement d'adresse.
- **La préparation de l'arrivée des déménageurs** : Un accompagnateur de l'équipe aide la personne âgée à préparer l'étape douloureuse et génératrice de stress de l'arrivée des déménageurs. Un accompagnement autant physique que psychologique est mis en place pour sélectionner les objets à emporter, faire les cartons ou encore démonter les meubles.
- **Le réaménagement** : Qui dit déménagement, dit également réaménagement. L'accompagnateur peut se rendre disponible le jour de l'intervention des déménageurs. Il aide ensuite au réaménagement et installe le mobilier selon la volonté de la personne.

fier leur développement sur l'ensemble du territoire. Christine Boo, Care Manager et coordinatrice du Clic de Saint Malo, auditionnée dans le cadre de nos travaux, a évoqué le dispositif lancé par « MyJugaad », une entreprise solidaire d'utilité sociale qui s'est développée dans ce domaine de l'aide au déménagement et qui a déjà effectué plus de 2 000 accompagnements.

De plus en plus de services à domicile élargissent leur palette de services pour soutenir les seniors dans leurs démarches de déménagement²⁴.

Ainsi pour habiter dans son « domicile du futur » il faudra parfois faire une croix sur son « domicile du passé ». Et ce ne sera pas toujours simple.



²⁴ C'est le cas notamment du groupe DomusVi qui propose une offre d'aide et de soins complète pour répondre aux besoins des personnes âgées vivant à domicile comprenant entre autre un accompagnement au tri et au déménagement.

3. Veiller à lutter contre l'isolement social

Nous terminons ici par un des risques majeurs, un risque qui doit être au cœur du choix opérer pour son « domicile du futur » : celui de l'isolement social.

3.1. UN VÉRITABLE FLÉAU NATIONAL

Si les pouvoirs publics ont pris ces dernières années le sujet à bras le corps — Michèle Delaunay en 2013 en créant Monalisa, Olivier Véran en 2020 en confiant une mission sur ce sujet à Jérôme Guedj ou Brigitte Bourguignon en 2021 en installant un comité de lutte contre l'isolement des personnes âgées — la situation demeure terriblement inquiétante.

En septembre 2021, l'association Les Petits Frères des Pauvres (PFP) a illustré dans une étude l'aggravation alarmante de l'isolement des personnes âgées²⁵. L'enquête révèle que 530 000 Français de plus de 60 ans étaient en situation de « mort sociale²⁶ » alors qu'ils étaient 300 000 à l'être en 2017 (+77 %). La tendance est identique du côté du nombre d'aînés isolés des cercles familiaux et amicaux. La proportion a plus que doublé (+122 %), passant de 900 000 en 2017 à 2 millions en 2021. Ces situations s'entremêlent avec des déterminants socio-économiques et territoriaux prégnants, et tendent à être aggravées par la fracture numérique.

Au-delà de la poursuite de la mise en œuvre du Plan national pour un numérique inclusif porté par le Secrétariat d'État au Numérique²⁷, il s'agit en lien avec les collectivités territoriales, les associations et les acteurs du numérique de porter un volet spécifique de **lutte contre l'illectronisme des personnes âgées**, en les sensibilisant à l'utilisation d'outils numériques et d'Internet, et sur le développement de parcours adaptés de formation en petits effectifs et avec des médiateurs numériques formés. Sur le modèle de l'appel à projets lancé en 2019 par l'Assurance Retraite, des appels à projets doivent également

être portés dans le cadre des conférences des financeurs.

Toutefois, précisons que le **sentiment d'isolement n'est pas homogène sur le territoire**. Il est plus important dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV) et dans les petites agglomérations (2 000 à 20 000 habitants). La moitié sud-est de la France apparaît fragile, tout particulièrement dans les espaces peu denses du Centre, du Limousin, de la Corse et du Massif-Central : on y trouve de fortes proportions de ménages seuls, au niveau de vie relativement modeste, et récemment installés, avec donc moins d'attaches familiales. **Les conditions d'habitat influent également de façon notable sur le ressenti de solitude**. Même en zone urbaine, dans les habitats collectifs, les relations de voisinage sont fréquemment considérées comme insuffisamment denses : 24 % des personnes de 60 ans et plus habitant en appartement peuvent passer des journées sans parler à personne, contre 19 % en moyenne nationale.

Si la crise sanitaire n'est pas étrangère à la dégradation inquiétante de tous ces signaux, d'autres raisons sont plus structurelles. L'ensemble de la société, décideurs publics en tête, doit se mobiliser pour trouver des solutions.

3.2. COORDONNER LA LUTTE CONTRE L'ISOLEMENT SOCIAL EN MOBILISANT L'ENSEMBLE DE LA SOCIÉTÉ

> **Améliorer l'accès aux mobilités en s'appuyant sur les élus locaux**

L'étude des Petits Frères des Pauvres pointe particulièrement les difficultés de déplacement auxquelles sont confrontées les personnes âgées, premier facteur du sentiment d'isolement. Ainsi, **62 % des personnes interrogées habitant en zones rurales considèrent que les services**

²⁵ Les Petits Frères des Pauvres. Baromètre solitude et isolement des personnes âgées en France en 2021.

²⁶ Sont considérées ici comme en situation de mort sociale, les personnes ne rencontrant jamais physiquement les membres d'un réseau de sociabilité (familles, amis, voisins, acteurs associatifs) ou ayant uniquement des contacts très épisodiques avec ces différents réseaux (quelques fois dans l'année ou moins souvent)

²⁷ Ce plan prévoit notamment une formation des travailleurs sociaux, l'accompagnement des aidants numériques et la structuration dans les territoires de lieux de médiation numérique, et du développement progressif d'ici à 2022 de France Services, où un accompagnement spécifique est porté sur les personnes éloignées du numérique

publics sont de moins en moins accessibles.

Or, le souhait d'une offre plus conséquente de transport adapté constitue la première demande des personnes âgées sur ces territoires, suivie par un meilleur réseau de téléphonie mobile et accès Internet, et par un accès facilité à des commerces de proximité.

Les villes et les acteurs de proximité ont un rôle essentiel à jouer dans cette lutte.

Non seulement dans l'adaptation de la Ville pour qu'elle soit bienveillante, accessible et adaptée mais surtout pour qu'elle permette aux personnes âgées de vivre au quotidien dans un périmètre où les commerces et services se trouvent à proximité.

> Améliorer le repérage des personnes fragiles et le « aller vers »

Pour lutter efficacement contre l'isolement social, **il est nécessaire d'identifier et de repérer les personnes fragiles** puisque dans de nombreux cas ces citoyens passent sous les radars de l'action publique.

Ce repérage des fragilités bénéficie désormais d'un outil récemment validé par le législateur : **le programme Icope** qui a vocation à retarder la dépendance en repérant précocement les facteurs de fragilité chez les personnes âgées. **Dans le « domicile du futur », il conviendra de généraliser les évaluations Icope** avec l'objectif que

chaque habitant âgé puisse évaluer son état pour mieux prévenir d'éventuelles fragilités à venir.

Mais ce repérage doit s'accompagner d'une

action de « aller-vers » confiée à un éventail d'acteurs. Mais évidemment au rôle des Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (Saad), aux médecins généralistes ou aux infirmières libérales. On pense également aux travailleurs sociaux des CCAS et des départements ou aux Caisses de retraite. On pense naturellement aux bailleurs sociaux qui ont avec leurs locataires âgés une relation de proximité. Autre acteur de la proximité La Poste qui bénéficie de moyens humains, d'implantations territoriales et d'un haut degré de confiance avec les usagers pour devenir demain un opérateur essentiel dans ce besoin de repérage des fragilités.

Quant à l'implication des élus, elle est indispensable. Le Rapport Guedj²⁸ avait toutefois alerté sur la nécessité d'un lieu identifié, physique ou virtuel, de coordination pour signaler les situations repérées et apporter une réponse efficace. C'est le sens des coopérations locales VISA (veille sur l'isolement social des âgés) dont il a porté la création. Ce dispositif a donné lieu à un guide qui a pour but de mettre sur pied une politique locale de veille contre l'isolement social des personnes âgées en s'appuyant sur une analyse des besoins de la personne et l'identification des solutions possibles pour y répondre.

Dispositif innovant

Le groupe SOS en collaboration avec Engie vient de lancer dans le même esprit Ogénie, un réseau social qui à travers une plateforme numérique et une coopération entre acteurs locaux a vocation à détecter les situations de fragilité, à opérer des visites de convivialité, à délivrer un appui administratif ou à organiser des actions de prévention.

Ce dispositif repose sur des partenariats avec des villes, des CCAS ou des bailleurs sociaux qui, eux, seront les relais vers les personnes âgées.

Ce type de solutions avait déjà été développé depuis de nombreuses années par des CCAS (comme Pau, Le Havre, Gennevilliers...) souvent avec le soutien des conférences des financeurs, mais aussi des bailleurs sociaux utilisant le réseau social Ensemble, après une coproduction de l'outil avec la CNAV. Une fonctionnalité nommée Solidar-IT permet au CCAS de superviser ce Facebook de la solidarité sur le territoire, de suivre en temps réel l'évolution des besoins sociaux sur le territoire et de coordonner les acteurs mobilisés pour offrir des réponses.

28 Rapport de Jérôme Guedj « Lutter contre l'isolement des personnes âgées et fragiles en période de confinement » – Avril 2020



Il est également utile de s'appuyer sur les registres des personnes vulnérables ou « registres canicules » et les renforcer pour améliorer le repérage des fragilités.

La loi du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie vient d'opérer une avancée très concrète dans ce domaine. Afin de lutter contre l'isolement social des personnes âgées ou en situation de handicap et mieux les informer, par exemple, en cas de crise sanitaire ou de canicule, les services sociaux et sanitaires pourront désormais accéder aux registres des personnes vulnérables tenus par les mairies et de leur côté, les mairies pourront accéder aux fichiers des bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), de la prestation de compensation du handicap (PCH) et des personnes en GIR 5 et 6.

Le « domicile du futur » ne devra pas être un lieu où une personne peut mourir dans la plus totale indifférence sans aucun lien avec l'extérieur, sans aucune connexion avec le reste de la société.

> **Mobiliser davantage l'ensemble de la société**

Durant le confinement, les acteurs de proximité, le tissu associatif et le monde du bénévolat se sont mobilisés auprès des personnes les plus fragiles. Ces actions ne doivent pas demeurer épisodiques.

En premier lieu, **l'organisation des solidarités de voisinage à destination des personnes vulnérables doit être renforcée**. Le quartier ou la résidence constitue à l'évidence une échelle pertinente pour envisager la mise en relation de bénévoles disposés à accompagner une personne âgée exprimant un besoin d'accompagnement, à l'instar de l'opération « Paris en compagnie²⁹ ». L'association Petits Frères des Pauvres déploie depuis l'été 2022 quelques jours par an une campagne pour créer du lien avec les habitants âgés isolés. Une caravane estivale bleue, qui proposait buvette, animations, moments d'échanges et de convivialité s'est déplacée dans différents arrondissements de Paris. Rappelons que des outils numériques et applications mobiles peuvent être fortement utiles pour mettre en œuvre ce type d'actions.

Enfin d'autres outils pour mobiliser la société entière à la lutte contre l'isolement social sont à encourager.

On peut évoquer le développement souhaitable de la réserve civique mise en place pendant la crise sanitaire avec 300 000 personnes inscrites ; le programme national de déploiement de jeunes volontaires en service civique contre l'isolement des personnes âgées ou encore la possibilité de faire de la lutte contre l'isolement un axe du Service National Universel (SNU).

29 Il s'agit d'une communauté de citoyens engagés qui se mobilisent pour favoriser la mobilité des parisiens de plus de 65ans et lutter contre leur isolement grâce à la présence de bénévoles.



PARTIE 2

Vieillir à domicile, entouré et soutenu



SYNTHÈSE

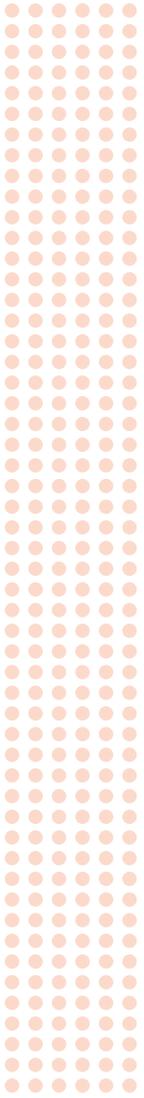
| 12 PROPOSITIONS PRIORITAIRES

> POUR LE RESPECT DES CHOIX ET LA RÉPONSE AUX BESOINS DES PERSONNES ÂGÉES



- 1. Garantir, sur tout le territoire, une réponse adaptée aux choix des personnes grâce à une offre de services élargie :** services à domicile de jour et de nuit, accompagnement de la fin de vie, hospitalisation à domicile, hébergement temporaire et d'urgence, offre de répit pour les aidants, etc. > *En savoir plus p. 50*
- 2. Simplifier et faciliter l'accès aux services et à l'information :** déploiement du service public départemental de l'autonomie (SPDA), développement de l'aller-vers (visites à domicile notamment), réduction du nombre d'interlocuteurs (réforme des services autonomie à domicile). > *En savoir plus p. 51*
- 3. Assurer une continuité et une permanence des soins à domicile la nuit** en organisant la mobilisation des professionnels de ville, hospitaliers et médico-sociaux, et en veillant à l'accessibilité financière des dispositifs. > *En savoir plus p. 53*
- 4. Rendre possibles la fin de vie et la volonté de mourir à domicile** en libérant la parole sur ces sujets, en permettant à chacun d'anticiper ses choix, en développant le maillage territorial des soins palliatifs associant tous les acteurs (ville, HAD, structures hospitalières), en renforçant la présence médicale et soignante au chevet de la personne et grâce à la télémédecine. > *En savoir plus p. 54*

> POUR L'ORGANISATION DES SOINS ET DE L'ACCOMPAGNEMENT À DOMICILE, ET LA FORMATION DES INTERVENANTS

- 
5. **Structurer un nouveau modèle de gradation des soins à domicile** : mise en place d'un premier cercle de professionnels intervenant au quotidien auprès de la personne et d'un deuxième cercle d'expertises mobilisables selon les besoins, évolution du financement, décloisonnement des métiers. > *En savoir plus p. 58*
 6. **Systématiser le recours à l'HAD avant toute décision d'hospitalisation** en levant les freins à l'adressage et en anticipant les admissions (repérage des fragilités). > *En savoir plus p. 62*
 7. **Travailler l'interopérabilité des outils numériques des nombreux intervenants à domicile** pour faciliter leur coordination et le partage d'information avec les personnes accompagnées et leurs aidants. > *En savoir plus p. 63*
 8. **Reconnaître l'expertise des professionnels intervenant à domicile**, la renforcer par la formation et encourager les évolutions professionnelles. > *En savoir plus p. 68*
 9. **Sécuriser la prise en charge médicamenteuse à domicile**, notamment en renforçant le rôle du pharmacien d'officine. > *En savoir plus p. 69*
 10. **Former l'ensemble des professionnels de santé et des intervenants à domicile à la fin de vie et aux soins palliatifs**, tout au long de leur carrière. > *En savoir plus p. 68*
 11. **Professionaliser les aidants et reconnaître leur statut** : formation, flexibilité horaire et organisationnelle pour les salariés, accompagnement financier, développement de solutions de répit. > *En savoir plus p. 70*
 12. **Développer massivement l'usage des outils numériques dans l'accompagnement à domicile** : soutien à la recherche et à l'innovation, formation des professionnels, acculturation des personnages âgées et de leurs aidants. > *En savoir plus p. 74*

PARTIE 2

Vieillir à domicile, entouré et soutenu

| a) Développer une offre à la hauteur des besoins

L'offre de soins et de services sociaux et médico-sociaux est souvent complexe, illisible ou méconnue des personnes âgées. Cette offre est par ailleurs souvent critiquée pour être insuffisante voire inadaptée, en raison notamment d'une pénurie de personnels, de défauts de coordination entre les différents intervenants, d'un manque de flexibilité horaire... Ainsi, les personnes âgées et leurs proches expriment un véritable souhait : se voir proposer des solutions diverses, répondant aux besoins de chacun, incluant l'accompagnement de nuit, de week-end et jusqu'à la fin de vie.

1. Personnaliser et simplifier l'offre à domicile

Les professionnels intervenant à domicile doivent pouvoir proposer aux personnes âgées des services répondant à leurs attentes et à leurs besoins. Pour cela, il faut renforcer l'accès à l'information, encourager tous les dispositifs qui vont dans le sens de la simplification et diversifier les prestations disponibles.

1.1. GARANTIR LE LIBRE CHOIX ET INDIVIDUALISER LES RÉPONSES

Si les Français souhaitent massivement vieillir à leur domicile après 75 ans (à 92 %)¹, « la priorité au domicile », inscrite dans les politiques publiques, ne répond pas encore à toutes les attentes.

Rappelons, même si cela paraît trivial, que choisir son lieu de vie ou ses intervenants pour le soutien à l'autonomie suppose l'existence d'alternatives. Il faut donc **développer et diversifier l'offre existante** pour **permettre un véritable choix des personnes âgées** : services à domicile de jour et de nuit, accompagnement de la fin de vie, hospitalisation à domicile (HAD), hébergement temporaire et d'urgence, accompagnement social, habitat intermédiaire, offre de répit pour les aidants, etc.

Un maillage territorial adapté aux besoins et **une offre complète** (jour et nuit, jusqu'à la fin de vie)

permettant de proposer une palette de services, sont des conditions nécessaires pour **répondre par une solution adaptée à chaque situation**. Dans le cas contraire, un accompagnement incomplet, accepté souvent par défaut par la personne âgée, risque d'entraîner des ruptures (par exemple une hospitalisation) rendant finalement impossible son souhait de rester à domicile.

1.2. PERMETTRE UN TEMPS RELATIONNEL À DOMICILE

Pour parvenir à bâtir des réponses sur mesure à chaque personne âgée vivant à domicile selon ses attentes et ses besoins, un temps consacré au lien social est indispensable. Ce temps relationnel doit être considéré comme nécessaire, et donc financé au même titre que le soin.

Depuis janvier 2024, les bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) disposent d'un maximum de 9 heures de lien social par mois, en complément du plan d'aide habituel².

Ce temps doit permettre de tisser des liens, de participer à des moments de convivialité, et surtout de **lutter contre l'isolement. L'enjeu est de faire avec la personne âgée et pas**

1 Étude IFOP pour Arpavie, 2022.

2 Décret n° 2023-1431 du 30 décembre 2023.

à sa place dès lors que cela est possible, de préserver son intimité et sa dignité, mais également de mener des actions de **promotion de la santé** en la responsabilisant. Les bénéficiaires doivent contacter un organisme local (comme le centre communal d'action sociale, ou une association d'aide à domicile) pour obtenir des informations spécifiques à leur situation et entamer les démarches nécessaires.

1.3. AMÉLIORER ET SIMPLIFIER L'ACCÈS AUX SERVICES ET À L'INFORMATION

Dans leur recherche de solutions, les personnes âgées et leurs aidants décrivent souvent de nombreux obstacles : un manque d'information sur les services existants, une offre morcelée, des services aux noms incompréhensibles, un cloisonnement entre les secteurs sanitaire, médico-social et social, de multiples interlocuteurs, une insuffisance d'accueil en personne et par téléphone pour obtenir de l'aide, des problèmes de reste à charge et de complexité administrative.

Pour répondre à cette complexité et soutenir le maintien à domicile, la création en 2024 d'un service public départemental de l'autonomie (SPDA) vise à simplifier et à améliorer le parcours de vie des personnes âgées, des personnes en situation de handicap et de leurs aidants³. L'ensemble des acteurs de l'autonomie se voient confier la responsabilité partagée de 4 grandes missions :

- L'accueil, l'information, l'orientation et la mise en relation ;
- L'évaluation et l'instruction des demandes de prestations et l'accès aux droits ;
- L'appui aux solutions concrètes et la construction d'un continuum de prise en charge ;
- Le repérage des fragilités, la prévention de la perte d'autonomie et les actions « d'aller vers ».

Ni nouvel acteur ni nouveau dispositif, le SPDA doit favoriser la connaissance des intervenants locaux

³ Loi du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien-vieillir et de l'autonomie.

Helpful Village : briser le cercle de la solitude chez les personnes âgées

Créé il y a 14 ans dans le Massachussets, le programme Helpful Village¹ est à l'origine de 300 villages virtuels aux États-Unis, véritables réseaux d'entraide et de soutien local dont l'objectif est de permettre à leurs membres de rester à domicile. Ce système, qui dépend de l'organisation communautaire à but non lucratif Avenidas², permet aux personnes âgées de rester 10 ans de plus chez elles en moyenne.

Les membres du village sont organisés par quartiers, composant ainsi des communautés de 30 à 40 personnes solidaires. Une conciergerie est ouverte 24 h sur 24 (transport, réparations, organisation des soins à domicile, etc.). La conciergerie connecte les personnes avec des prestataires sélectionnés pour leur qualité et leur fiabilité, et assure le suivi. Quelque 200 entreprises sont ainsi proposées à des prix avantageux. De plus, un système d'appel téléphonique quotidien est organisé pour prendre des nouvelles des résidents.

Outre ces prestations, les services proposés comprennent : la mise à disposition de « médi-copains » (des bénévoles accompagnent la personne à son rendez-vous médical pour prendre des notes), une aide à la préparation en cas de catastrophe naturelle (tremblement de terre en particulier), des transports gratuits, un soutien juridique, des connexions sociales, un accès à des ateliers et conférences spécifiques, etc.

Le programme permet également de louer du matériel médical facilement, comme des lits médicalisés. Il ne s'agit cependant pas d'une plateforme d'assistance dans la mesure où le Village ne comprend pas de structure de soins à proprement parler. Pour autant, il peut intervenir pour aider à organiser un retour à domicile, ou pendant l'absence, pour vérifier la sécurité à domicile, etc.

Le coût de l'adhésion est de 970 \$ par personne et par an (1 390 \$ pour un couple).

¹ Helpful Village : <https://www.helpfulvillage.com/>

² Avenidas : <https://www.avenidas.org/>

entre eux, leur mise en cohérence et leur coordination, au-delà du seul secteur médico-social, pour apporter ensemble une réponse globale et garantir la continuité du parcours des personnes. Service public de proximité, il est garant d'une même qualité de service pour tous, quels que soient les territoires et les situations individuelles.

Il devra pour cela **développer « l'aller-vers »** pour permettre un accès simplifié aux personnes les plus éloignées des services, sans mobilité, ou encore isolées socialement, sans accès numérique, qui n'ont pas forcément la possibilité ou les moyens d'exprimer un besoin ou une demande.

Cet aller-vers devra se traduire également par la facilitation des déplacements à domicile des professionnels de santé : médecins généralistes, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens, intervenants en soins palliatifs... De nombreux intervenants réclament en ce sens une augmentation des moyens alloués et une revalorisation de la visite à domicile.

La réforme en cours des services à domicile vise également à simplifier les démarches pour les usagers et améliorer la lisibilité de l'offre, en instaurant une catégorie unique de service : le

service autonomie à domicile (remplaçant les anciens Ssiad, Saad et Spasad). L'utilisateur n'a plus qu'un interlocuteur unique, sur qui repose la coordination des interventions.



Une meilleure information sur la fin de vie pour une préparation accrue

Permettre à chaque citoyen d'exercer ses droits et d'être pleinement acteur de sa vie jusqu'à son terme : c'est l'objectif du plan national 2021-2024 sur les soins palliatifs et l'accompagnement de la fin de vie¹. Le plan s'appuie sur la production et la diffusion d'une information claire, fiable et objective à destination de l'ensemble des citoyens : campagnes nationales d'information, présentation du Centre National des Soins Palliatifs et de la Fin de Vie (centre de ressources), outils au service d'une appropriation anticipée des droits afin que chacun puisse préparer cette étape en amont.

Succédant à ce plan, la stratégie décennale 2024-2034, préfigurée dans un rapport publié fin 2023², pourrait introduire un objectif de développement des démarches d'éducation à la santé, à la citoyenneté et aux solidarités dès l'école, pour sensibiliser les jeunes à la question de la fin de vie et en faire des citoyens engagés sur la question.

¹ Ministère de la Santé et de la prévention, « Développement des soins palliatifs et accompagnement de la fin de vie : plan national 2021-2024 », 2022.
² Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités, « Vers un modèle français des soins d'accompagnement », décembre 2023.

2. Répondre à tous les besoins, garantir la continuité et la permanence des soins

La nuit et la fin de vie sont les deux moments où la rupture de la continuité des soins est la plus forte. Il est impératif de limiter les hospitalisations d'urgence en renforçant l'accès à la permanence des soins en ville et en misant sur les solutions alternatives d'accompagnement et d'assistance médicale prolongée la nuit. Ces dispositifs doivent être connus et accessibles.

2.1. ASSURER UNE CONTINUITÉ DES SOINS LA NUIT

> *Limiter les hospitalisations en urgence*

La continuité et la permanence des soins la nuit sont sécurisantes pour les personnes âgées, mais également pour les professionnels et les aidants. Cela permet surtout de **limiter le recours aux hospitalisations en urgence**, lesquelles engendrent de véritables ruptures dans la vie à domicile et représentent un coût évitable.

L'accompagnement nocturne nécessite :

- Une attention aux situations complexes : difficultés de mobilité, confusion, troubles cognitifs, déambulations, chutes, angoisses nocturnes, etc. ;
- Une coordination efficace entre les professionnels de santé avec un accès aux données de santé, tel que l'autorise le dossier médical partagé (DMP) ;
- Des protocoles clairs afin d'assurer la qualité des soins dans un contexte de fatigue accrue des intervenants et de plus grand isolement la nuit (pression supplémentaire en cas de survenue d'un problème) ;
- Une permanence des soins, **autant paramédicale que médicale**.

Cette **permanence des soins la nuit** doit être partagée entre les intervenants libéraux, les professionnels hospitaliers et d'HAD ainsi que les professionnels du secteur médico-social, afin de

la rendre soutenable. Le modèle existant d'IDE de nuit mutualisée en Ehpad peut inspirer les équipes.

Les professionnels doivent bénéficier d'une organisation dédiée : déploiement du service d'accès aux soins (SAS) pour une meilleure régulation, mise à disposition de véhicules, accès aux transports sanitaires, existence d'un système de communication entre professionnels, formations.

Leur implication mérite aussi d'être récompensée par une incitation financière, rendant l'exercice nocturne attractif (primes, heures supplémentaires).

Dans les zones rurales ou isolées, la permanence des soins la nuit nécessite le développement des téléconsultations et de la télé-expertise.

Enfin, le grand public doit être informé des dispositifs mis en place via des annonces dans les journaux locaux, l'affichage municipal, les réseaux sociaux.

> *Développer des alternatives de nuit*

Les personnes âgées ayant besoin d'assistance prolongée la nuit, que ce soit de manière ponctuelle ou régulière, requièrent des services spécifiques tels que :

- Les **services à domicile de nuit**, qui sont des alternatives aux structures d'hébergement traditionnelles permettant aux personnes âgées de disposer d'une assistance tout en préservant leur confort, leur indépendance et leur sécurité à domicile. Par exemple, la plateforme Ernesti met en relation des étudiants en santé (médecine et paramédical) et des personnes âgées pour des gardes de nuit de 20 h à 8 h permettant d'assurer une surveillance toute la nuit, que ce soit pour répondre à des angoisses, sécuriser un risque de chute ou accompagner la personne à la prise de repas, apporter de l'aide au lever ou au coucher. Le reste à charge pour ce type de prestation est d'environ 55 €/nuit après crédits

d'impôt⁴. Autres exemples, les gardes itinérantes développées par des associations comme ADMR : des prestations de nuit sont proposées avec des amplitudes horaires permettant de respecter les rythmes de vie des personnes.

- Les **unités d'assistance de nuit** permettant un retour sécurisé des personnes âgées à leur domicile après un séjour aux urgences, avec la présence de nuit d'un binôme infirmier/aide-soignant. C'est notamment le cas de « l'équipe urgence nuit » développée dans le cadre du dispositif DOMCARE porté par la Maison de santé protestante de Bordeaux-Bagatelle. De 17 h à 2 h du matin, celle-ci évalue au sein du service d'urgences les conditions du retour à domicile de la personne. Une fois à domicile, l'équipe assure l'installation et la continuité des soins jusqu'à 3 h du matin, effectue une première évaluation de l'environnement et initie le plan de soins personnalisé. À partir de 8 h et jusqu'à 13 h le lendemain, une équipe composée d'un infirmier, d'un aide-soignant et d'un auxiliaire de vie de jour prend le relai de l'équipe de nuit et complète ainsi l'évaluation faite pour réajuster quotidiennement le plan de soins personnalisé. L'accompagnement de la personne est organisé pendant 3 jours en lien avec le médecin traitant pour organiser le relai de la prise en charge par les professionnels du premier recours ou par un service à domicile.
- L'**accueil séquentiel** (hébergement temporaire, accueil de jour et accueil de nuit en Ehpad), permettant l'accueil de la personne âgée et le répit de ses aidants.

> **Veiller à l'accessibilité financière des dispositifs**

L'**accessibilité financière** des dispositifs d'accompagnement de nuit est un sujet majeur pour les personnes âgées vivant à domicile. La consultation d'un médecin de garde avec une visite à domicile entre minuit et 6 h coûte au minimum 68,50 € (avec la majoration de déplacement de milieu de nuit) et le reste à charge peut être impor-

tant pour le patient. Le tarif d'une garde de nuit à domicile peut atteindre près de 200 € par nuitée.

Les personnes âgées et leurs aidants doivent être mieux informés des **aides existantes** (allocation personnalisée d'autonomie — APA — à domicile, crédits d'impôts, prestation de compensation du handicap — PCH, mutuelles...) et la mise en place du service public départemental de l'autonomie doit **simplifier leurs démarches**.

2.2. DÉVELOPPER L'OFFRE D'ACCOMPAGNEMENT DE LA FIN DE LA VIE

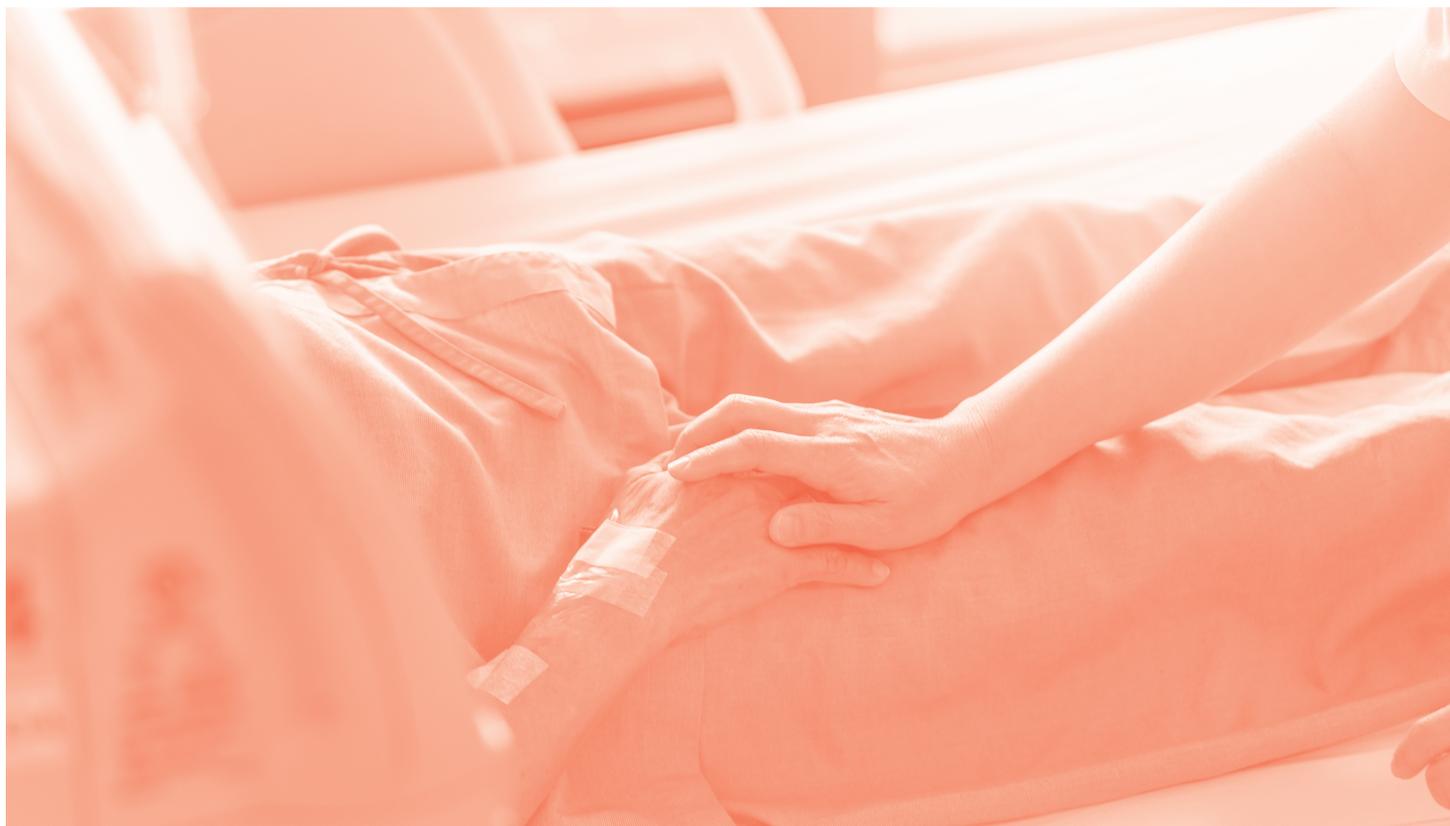
> **Anticiper la fin de vie lors d'une consultation dédiée**

Les droits des personnes âgées s'agissant de leur fin de vie sont aussi peu connus que faiblement mis en œuvre. En discussion au Parlement en juin 2024, le Projet de loi relatif à l'accompagnement des malades et de la fin de vie prévoit notamment la création de maisons d'accompagnement pour les personnes en fin de vie et une aide à mourir pour les personnes atteintes d'une maladie incurable avec un pronostic vital engagé. En vigueur jusqu'alors, la loi du 2 février 2016, dite loi « Claeys-Leonetti » instaure le droit à la sédation profonde et continue jusqu'au décès sous certaines conditions, crée l'opposabilité des directives anticipées et conforte le statut de la personne de confiance qui peut rendre compte de la volonté du patient. Mais le grand public et les professionnels en sont peu informés.

Au-delà de ces aspects législatifs, il est impératif que les professionnels de santé et leurs patients échangent sur le sujet de la fin de vie, le plus en amont possible, afin de permettre une meilleure compréhension et appropriation des possibilités par les personnes âgées. **Ce dialogue peut faire l'objet d'une consultation dédiée et remboursée entre un patient et son médecin traitant.**

La stratégie décennale 2024-2034 sur les soins palliatifs, la prise en charge de la douleur et l'ac-

⁴ Ernesti : <https://ernesti.fr/>



compagnement de la fin de vie en France devrait réaffirmer le besoin de garantir l'accompagnement des personnes dans l'exercice de leurs droits, et l'effectivité de ceux-ci⁵.

> Renforcer le maillage territorial en soins palliatifs et développer des équipes spécialisées

Des **inégalités territoriales fortes dans l'accès aux soins palliatifs** perdurent, puisque 21 départements n'avaient pas d'unité de soins palliatifs à la fin de l'année 2021⁶, malgré une évolution du nombre de lits hospitaliers en soins palliatifs.

Les pouvoirs publics maintiennent leur engagement (plan national 2021-2024 puis stratégie décennale) de garantir à tous les citoyens, sur l'ensemble du territoire et dans tous les lieux de

vie, l'accès aux soins palliatifs et à une prise en soin graduée, adaptée et de proximité.

Plus de 80 % des Français préféreraient finir leur vie chez eux⁷. Cependant, **les insuffisances de la prise en charge à domicile** demeurent l'une des principales difficultés du système de soins palliatifs. Bien que l'activité d'HAD en soins palliatifs ne cesse d'augmenter depuis 2016 (+ 54 %) et que ce mode de prise en charge soit majoritaire en nombre de journées réalisées en 2021, représentant plus d'un quart de l'activité⁸, plus d'un Français sur deux décède toujours à l'hôpital⁹.

L'accompagnement de la fin de vie à domicile reste limité par un maillage territorial inégal des équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP), par un recours parfois tardif aux équipes spécialisées notamment d'HAD, ainsi que par les difficultés

5 Mesures 1 et 2 du rapport « Vers un modèle français des soins d'accompagnement », Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités, décembre 2023.

6 Cousin F., Gonçalves T., Carreter J., Dauchy S., Marsico G., Atlas des soins palliatifs et de la fin de vie en France : Troisième édition – 2023 – Paris, Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie. Disponible sur : <https://www.parlons-fin-de-vie.fr/wp-content/uploads/2023/03/atlas-2023.pdf>

7 BVA Group, Les Français et la fin de vie : Rapport de résultats, 2022. Disponible sur : [Les Français et la fin de vie](#)

8 APMNews, « HAD : une hausse modérée des interventions en soins palliatifs en 2021 », 18 janvier 2023.

9 Idem 34.

d'accès aux produits et aux procédures de soins palliatifs en ville. La sédation profonde et continue jusqu'au décès est par exemple jugée difficile à mettre en œuvre en dehors de l'hôpital.

Pour dépasser ces difficultés, les pouvoirs publics ont donné un cadre d'orientation pour la **structuration des filières de soins palliatifs, à domicile et en établissements de santé, avec une**

gradation en trois niveaux en fonction de la complexité de la situation médico-psycho-sociale de la personne malade¹⁰.

Pour les personnes soignées à domicile, les filières territoriales de soins palliatifs doivent notamment permettre un meilleur accès aux dispositifs renforcés tels que les équipes mobiles de soins palliatifs et les hôpitaux de jour (niveau 2), inter-



¹⁰ Instruction du 21 juin 2023 relative à la poursuite de la structuration des filières territoriales de soins palliatifs dans la perspective de la stratégie décennale 2024-2034.

médiaires entre le suivi par les professionnels de proximité (niveau 1) et l'intervention de l'HAD (niveau 3).

En charge de cette structuration, les agences régionales de santé doivent veiller à l'articulation des structures hospitalières avec les autres filières de soins en ville (HAD, communautés professionnelles territoriales de santé – CPTS, structures d'exercice coordonné) ainsi qu'avec les dispositifs d'appui à la coordination des parcours (DAC).

> **Renforcer l'accompagnement médical et soignant de la fin de vie à domicile**

Les enjeux autour de la fin de vie ne se situent pas seulement dans la phase terminale mais bien dans l'accompagnement des personnes tout au long de leur trajectoire de fin de vie.

La présence des soignants et du médecin traitant auprès des personnes âgées en fin de vie se heurte au manque de disponibilité des professionnels libéraux, alors que des réévaluations régulières sont nécessaires, parfois quotidiennement.

Un autre obstacle est la **valorisation jugée insuffisante de cette activité qui demande une forte coordination entre professionnels** et un temps conséquent à consacrer au chevet des patients. Sur ce point, le nombre de visites réalisées par les médecins libéraux au chevet de patients en soins palliatifs n'est plus limité depuis mai 2023 (auparavant, un maximum de 4 visites longues ou complexes étaient remboursées par patient et par an). Par ailleurs, dans son rapport de mars 2023¹¹, la mission d'évaluation de la loi Claeys-Leonetti remet en question la tarification à l'activité des soins palliatifs, peu adaptée à l'accompagnement humain que la fin de vie requiert et pouvant même conduire à des pratiques contraires aux souhaits des patients.

S'agissant des infirmiers, un rapport de l'Igas¹² préconise de renforcer leur implication en complément de l'action du médecin généraliste, orientation

confirmée par la publication en mars 2023 d'un appel à manifestation d'intérêt en vue de l'élaboration d'un protocole national de coopération entre infirmiers experts des soins palliatifs et médecins, ayant rencontré un franc succès. Cette délégation peut porter sur une consultation initiale auprès des patients, une consultation de suivi en relai du médecin ou la mise en lien avec les acteurs ambulatoires et les services hospitaliers. Un protocole de coopération national pourrait voir le jour en 2024.

Par ailleurs, les questions de la continuité et de la permanence des soins la nuit se posent de manière encore plus aigüe dans le cadre de la fin de vie. Des astreintes palliatives territoriales impliquant l'ensemble des acteurs (HAD, équipes mobiles de soins palliatifs, professionnels d'unités de soins palliatifs) sont organisées dans certains territoires, notamment dans le cadre des appuis territoriaux de soins palliatifs. **Tout professionnel de santé accompagnant un patient en soins palliatifs à domicile doit pouvoir accéder à cette expertise** ainsi qu'aux dispositifs d'appui à la coordination (DAC).

> **Développer la télémédecine en soins palliatifs**

L'articulation de consultations présentes et de téléconsultations de suivi en soins palliatifs permettrait d'optimiser le suivi des personnes âgées à domicile, en limitant l'inconfort physique et psychologique provoqué par un déplacement (stress, attente). Le développement de téléconsultations permettrait de maintenir un suivi régulier et de prévenir des hospitalisations non programmées et des passages aux urgences. Assurée par un médecin en lien avec un infirmier présent auprès du patient, la téléconsultation contribue également à la diffusion de la culture palliative aux intervenants du domicile et à la création du lien avec les aidants. La téléconsultation est notamment développée par l'HAD Santélylys de Lille en lien avec les équipes du CHU¹³.

11 Commission des affaires sociales, Rapport d'information de la Mission d'évaluation de la loi du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie dite « Claeys-Leonetti », mars 2023.

12 Duhamel G., Mejane J. & Piron P., « Les soins palliatifs et la fin de vie à domicile », Inspection générale des affaires sociales, janvier 2017.

13 Une bonne pratique à consulter sur <https://anap.fr/>.

| b) Mobiliser des intervenants experts en soutien

Accompagner les personnes âgées vieillissant à domicile nécessite de structurer et d'organiser la gradation des interventions et des soins selon la perte d'autonomie, les épisodes de santé, en favorisant le réflexe HAD lorsque les soins sont trop complexes pour l'équipe de proximité ou pour éviter une hospitalisation. Pour cela, il faut encourager le décloisonnement, renforcer la coordination, le partage d'information entre les professionnels, les personnes âgées et leurs aidants, mais aussi reconnaître l'accompagnement à domicile en tant qu'expertise à valoriser et soutenir. Les nouvelles technologies constitueront un outil essentiel pour faire face à l'ensemble des défis à relever.

1. Faire équipe pour les personnes à domicile

Ce n'est pas seulement en augmentant le nombre d'effecteurs de soins ou en ajoutant de nouveaux métiers que le service rendu sera amélioré. Les nombreux intervenants ou services, souvent qualifiés de « mille-feuille », peuvent au contraire engendrer une fragmentation des soins et des interventions, une sous-utilisation des compétences et aboutir à un gaspillage de ressources.

Les intervenants à domicile doivent donc se réunir au sein d'**équipes structurées de premier recours de proximité**, quels que soient le statut juridique et le mode d'exercice de chacun. Tout en **réduisant le nombre total d'intervenants**, ces équipes doivent permettre **un exercice coordonné, une subsidiarité et la fin de l'isolement** des professionnels.

Lorsque la situation de la personne âgée le requiert, le recours à **l'hospitalisation à domicile** (HAD) doit être renforcé et articulé avec les professionnels libéraux.

Dans une logique de gradation des soins, les professionnels doivent pourvoir **s'appuyer sur des dispositifs de coordination** efficaces au niveau territorial, pour les situations les plus complexes.

1.1. STRUCTURER UNE ÉQUIPE DE PREMIER RECOURS AU DOMICILE

> Encourager la création d'équipes pluriprofessionnelles de proximité

Construire des équipes de premier recours au niveau d'un quartier repose sur plusieurs principes.

Permettre tout d'abord par la **pluriprofessionnalité** et la **transdisciplinarité**, la mise en commun des compétences pour gérer toutes les situations y compris les plus complexes.

Faire se rencontrer le soin et l'accompagnement social qui sont encore trop cloisonnés mais également retarder la dépendance et le besoin en soins par **la prévention, le repérage des fragilités et de la vulnérabilité**, en sollicitant des **professionnels formés**.

Enfin, **avoir une vision holistique de la personne et de son environnement**, englobant la prévention, l'éducation à la santé, l'accompagnement social et l'aide aux aidants. Selon les cas, l'éducation à la santé peut porter sur la pathologie, le matériel, les équipements, la gestion des déchets, etc.



Ces équipes pluriprofessionnelles doivent donc se constituer de manière souple, en réponse aux besoins de chaque personne accompagnée et en faisant appel aux diverses compétences nécessaires.

Les interventions de ces équipes doivent être graduées et coordonnées à 2 niveaux.

Un 1^{er} cercle regroupe les professionnels qui sont présents dans le quotidien de la personne et qui échangent quotidiennement, physiquement ou par des outils numériques (tchat, messagerie sécurisée, transmissions ciblées). Ce 1^{er} cercle peut par exemple être composé des infirmiers libéraux, des auxiliaires de vie, des aides-soignants et de l'assistant social le cas échéant. Au sein de cette équipe, il est primordial d'**identifier un professionnel coordonnateur du parcours de la personne** pouvant être l'infirmier libéral, l'assistant social, un *care manager* ou encore un infirmier en pratique avancée (IPA). Le plus important n'étant pas le métier mais le rôle et

les compétences pour coordonner les différents professionnels selon les besoins identifiés.

Un 2^e cercle de professionnels de recours facilement mobilisables par les professionnels du 1^{er} cercle peut être composé de médecins généralistes et spécialistes, de travailleurs sociaux, de kinésithérapeutes, d'ergothérapeutes, d'un nutritionniste... selon les besoins de chaque personne âgée.

Cette proposition trouve écho dans deux exemples.

Le programme PACE déployé à San Francisco aux États-Unis a pour but d'**optimiser l'état de santé et les parcours de soins des personnes âgées dépendantes au domicile**, en réduisant notamment le recours à l'hospitalisation grâce à l'anticipation. Chaque patient a une équipe de soins « personnelle » (composée d'un aide-soignant, d'un infirmier, d'un coordonnateur des soins à domicile, d'un diététicien, d'un assistant social, d'un médecin, d'un program manager) qui évalue

ses besoins, délivre les soins et coordonne la réponse aux différents besoins sociaux, économiques et médicaux. Cette équipe se réunit trois fois par semaine. Les plans de soins sont évalués à 3 mois, 6 mois et un an.

En France, l'expérimentation de l'article 51 « Équipes prêtes à partir », portée par l'UNA, s'appuie également sur une équipe pluriprofessionnelle (infirmier coordinateur, accompagnant éducatif et social, aide-soignant, ergothérapeute, etc.) intervenant 7J/7 de 7 h à 21 h. L'objectif est de **sécuriser la sortie d'hospitalisation** des personnes rencontrant une perte d'autonomie passagère ou durable jusqu'à 30 jours après leur retour à domicile. Le financement de cette expérimentation repose sur des forfaits (5, 15 ou 30 jours) en fonction des besoins identifiés. Ce dispositif peut être porté par une structure médico-sociale (un service à domicile) ou une structure d'HAD. L'accompagnement comporte des soins de nursing et infirmiers, un soutien dans les actes de la vie quotidienne, un accès aux droits et un

soutien administratif, des soins de maintien et de développement des capacités fonctionnelles, un accès aux aides techniques et à l'aménagement du domicile.

> **Promouvoir des équipes autonomes, avec un réel pouvoir d'agir**

Afin que ces équipes puissent s'adapter aux besoins des patients, dont on sait qu'ils ne sont pas linéaires, plusieurs organisations prônent leur autonomie et le financement non seulement du temps passé auprès du patient pour les soins, mais aussi celui nécessaire à la **coordination**. Ce pouvoir d'agir indispensable pour valoriser et renforcer les compétences des professionnels contribue également à leur fidélisation.

Le modèle des **équipes autonomes, inspiré du dispositif Buurtzorg aux Pays-Bas**, est mis en œuvre par l'entreprise à mission Alenvi qui déploie des équipes auto-organisées d'auxiliaires de vie, ainsi que par l'ONG Soignons Humains

Aux Pays-Bas, une organisation innovante pour les soins infirmiers à domicile

Le dispositif Buurtzorg, littéralement « soin de proximité » développé aux Pays-Bas depuis 2007, comprend trois points clés :

1. une **vision holistique de la personne** et de ses besoins,
2. la **qualité** du soin,
3. une priorité : **rendre le patient le plus autonome** possible.

Il repose sur la mise en place de petites équipes d'infirmiers auto-organisées intervenant chacune sur une zone géographique délimitée (10 000 à 15 000 habitants). L'équipe est **responsable de l'intégralité de l'organisation de la prise en charge du patient** à domicile, en concertation avec les professionnels de santé s'occupant du patient. Elle assure la coordination et la transmission des informations aux différents intervenants. Chaque infirmier se forme à la gestion d'activité et de l'emploi du temps, à la démarche de recherche de nouveaux patients, à l'embauche de nouveaux collaborateurs. Les équipes communiquent entre elles via un réseau social interne (conseils, échange régulier d'informations et partage d'expérience).

En favorisant la proximité, la continuité des interventions et en diminuant le nombre d'intervenants auprès des patients, cette organisation a fait **baisser de 50 % le nombre d'heures de soins aux Pays-Bas** et a engendré **40 % d'économies** pour le système de santé¹. Les demandes d'admissions aux urgences pour les patients suivis et la durée des hospitalisations ont chuté. Dans le même temps, l'autonomie et la responsabilité accrues des infirmiers s'accompagnent d'une **baisse importante des arrêts de travail et du turnover**.

La méthode Buurtzorg fait l'objet d'un programme européen de transposition en France, en Belgique et en Angleterre (projet Transforming Integrated Care in the Community (TICC), financé par Interreg 2 Mers).

1 CNSA, « Revue de littérature sur le modèle Buurtzorg : Étude et évaluation des transformations organisationnelles de services à domicile en équipes locales et autonomes », mars 2021.

porteuse de l'expérimentation de l'article 51 « ÉQUILIBRES », laquelle est passée en phase de pré-généralisation en 2024¹⁴. Les éléments d'évaluation de cette expérimentation¹⁵ montrent que cet exemple d'équipes autonomes peut être une manière efficiente d'exercer le métier d'infirmier, tout en soulignant que sa mise en œuvre en France nécessite la prise en compte de quelques points de vigilance : l'indispensable coordination avec le médecin traitant, une préparation importante, une technologie informatique adaptée et un changement de tarification souhaitable afin de financer le temps nécessaire à un soin global. Développer ce modèle suppose donc de renforcer la coopération d'équipes **pluriprofessionnelles et de pérenniser des modalités de financement au forfait**, permettant de décloisonner les métiers et sécuriser les professionnels.

> Remettre les professionnels au bon niveau de technicité, simplifier et décloisonner les métiers

De même que pour les usagers, la superposition de services nuit à la lisibilité de l'offre pour les professionnels de santé. L'enjeu majeur des années à venir est de **tirer le meilleur parti des compétences de chaque profession, et notamment d'optimiser l'utilisation du temps médical et soignant disponible**. Pour cela les équipes devront s'organiser sur le **principe de subsidiarité** : chaque professionnel agit en élargissant le champ de ses missions et passe le relai à un acteur spécialisé, si celui-ci peut intervenir plus efficacement.

Plusieurs mesures doivent permettre d'atteindre cet objectif. En termes de structures, il faut **encourager la mise en place de maisons de santé pluriprofessionnelles** (MSP) regroupant différents professionnels de santé libéraux (médecins généralistes, infirmiers, kinésithérapeutes, pharmaciens, etc.) et proposant une offre de soins de proximité pluridisciplinaire. Il faut également **veiller à la montée en charge des dispositifs d'appui à la coordination (DAC) partout sur le**

territoire et évaluer leur service rendu en matière de coordination des situations complexes. L'enjeu est d'améliorer la lisibilité de leurs missions en tant qu'interlocuteur de référence pour répondre à toute situation ressentie comme complexe par un professionnel. Le DAC connaît les relais sur son territoire et peut orienter la demande vers le service ou le professionnel compétent, en subsidiarité.

En termes de professions, il convient de **redéfinir les référentiels** (référentiels métiers, de compétences et de formation) des métiers du care afin de les adapter à l'évolution des besoins des bénéficiaires, et limiter le nombre de métiers différents qui est source de complexité. Le rapprochement des métiers d'aide-soignant et d'auxiliaire de vie est, par exemple, souvent évoqué. Les dernières évolutions du cadre réglementaire de la formation au métier d'aide-soignant (arrêté du 9 juin 2023) prévoient ainsi des équivalences de compétences et des allègements de formation pour les titulaires du diplôme d'auxiliaire de puériculture, d'assistant de vie aux familles, etc. Par ailleurs, il est nécessaire de **développer l'accès direct à certains professionnels de santé sans prescription médicale** obligatoire, notamment aux infirmiers en pratique avancée (IPA). C'est notamment le sens de la loi Rist visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification. Elle prend appui sur certaines pratiques déjà existantes à l'étranger, comme au Royaume-Uni où les infirmiers ont de l'autonomie sur l'accès direct aux patients et à certaines prescriptions.

En matière de financement et de tarification, il faut **permettre aux professionnels d'ajuster leur intervention selon les « épisodes » de santé** de la personne âgée, par l'annualisation des plans d'aide ou des forfaits de soins. L'objectif étant de s'adapter aux périodes d'absence de la personne, d'hospitalisation, ainsi qu'aux moments de présence des aidants. Il faut aussi mettre en place de **nouveaux modes de rémunération** collectifs dérogeant au paiement à l'acte pour accompagner les transformations de l'organisation des soins primaires. C'est l'objet des deux

¹⁴ Comité technique et Conseil stratégique de l'innovation en santé, *Avis sur l'opportunité de généraliser l'expérimentation EQUILIBRES* (Équipes d'Infirmières Libres responsables et Solidaire), novembre-décembre 2023.

¹⁵ CEMKA, *Rapport final Expérimentation EQUILIBRES*, sous pilotage de la cellule d'évaluation Article 51, novembre 2023.

expérimentations nationales issues de l'article 51 de la LFSS 2018 qui visent à renforcer des dynamiques de coopération : l'expérimentation IPEP (incitation à une prise en charge partagée) entre la ville et l'hôpital et l'expérimentation PEPS (paiement en équipe de professionnels de santé en ville) entre médecins et infirmiers d'une même équipe notamment.

1.2. RENFORCER LE RECOURS À L'HAD AVANT TOUTE HOSPITALISATION

Privilégier le recours à l'HAD dans le parcours des personnes âgées permet de **raccourcir ou d'éviter des hospitalisations avec hébergement**, que l'on sait délétères. L'HAD apporte des soins hospitaliers complexes, continus et coordonnés aux personnes âgées à leur domicile. Elle améliore le confort des patients tout en garantissant des soins effectués par des équipes spécialisées, et participe également à la soutenabilité du système de santé par la réduction des coûts liés à l'hébergement des patients.

Néanmoins, malgré une dynamique réelle, les objectifs de recours à l'HAD inscrits dans la circulaire R4/2013/398 du 4 décembre 2013 ne sont toujours pas atteints. Le principal obstacle à son développement étant la méconnaissance de cette modalité de prise en charge par les prescripteurs.

> **Inverser le paradigme et lever les freins à l'adressage**

Au lieu d'être pensée uniquement comme une modalité de sortie d'hospitalisation, l'HAD doit devenir une alternative et être **proposée avant toute décision d'hospitalisation conventionnelle**.

En ville, il faut **communiquer sur ses indications et faciliter sa prescription par les médecins traitants**. L'initiative de l'HAD AURAL de Strasbourg va, par exemple, dans ce sens : elle a réalisé un feuillet d'information sur l'HAD que les délégués de l'Assurance Maladie diffusent aux professionnels de santé libéraux lors de leurs visites.

À l'hôpital, il est recommandé **d'organiser la sortie directe depuis les urgences en HAD**, à chaque fois que cela est possible¹⁶. Pour cela, il est nécessaire de favoriser la présence d'infirmiers de liaison d'HAD au sein des services d'urgences et de s'appuyer sur la réactivité des structures d'HAD. Dans le cadre d'une expérimentation, l'ARS Occitanie a rendu effectives les prises en charge à domicile de patients directement en sortie d'un service d'urgences, en moins de 24 h. L'évaluation montre une moyenne d'âge des patients de 81 ans et un taux de réhospitalisation dans les 72 h très faible (3 %), inférieur à celui des patients revenus des urgences sans HAD (4,5 %¹⁷). Cet écart valide la plus-value du dispositif pour les personnes âgées.

Développer l'HAD, c'est aussi **mieux la faire connaître** des futurs professionnels en intégrant systématiquement la présentation du dispositif dans les **formations des médecins et des soignants**, et en développant plus largement l'HAD comme terrain de stage au cours des études de médecine.

C'est enfin la présenter **au grand public** comme **alternative à l'hospitalisation traditionnelle**, via des campagnes d'information. Patients et aidants pourront ainsi faire un choix éclairé entre hospitalisation à l'hôpital ou à domicile, le moment venu. Notons qu'en Espagne, la province de Valence a fortement développé le recours à l'HAD en donnant la possibilité aux familles de solliciter directement les structures d'HAD.

> **Anticiper les demandes**

Souvent, les professionnels de ville ont recours à l'HAD dans des situations d'urgence relative, notamment pour la mise en œuvre de soins palliatifs. Le **repérage des facteurs de fragilité**, l'adressage de **demandes préventives** sont des mesures qui permettent d'anticiper davantage le recours à l'HAD.

Plusieurs modalités d'organisation sont possibles pour généraliser ce repérage. Premièrement,

¹⁶ Braun F., « Mission flash sur les urgences et les soins non programmés », juin 2022. Disponible sur <https://sante.gouv.fr/>.

¹⁷ ScanSanté : Taux de réhospitalisation dans un délai de 1 à 7 jours en MCO, Fiche thématique N°8, p7.

l'analyse des hospitalisations itératives des personnes âgées et la mise en place d'un repérage du risque d'hospitalisation par les équipes mobiles de gériatrie ou l'équipe de premier recours. Toujours en Espagne, la Catalogne fait ainsi suivre tout repérage des fragilités d'une notification sur le dossier médical partagé du patient. La structure d'HAD du territoire est alors informée et réalise une visite pour mesurer un besoin éventuel d'hospitalisation.

Autre possibilité, l'intégration au sein des équipes d'HAD d'infirmières en pratique avancée (IPA) spécialisées en pathologies chroniques (ou des conventions entre IPA libérales et structures d'HAD) afin que ces IPA assurent le repérage des fragilités des personnes âgées.

Enfin, des évaluations anticipées sont financées depuis 2020 pour les résidents d'ESMS uniquement, notamment pour les personnes âgées avec des hospitalisations récurrentes ou pour les situations palliatives. Ce dispositif pourrait être étendu aux personnes à domicile. Certaines structures d'HAD pratiquent déjà ces évaluations, mais sans être financées pour ce travail.

L'évaluation anticipée

L'évaluation anticipée est réalisée pour des résidents en ESMS dont l'état de santé est susceptible de se dégrader à courte échéance (phase palliative ou pathologies chroniques avec risque de décompensation symptomatique) et qui ont émis le souhait de ne pas être transférés à l'hôpital, ou pour lesquels les équipes de soins ont posé la conduite à tenir après discussion collégiale. Le dispositif évite des prises en charge trop tardives et des transferts aux urgences.

> Capitaliser sur la montée en expertise des HAD

La réforme des autorisations des HAD doit conduire à la montée en compétence des établissements, notamment pour prendre en charge les personnes âgées au domicile. Il est à cette occasion indispensable de **développer des filières gériatriques** au sein des structures d'HAD,

dotées de personnel qualifié. Le nombre de médecins spécialisés en gériatrie, en soins palliatifs et en médecine physique et réadaptation doit être renforcé.

Ces filières gériatriques sont amenées à créer des partenariats avec les équipes mobiles de gériatrie. Par ailleurs, elles doivent développer la chimiothérapie et la transfusion à domicile pour éviter aux personnes âgées les transports et l'attente au sein des hôpitaux de jour.

1.3. VALORISER ET AMÉLIORER LA COORDINATION ENTRE LES ACTEURS AU DOMICILE

> Valoriser l'accompagnement dans toutes ses dimensions

La prise en charge d'une personne âgée à domicile implique **des temps de coordination entre professionnels, avec la famille, les proches ou les aidants, y compris dans la fin de vie.**

Or, le financement des services d'aide et d'accompagnement à domicile, actuellement basé sur le tarif horaire, ne permet pas de prendre en compte les temps de coordination, de liens avec les partenaires du territoire, de suivi ou encore de formation, pourtant indispensables à la qualité de l'accompagnement. L'expérimentation d'un financement par dotation globale ou forfaitaire pour les services autonomie à domicile, au titre de leur activité d'aide et d'accompagnement, est prévue pour quelques départements à partir de 2025.

Des initiatives innovantes basées sur le financement au forfait (et non à l'acte) sont en cours : elles permettent de prendre en compte le temps de travail effectif et nécessaire de coordination auprès des personnes âgées.

Les équipes de soins primaires coordonnées localement autour du patient (ESP-CLAP) développées de façon expérimentale en région Centre-Val de Loire ou Grand Est sont, par exemple, des modalités de coordination simples ne supposant pas de procédures administratives. Elles s'adressent aux professionnels qui

n'exercent pas en maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) mais qui souhaitent formaliser et voir reconnaître leurs efforts de coordination. Sur la base d'un projet de santé, les professionnels sont rémunérés pour l'élaboration de plans personnalisés de santé, la tenue de réunions de concertation (en présence du patient ou pour améliorer globalement leurs pratiques) ou l'élaboration de protocoles pluriprofessionnels. L'évaluation de ce dispositif montre qu'il permet des échanges plus réguliers et constructifs entre professionnels, lesquels déclarent également travailler dans un climat de confiance renforcé. Ils témoignent d'une prise en charge plus rapide et du sentiment d'une meilleure qualité des soins pour les patients.

Le projet ÉQUILIBRES, cité *supra*, a pour objet de mettre en place une rémunération forfaitaire pour les soins infirmiers à domicile, associée à une évaluation standardisée et régulière de la situation des patients. L'objectif est de promouvoir un système de prise en charge en équipe, focalisé sur les patients plutôt que sur la production d'actes techniques. Le modèle repose sur l'autonomie des équipes infirmières, qui s'organisent librement à une petite échelle, dans un cadre d'outils partagés et de valeurs communes. La priorité est donnée à une vision globale de la personne et de ses besoins, à la qualité de la relation humaine soignant-soigné, à l'autonomie du patient et sa qualité de vie.

> **Renforcer la coopération entre HAD, équipes de soins primaires et DAC**

Le parcours de vie et de santé des personnes âgées nécessite parfois des hospitalisations qui peuvent être réalisées par les structures d'HAD. Une coopération avec les professionnels libéraux peut permettre à ces derniers de continuer à suivre leurs patients tout en bénéficiant du soutien d'une équipe médicale spécialisée pluridisciplinaire, de la continuité des soins la nuit et d'un soutien logistique. Cela implique d'**associer l'équipe de soins de premier recours, dès le début, à la prise en**

charge du patient en HAD et que l'équipe soit intégrée pleinement auprès du patient.

Par ailleurs, garantir la représentation de l'HAD au sein de la gouvernance des DAC et renforcer leur articulation devrait permettre une coopération effective.

> **Améliorer la coordination et le partage d'informations**

Pour augmenter les capacités effectives d'interactions quotidiennes autour d'un même patient, il est nécessaire de **développer l'interopérabilité des outils numériques des hôpitaux, des structures d'HAD et des établissements et services médico-sociaux avec ceux des professionnels de ville**. Le dossier médical partagé (DMP) doit être plus largement utilisé. Les spécifications techniques pour l'interopérabilité des nombreux logiciels des professionnels de ville (médecins, pharmaciens, IDE libéraux, DAC, CPTS...) avec les dossiers usagers informatisés des services médico-sociaux et les dossiers patients informatisés des structures d'HAD doivent faire l'objet d'un **guide de l'interopérabilité du domicile**.

Il est essentiel que les professionnels de ville bénéficient d'un accès simple au dossier usager informatisé (DUI) ou dossier patient informatisé (DPI). Ces outils doivent également **permettre aux patients et à leurs aidants de communiquer plus facilement avec l'équipe de soins**. Par exemple, la société DICSIT Axigate développe l'outil Domilink disponible en mobilité pour les professionnels libéraux collaborant avec les structures d'HAD. Un projet d'accès pour le patient et pour les aidants est en cours de développement, pour qu'ils puissent tracer des constantes ou des événements directement dans l'application.

Cette transition numérique nécessaire ne sera possible qu'avec un accompagnement soutenu des professionnels de santé par les groupements régionaux d'appui au développement de la e-Santé (GRADeS)¹⁸.

¹⁸ Une présentation et un annuaire des GRADeS sont disponibles sur <https://gnius.esante.gouv.fr/>.



Malgré les soins, le domicile doit rester un lieu de vie

L'organisation des domiciles se trouve bousculée par la multiplicité des intervenants (professionnels ou non professionnels), la réalisation de soins de plus en plus complexes et médicalisés comme ceux pratiqués par l'HAD (chimiothérapie, transfusion), la mise en place de dispositifs médicaux techniques nécessitant de l'espace et une bonne connexion Internet, les livraisons récurrentes de médicaments et de matériel.

Or, les objets du soin portent dans leur fonctionnalité et leur design les stigmates de l'hôpital et de la maladie. **Les domiciles se transforment parfois en véritables plateformes logistiques.** Le rythme de vie est bouleversé par les soins.

Si pour certaines personnes les codes du médical sont synonymes de sécurité, d'autres supportent mal que leur vision du « chez soi » soit mise à mal. **Ces transformations du domicile peuvent être source de tensions avec les aidants ou les soignants**, car elles remettent en question les déterminants du « chez soi » : confort, sécurité, personnalisation et esthétique, maîtrise des horaires, intimité, hospitalité et lien social.

Afin d'améliorer le vécu des épisodes de soins, il convient de **sanctuariser et adapter certains espaces du logement.**

LIMITER L'INTRUSION DANS L'ESPACE DE VIE

- Sanctuariser et sécuriser certains espaces du logement, par exemple en réunissant autant que possible le matériel médical dans une ou plusieurs pièces qui seront ainsi dédiées aux soins. La personne âgée ne sera donc « patient » que dans cet espace, et pourra continuer d'investir le reste de sa maison et en particulier continuer à recevoir des visites.
- Coordonner les acteurs soignants, sociaux et logistiques afin de rationaliser le nombre de visites au domicile et respecter les rythmes de vie de la personne âgée.
- Former les professionnels aux enjeux du « chez-soi » pour les personnes âgées, à l'impact de la maladie, aux dynamiques patients / aidants, par la mise en œuvre d'analyses de pratiques et de la simulation pour travailler spécifiquement la posture à adopter au domicile.
- Développer les compétences des livreurs installateurs de matériel médical des prestataires de soins à domicile (PSAD), en organisant des formations centrées sur la compréhension du maintien à domicile et des besoins des personnes âgées, notamment dans les phases palliatives.

DES CONSEILS POUR ÉQUIPER LE DOMICILE

- Concevoir l'aménagement pour les soins en intégrant les objets du quotidien importants pour la personne, par exemple des meubles lui servant de main courante pour se déplacer.
- Organiser en sortie d'hospitalisation une visite à domicile d'un ergothérapeute, afin de mieux adapter le matériel médical au domicile.
- Proposer un équipement mobile, voire transitoire, qui incarne le moins possible la maladie (par exemple, des lits médicalisés en 140 ou 160 proches du mobilier classique), répond aux besoins ergonomiques des patients mais aussi des soignants, et évolutif en fonction des besoins (par exemple, la location d'un fauteuil qui se transforme en lit : gain de place, confort et diversité des usages).
- Retirer le matériel inutile dès la fin de son utilisation pour un soin spécifique.
- Choisir des contenants pour le matériel de soins adaptés à la pathologie de la personne, du plus petit volume possible, et utiliser les rangements déjà existants dans le logement en priorité.
- Délivrer les médicaments pour une période adaptée afin de limiter le stockage, notamment du matériel de perfusion et de nutrition.



2. Faire de l'accompagnement à domicile une expertise professionnelle

L'objectif est de reconnaître le domicile en tant qu'environnement de travail spécifique et de développer les compétences nécessaires pour intervenir efficacement auprès des personnes âgées.

2.1. DÉVELOPPER LA FORMATION AUX SPÉCIFICITÉS DU DOMICILE

Pour répondre à ces enjeux, il convient à la fois de **compléter et d'améliorer la formation initiale et continue des professionnels intervenant au domicile des personnes âgées, mais aussi d'encourager leur évolution professionnelle** via notamment la validation des acquis de l'expérience (VAE)¹⁹.

La formation professionnelle doit privilégier une approche centrée sur la personne et le maintien de son autonomie. Cette approche implique de faire avec et non à la place de la personne âgée en prenant en compte ses besoins et ses choix, d'inclure des évaluations régulières de son état (santé, capacités physiques et cognitives, besoins d'interactions) et d'adapter l'intervention en conséquence. De plus, tous les professionnels intervenant à domicile devraient pouvoir accéder à **une formation spécifique en gérontologie**²⁰.

Il est indispensable d'intégrer dans la formation professionnelle les **spécificités de l'accompagnement à domicile** : la prise en compte de l'environnement (par exemple, les obstacles favorisant les risques de chute), les risques liés à la dénutrition des personnes âgées, aux accidents domestiques et aux médicaments, ainsi que les compétences spécifiques telles que la manipulation des aides techniques et des outils de télésanté, les techniques de transfert et de mobilisation, etc.

Tous les intervenants doivent être sensibilisés à la **gestion des risques et aux mesures de prévention** à mettre en place : par exemple, l'utilisation du matériel pour prévenir les risques de troubles musculosquelettiques, les aides techniques pour éviter les chutes.

Sans oublier de **développer les compétences relationnelles**, telles que la communication, la coordination, l'empathie, l'écoute active, l'accueil des émotions. Cela permet d'instaurer une relation de confiance avec la personne âgée et de faciliter l'accompagnement à domicile.

2.2. DÉVELOPPER LA FORMATION À LA FIN DE VIE ET AUX SOINS PALLIATIFS

La méconnaissance des soins palliatifs par les professionnels de santé et du médico-social, en dehors des structures spécialisées, est un **frein au recours précoce aux soins palliatifs**, par l'absence de repérage des signes de dégradation ou la méconnaissance des possibilités de mise en place des soins palliatifs avant la phase terminale.

La formation en soins palliatifs occupe une place encore marginale dans la formation initiale des professionnels de santé, y compris des médecins. Dernièrement, le rapport « Vers un modèle français des soins d'accompagnement²¹ » préfigurant la stratégie décennale 2024-2034 sur les soins palliatifs réaffirme dans sa mesure 13 le développement de la formation des professionnels de santé comme une priorité.

La stratégie décennale attendue sur les soins palliatifs devra inscrire l'objectif de **diffuser pleinement la culture palliative dans tous les services, ainsi qu'au domicile** auprès des intervenants, notamment les aides à domicile. **La formation continue doit également être encouragée**, et permettre de prendre en compte les spécificités culturelles ou territoriales de la fin de vie.

Cette stratégie devra notamment préciser le positionnement de cette spécialité pour les médecins (évolution de la formation initiale, création d'un diplôme d'études spécialisées de médecine palliative...) et proposer des leviers pour développer la recherche et en partager les enseignements.

19 Arrêté du 28 mars 2022 relatif aux modalités d'organisation de la VAE pour les aides-soignants et mesure 37 du rapport El Khomri d'octobre 2019, « Plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand-âge 2020-2024 ».

20 Mesure 36 proposée dans le rapport El Khomri.

21 Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités, « Vers un modèle français des soins d'accompagnement », décembre 2023.

Les médicaments, le risque oublié du domicile

Les chiffres sont éloquentes. Les accidents médicamenteux seraient responsables de 130 000 hospitalisations par an et de 7 500 décès parmi les personnes de plus de 65 ans¹. Les erreurs médicamenteuses sont deux fois plus fréquentes après 65 ans² et 10,6 % des hospitalisations des personnes de plus de 65 ans sont directement liées à un effet indésirable médicamenteux³. Or, 50 % des accidents iatrogènes du sujet âgé sont évitables⁴.

La prise en charge médicamenteuse au domicile des personnes âgées est rendue plus complexe encore par la **multiplicité des intervenants**. La prévention de la iatrogénie médicamenteuse chez la personne âgée est une priorité. Plusieurs mesures peuvent être mises en œuvre pour y parvenir.

SÉCURISER LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE À DOMICILE

- Dématérialiser les prescriptions (**ordonnance numérique**) et promouvoir le **dossier pharmaceutique**.
- Former les personnes âgées, leurs aidants et les intervenants du domicile à la **déclaration des événements indésirables médicamenteux** (ANSM).
- Développer l'usage des outils numériques pour renforcer l'observance du traitement par les personnes âgées à domicile.

RENFORCER LE RÔLE DU PHARMACIEN D'OFFICINE

- Promouvoir le **bilan partagé de médication** en ville.
- Renforcer l'**information** lors de la dispensation des médicaments en pharmacie, notamment sur le risque d'automédication et les médicaments potentiellement inappropriés chez les personnes âgées (rapport bénéfice/risque défavorable, augmentant les risques d'effets indésirables, de chutes, de déclin fonctionnel, d'hospitalisation).

- Développer la **prévention sur les risques de chute** liés à la poly-médication et informer sur les médicaments à risque de chute (psychotropes, anti-hypertenseurs, etc.).
- **Valoriser des visites à domicile** afin d'évaluer les problèmes d'observance, d'identifier les médicaments à risque (armoire à pharmacie et pilulier) et d'inciter à limiter le stockage.

DÉVELOPPER LA COORDINATION VILLE-HOPITAL

Le développement du lien entre les pharmaciens hospitaliers et les pharmaciens d'officine permet de sécuriser les transitions dans le parcours et ainsi de diminuer le risque d'erreurs médicamenteuses.

Illustrant ce dernier point, le dispositif « Partage GHT 49 » cible les patients âgés de plus de 65 ans « polymédiqués » pour lesquels une hospitalisation est programmée dans un des établissements du GHT. Le dispositif intervient avant, pendant et après l'hospitalisation via la conciliation médicamenteuse d'entrée à l'hôpital, la conciliation de sortie avec un bilan médicamenteux comportant les justifications des modifications intervenues (envoyé au pharmacien de ville via la plateforme sécurisée Hospiville, éditée par la société MaPUI Labs), et des bilans partagés de médication à l'officine.

Autre exemple, le parcours « Optimédoc » (optimisation des prescriptions médicamenteuses dans le parcours de soins de la personne âgée) sur le modèle de l'expérimentation Article 51 Iatroprev portée par les CHU d'Amiens et de Lille. L'objectif est de mettre à disposition du médecin traitant et du pharmacien d'officine un appui hospitalier dédié à l'optimisation de la pharmacothérapie, à la réévaluation médicamenteuse et aux situations de fragilité complexe via un outil numérique de coordination (Bimedoc).

1 Assurance Maladie Pays de la Loire, « Lutte contre la iatrogénie médicamenteuse », Mars 2019. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/sites/default/files/2019-03-01-dp-lutte-iatrogenie-medicamenteuse-personnes-agees-cpam-pays-de-la-loire.pdf>

2 OMEDIT Normandie, « QUALITÉ DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE EN Ehpad », Edition Novembre 2022.

3 Réseau Français des Centres Régionaux de Pharmacovigilance (RFORPV), "Iatrogénie médicamenteuse source d'hospitalisation chez l'adulte et l'enfant : incidence, caractérisation et évitabilité. Etude IATROSTAT", novembre 2022.

4 idem 49.

3. Professionnaliser et soutenir les aidants

Le baromètre des aidants de la Fondation APRIL²² fait état de **1 Français sur 5 assumant le rôle d'aidant en 2022, dont un tiers ont entre 50 et 64 ans, et 70 % sont actifs**. Au vu de l'évolution démographique de la population française, **le nombre d'aidants ne va cesser d'augmenter** les prochaines années, sans être inépuisable ni gratuit, comme le rappelle un rapport de l'institut des politiques publiques²³ en mars 2023. En effet, ce rapport indique que la ressource d'aide informelle pourrait venir à manquer dans les années 2030 : **les aidants seront de plus en plus contraints à aider avec de moins en moins de possibilités de relai** intrafamilial.

Il pèse ainsi de multiples pressions sur les aidants, qui peuvent entraîner des effets négatifs sur leur santé physique, mentale, leur vie sociale, familiale et professionnelle. Rappelons également qu'une part non négligeable d'aidants décède avant le proche aidé.

Les aidants sont des maillons clés du soutien à domicile des personnes âgées aux côtés des professionnels de santé et de l'aide. C'est pourquoi leur soutien doit devenir une des priorités du virage domiciliaire.

3.1. RECONNAÎTRE ET FORMER LES AIDANTS

Les aidants seraient naturellement soulagés par la mise en œuvre de propositions déjà développées plus haut, reprises notamment dans la stratégie nationale de mobilisation et de soutien pour les aidants (2023-2027). Un accompagnement approprié de leurs proches par le renforcement d'une offre de qualité à domicile, sous toutes ses dimensions, **leur éviterait de pallier eux-mêmes certains besoins de soins et d'accompagnement**. Une coordination efficace entre l'ensemble des intervenants à domicile les **soulagerait d'une charge mentale liée à leur rôle pivot dans l'organisation des interventions**.

Le soutien nécessaire aux aidants concerne également l'information, la simplification des démarches administratives, le soutien financier, la prévention de leur propre santé et des risques d'épuisement, notamment grâce à des dispositifs d'accompagnement et de répit. Ces besoins sont déjà identifiés mais d'importantes améliorations sont nécessaires.

Assumons également le rôle indispensable des aidants dans le virage domiciliaire, aux côtés des intervenants, **en assurant leur professionnalisation** sur des sujets tels que :

- Les risques domestiques, en premier lieu le risque de chute, responsable d'un nombre important d'hospitalisations, voire de décès. Il faut donner des clés aux aidants pour sécuriser l'environnement de la personne âgée (tapis glissants, objets et mobilier encombrants, etc.) ;
- Le risque médicamenteux pouvant conduire à des accidents iatrogènes ;
- La prévention des risques de troubles musculo-squelettiques (TMS) dans les gestes d'aide et de mobilisation auprès de la personne âgée, ainsi que par un bon usage du matériel technique au domicile ;
- La fin de vie, pour renforcer la capacité à accompagner un proche. On peut citer l'exemple de la formation « Derniers Secours », portée par la SFAP en France, qui est la déclinaison francophone du programme « Last Aid » déjà dispensé dans une vingtaine de pays. C'est une formation courte (une journée ou une demi-journée) et gratuite. Elle est animée bénévolement par un binôme soignant/non soignant expérimenté en soins palliatifs, et a pour but de sensibiliser et d'informer sur la fin de vie.

Très attendus, **la reconnaissance d'un statut d'aidant et des financements associés** facilitent

²² Fondation APRIL-BVA, Baromètre des aidants 2015-2022 : *Avancées et perspectives*, août 2022.

²³ Institut des Politiques Publiques (IPP), Rapport n°41 : « Vieillir à domicile : disparités territoriales, enjeux et perspectives », mars 2023.



teraient leur professionnalisation, comme c'est le cas au Portugal depuis 2019²⁴. La reconnaissance du statut vise à garantir un soutien financier à ceux qui fournissent des soins, permanents ou réguliers, aux membres de la famille qui ne sont pas en institution et sont en situation de dépendance (pour cause de maladies chroniques, de handicaps physiques ou psychologiques, partiels ou totaux, temporaires ou permanents). Selon le statut, l'aidant informel est considéré comme :

- « Aidant informel principal » s'il s'occupe d'une personne de la famille (jusqu'au 4^e degré) de façon permanente, sans recevoir de rémunération pour l'activité ou pour les soins qu'il fournit ;
- « Aidant informel non principal » si l'assistance est régulière, mais pas permanente, et que l'aidant peut recevoir ou non une rémunération pour une activité professionnelle ou pour les soins prodigués à la personne prise en charge.

L'aidant informel principal bénéficie de divers soutiens : une aide financière octroyée par le système de solidarité sous condition de ressources, une formation au développement des compétences en matière de soins, un soutien psychosocial et des périodes de repos, ainsi qu'un accès au régime de l'assurance sociale volontaire.

3.2. PERMETTRE UNE PRÉSENCE RENFORCÉE DES AIDANTS ET CRÉER DES SOLUTIONS DE RÉPIT

Un rapport de France Stratégie de 2022²⁵ affirme que **l'engagement auprès des salariés aidants est un enjeu de RSE pour les entreprises**. En effet, l'aidant informe rarement son employeur de sa situation et peut s'isoler et s'épuiser.

Une entreprise sensibilisée à ce sujet peut mettre en place des actions d'accompagnement financier, de prévention et une flexibilité horaire et

²⁴ La loi portugaise n° 100/2019 du 6 septembre 2019 établit l'adoption du statut de l'aidant informel.

²⁵ France Stratégie, « Engagement des entreprises pour leurs salariés aidants », février 2022. Disponible sur : https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/rse_-_avis_-_engagement_des_entreprises_pour_leurs_salaries_aidants_-_fevrier_2022.pdf

organisationnelle. Un rapport²⁶ liste ces mesures concrètes : jours d'absence supplémentaires, congés exceptionnels partiellement ou totalement rémunérés, dons de jours de congés/RTT, attribution d'une aide financière ponctuelle ou permanente, amélioration des droits à la retraite complémentaire pour les périodes d'interruption de carrière... Ces dispositifs permettent à l'aidant d'**exercer son rôle dans de meilleures conditions et de renforcer sa présence auprès de la personne âgée qu'il accompagne.**

Des dispositifs de soutien aux aidants se développent

Les initiatives locales se multiplient. Par exemple, le projet de résidence de vacances pour familles avec des personnes aidées comprenant des services médico-sociaux, mis en place par le conseil départemental des Landes, permet de proposer un lieu de répit et de séjour partagé.

Le programme Psydoma porté par le CHU de Nice, qui mobilise deux gérontopsychologues, un ergothérapeute et une infirmière coordinatrice, épaulé des couples aidants-aidés à domicile par des interventions non médicamenteuses auprès de l'aidé et un programme de psycho-éducation auprès de l'aidant.

Quant au dispositif Passerelle Assist'aidant, il vise à apporter un accompagnement personnalisé aux aidants afin de prévenir l'épuisement psychique et physique par des visites à domicile sur une période de huit à douze mois.

Par ailleurs, des solutions numériques utiles aux aidants voient le jour, comme mySofie, E-aidants ou La Compagnie des aidants. Elles permettent de synthétiser les dépenses et remboursements de santé sur un seul espace, de faciliter l'organisation en coordonnant les emplois du temps et en partageant des informations, et proposent des réseaux sociaux d'entraide et d'échanges.

En parallèle, l'offre de répit doit être renforcée pour prévenir les situations d'épuisement des aidants. C'est aussi une des ambitions de la nouvelle stra-

tégie pluriannuelle dédiée aux aidants présentée en 2023, nourrie en partie par le rapport de l'Igas sur le développement des solutions de répit²⁷. Cette 2^e stratégie s'articule autour de six engagements, dont la garantie de 15 jours de répit par an, la création de 6 000 places de répit, la création d'un interlocuteur unique au sein de chaque département et un soutien tout au long de la vie. Un plan de repérage des aidants est également prévu avec notamment des mesures de prévention et de soins pour ceux qui sont âgés. L'enjeu est d'éviter d'intervenir uniquement en urgence auprès des aidants, d'adapter l'offre d'accueil temporaire en établissement (par exemple en Ehpad), de développer les séjours de vacances répit aidant-aidé ainsi que l'**offre de suppléance à domicile, très attendue par les aidants.**

> Prévoir des aménagements pour les aidants d'un proche en fin de vie

L'implication de l'aidant lors de la fin de vie nécessite une grande disponibilité et ne s'arrête pas au décès de la personne, l'aidant ayant par la suite à faire face à une modification éventuelle de sa relation au domicile (si le décès y a eu lieu) en même temps qu'à son deuil. L'impact sur la vie professionnelle des aidants en activité se pose de manière encore accrue en fin de vie, lorsqu'une présence renforcée peut devenir nécessaire jour et nuit. La prévention du risque d'épuisement est donc essentielle.

Le plan national de développement des soins palliatifs 2021-2024 prévoit de soutenir les aidants des personnes en fin de vie, notamment par des sessions d'information et de formation, et de conforter l'intervention des bénévoles (action 4 de l'axe 1). Dans ce cadre, on peut citer l'action de l'association Visitatio qui a développé un dispositif innovant s'appuyant sur le tissu social local. « Voisins & Soins » consiste à mobiliser, autour de la personne en fin de vie et de ses proches, un réseau de bénévoles et de professionnels de santé spécialisés en soins palliatifs (médecins, infirmiers, psychologues). Concrètement, les béné-

²⁶ Plateforme des entreprises francophones du Global Business Network for Social Protection (GBN), « Entreprises mondiales et aide aux salariés aidants : Guide de bonnes pratiques », 2021.

²⁷ Inspection Générale des Affaires Sociales (Igas), Rapport « Soutenir les aidants en levant les freins au développement de solutions de répit », décembre 2022.

voles, recrutés et formés, entourent la personne en fin de vie, soutiennent les proches, mobilisent et entraînent avec eux voisins et amis. L'équipe Voisins & Soins apporte également son expertise pour soutenir les professionnels en ville (médecins traitants, infirmiers et acteurs médico-sociaux intervenant à domicile) dans leur accompagnement auprès des patients.

Le rapport préfigurant la stratégie décennale 2024-2034 sur les soins palliatifs²⁸ suggère, quant à lui, d'améliorer l'articulation entre aide et vie professionnelle par l'amélioration des droits aux congés, et en particulier l'allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie (élargissement des modalités de versement et allongement de la durée de versement).



²⁸ Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités, « Vers un modèle français des soins d'accompagnement », décembre 2023.

4. Intégrer les technologies dans le quotidien des professionnels

La généralisation de solutions numériques en appui aux professionnels est un puissant levier pour l'amélioration de la qualité du service rendu aux personnes âgées, la facilitation du maintien à domicile ou encore la réduction des coûts des soins. Pour une montée en charge massive de ces outils, un soutien à leur développement, de l'information et de la formation à leurs usages sont nécessaires.

4.1. DÉVELOPPER L'USAGE DES SOLUTIONS NUMÉRIQUES

Surveillance des patients à distance, téléconsultation, partage d'informations entre professionnels : des outils contribuent à combler l'écart entre les besoins croissants d'une population vieillissante et les ressources disponibles des professionnels sur le terrain.

Les dispositifs de **surveillance et de télésistance à domicile** permettent aux patients de rester en sécurité chez eux tout en étant surveillés à distance. On peut citer notamment les capteurs de mouvement, les caméras de surveillance, les dispositifs de suivi de la pression artérielle ou du rythme cardiaque, les applications prédictives des risques, etc.

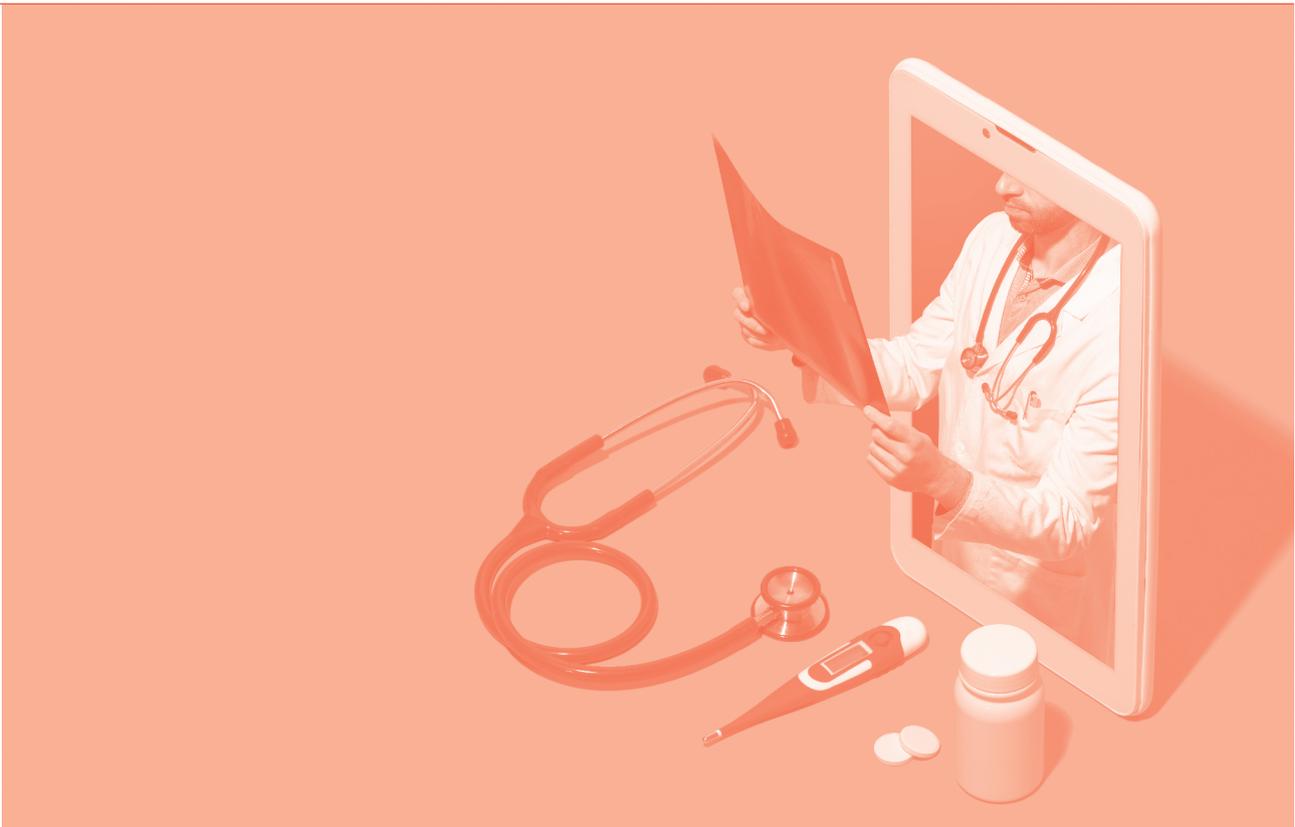
- **EPOCA** ce dispositif créé en 2019 assure une surveillance personnalisée à distance des personnes en situation de maladie aiguë ou chronique via des objets connectés au domicile des patients, la remontée des données médicales sur une plateforme dédiée et des alertes à la moindre décompensation. D'abord expérimenté au sein des résidences autonomie du groupe Arpavie, il prévoit aussi la prise en charge à domicile avec un réseau de professionnels de santé.
- **ICOPE MONITOR** créée elle aussi en 2019, cette application mobile prévient le déclin des fonctions chez les personnes âgées. Elle est développée par le Gérontopôle de Toulouse dans le cadre du programme ICOPE conçu par l'Organisation mondiale de la Santé. Téléchargeable

gratuitement par les professionnels de santé et toute personne formée à son utilisation, y compris en auto-évaluation, elle permet de suivre les fonctions essentielles chez les personnes à partir de 60 ans et de mettre en œuvre des actions ciblées de prévention.

- **Presage** ce dispositif médical basé sur l'intelligence artificielle (IA) entend prévenir les hospitalisations, suit et prédit 15 risques majeurs chez la personne âgée, alerte et propose un plan de prévention personnalisé. Il a été développé dans le cadre de l'appel à projets (AAP) Tiers lieux d'expérimentation. Une application mobile permet de valoriser les observations des proches de la personne aidée à travers un questionnaire. L'IA analyse ces données et génère des recommandations ou des alertes. Un outil d'analyse clinique permet aux acteurs de coordination de suivre les bénéficiaires et au médecin traitant de traiter les alertes en temps réel.
- **TELEGRAFIK** cette plateforme d'analyse de données et d'intelligence artificielle a pour objectif de sécuriser et prédire la perte d'autonomie de bénéficiaires âgés à domicile. Elle consiste en l'analyse prédictive et croisée de données hétérogènes provenant de capteurs installés à domicile et de solutions tiers. Ce projet est également développé dans le cadre de l'AAP Tiers lieux d'expérimentation.

Les plateformes de **prise en charge dématérialisée, permettant la téléconsultation ou la téléexpertise**, facilitent l'accès aux soins des personnes en perte d'autonomie ou vivant dans des territoires déficitaires en professionnels de santé.

- **Neuradom** : cette plateforme e-santé combine sur une unique interface des programmes d'auto-rééducation personnalisés, la téléconsultation et le partage de documents entre thérapeute et personne âgée. En s'inscrivant dans un contexte de manque de kinésithérapeutes se déplaçant à domicile, l'outil AutonHome® intégré dans cette plateforme permet, par exemple, d'assurer un



retour à domicile post-chute avec une rééducation encadrée par un thérapeute à distance.

Enfin, les outils de **partage de l'information**. Entre professionnels de santé, ils permettent d'avoir accès aux informations médicales des patients, d'améliorer la coordination des soins et la prise en charge. Avec les patients, ils permettent de faciliter l'organisation des interventions à domicile.

- Paaco-Globule (Nouvelle-Aquitaine), SPICO Dossiers (Occitanie), Terr-eSanté (Ile-de France) : ces dispositifs sont dédiés à la coordination de parcours de santé en région et sont utilisés par les DAC et les collectifs de soins (CPTS, groupements pluriprofessionnels en expérimentation « article 51 »...).
- Hospiville : cette plateforme de gestion des risques médicamenteux intervient en amont, pendant et en aval d'une hospitalisation programmée d'un patient de 65 ans et plus, avec un accompagnement au domicile de l'IDE et/ou du kinésithérapeute. Elle est notamment utilisée dans le cadre de l'expérimentation article 51 Octave²⁹, déve-

loppée en Bretagne et Pays de la Loire.

- Log'issimo : cette solution de la Poste facilite l'organisation des interventions à domicile depuis la réception et le stockage des équipements médicaux jusqu'à la gestion des déchets de soins à domicile (service logistique du premier et du dernier kilomètre). La société FBP Medical (Bastide) a, quant à elle, opté pour une solution technique permettant de géolocaliser les livreurs et d'adresser au patient un lien par SMS lui permettant de suivre la livraison des matériels médicaux en temps réel grâce à la solution Antsroute.

Le virage numérique devra s'accompagner d'une **politique de ressources humaines volontariste** pour les métiers du numérique afin de répondre aux chantiers ouverts et à venir. Aussi, l'usage du numérique doit être soutenu par des programmes de **formation initiale et continue des professionnels**. Cela implique également de **former et d'acculturer les patients citoyens** à ces usages et de les rendre co-constructeurs des solutions, lesquelles ne se généraliseront qu'avec la pleine confiance de la société.

²⁹ Arrêté du 31 juillet 2023 modifiant l'arrêté du 23 juillet 2020 relatif à l'expérimentation d'une Organisation et coordination des traitements âge ville établissements de santé (OCTAVE).

4.2. SOUTENIR LE DÉVELOPPEMENT DES NOUVELLES TECHNOLOGIES

> *Soutien à la recherche et à l'innovation*

Si les outils numériques représentent un vivier de solutions pour améliorer l'exercice professionnel, l'enjeu est aujourd'hui de faciliter leur expérimentation, leur évaluation et leur développement. Cela passe par un engagement partenarial de l'ensemble des acteurs de la santé, des technologies et de la valorisation de l'innovation.

Différentes initiatives concourent à **créer et développer de nouvelles technologies**, des logiciels et matériels spécifiquement conçus pour aider les personnes âgées à maintenir leur autonomie, ainsi qu'à **évaluer leur efficacité**, leurs avantages pour les utilisateurs et les coûts et bénéfices pour le système de santé.

Par exemple, les « **gérontopôles** », dont l'expertise de recherche et d'innovation autour de la question du bien-vieillir est portée à l'échelle nationale par l'Union des Gérontopôles de France (UGF), encouragent la création de projets dans le domaine de la e-santé pour les personnes âgées.

À l'échelle nationale ou régionale, une politique d'appel à projets soutient l'innovation. Dans le cadre de France 2030, 100 nouvelles solutions numériques favorisant la médecine 5P (préventive, prédictive, participative, personnalisée et pertinente) doivent être financées via le

programme « Tiers-lieux d'expérimentation pour la filière numérique en santé ». Ainsi, le tiers-lieu SanteAdom (CHU de Clermont-Ferrand) développe des solutions améliorant l'accompagnement à domicile des personnes atteintes de maladies chroniques et favorisant leur mobilité, tel que le dispositif de suivi des insuffisances cardiaques à domicile « CareLine Solutions ». D'autres appels



Une dynamique internationale

Des technologies au service des personnes âgées sont promues partout dans le monde. À l'échelle européenne, le projet EU_SHAFE 2019-2023 vise, par exemple, à améliorer les politiques et les pratiques en développant une approche globale environnementale adaptée aux personnes âgées (Smart Healthy Age-Friendly Environments - SHAFE). Grâce à une méthodologie « d'apprentissage par le partage », ce consortium multidisciplinaire et intersectoriel développe notamment des plateformes de e-learning, des serious games et des MOOCs destinés aux professionnels de la santé et aux citoyens âgés.

En Hollande, le living lab de La Haye, iZi Experience Home, facilite le développement de technologies d'assistance à domicile pour les personnes âgées à l'échelle d'un quartier.

Autre modèle aux États-Unis, où l'association Front Porch engage le dialogue avec les entreprises de technologies (Alexa d'Amazon) pour qu'elles produisent des solutions adaptées aux personnes âgées.

à projets, comme l'appel à projet de l'ARS Île-de-France dédié à l'innovation organisationnelle en santé, sont propres aux régions.

Par ailleurs, des **hackathons santé** prennent la forme d'un événement de plusieurs jours au cours duquel les participants travaillent en équipe pour développer des prototypes de solutions numériques dans le domaine de la santé : applications mobiles, dispositifs médicaux connectés, outils d'analyse de données, plateformes de collaboration entre professionnels de santé et patients.

> **Soutien à la formation des professionnels et à l'acculturation des usagers**

Afin de faire connaître les innovations utiles et d'en accélérer l'appropriation et l'usage, il est nécessaire de mettre en place un programme national de type « **observatoire des solutions et des aides numériques** » pouvant inclure un référencement spécifique « autonomie à domicile ».

Sur le terrain, il convient de généraliser pour toute personne âgée à domicile **l'évaluation de ses besoins en aide numérique**, en lien avec les aides humaines et techniques, et la possibilité de tester les solutions numériques qui lui sont proposées avant toute installation.

Pour **diminuer l'illettrisme numérique** des personnes âgées, il est possible de s'appuyer sur les médiateurs et autres acteurs de l'inclusion numérique, qui mettent en œuvre des initiatives ludiques et variées (ateliers numériques en Ehpad, compétitions e-sport sénior, bus itinérant pour se former, etc.).

Les réseaux sociaux et les forums de discussion peuvent aussi être utilisés pour créer des communautés en ligne de personnes âgées partageant des informations et des conseils sur la santé et le bien-être.

> **Soutien au financement des outils pour les personnes âgées**

Il est nécessaire de définir un **système de remboursement explicite pour les applications numériques de prescription**, celles où les médecins peuvent prescrire, comme ils le font pour des médicaments, des thérapies ou d'autres procédures médicales. L'Allemagne ouvre la voie en Europe avec le remboursement des digital therapeutics (DTx), ou thérapies numériques. En France, la Délégation ministérielle du numérique en santé et la Haute Autorité de Santé mènent actuellement des travaux sur la prise en charge des dispositifs médicaux numériques (DMN).

Une autre voie de financement est **l'inclusion des solutions numériques d'utilisation courante dans le plan d'aide** de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile.

Les organismes complémentaires peuvent aussi être encouragés à participer à ces aides.

> **Renforcement de la protection des données et de la vie privée**

Il faut enfin s'assurer que les données personnelles des usagers sont protégées et que leur vie privée est respectée lorsqu'ils utilisent ces technologies. Un accès sécurisé au dossier médical personnalisé, dans la continuité du développement de la plateforme Mon espace santé, doit être organisé.

ANNEXE 1

LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES

- **Eliane ABRAHAM**, Gériatre, ancienne membre du réseau Gérard Cuny, directrice stratégique et opérationnelle du DAC 54 et présidente des DAC Grand-Est
- **Guillaume ALSAC**, Polytechnicien et entrepreneur social, cofondateur de l'association Soignons Humain, membre du comité de pilotage d'Équilibres
- **Jean-Philippe ARNOUX**, Directeur Silver Economie et Accessibilité pour Saint-Gobain Distribution Bâtiment France
- **Élisabeth BALLADUR**, Praticienne hospitalière chez HAD APHP
- **Virginie BATEL**, Directrice Marketing et Communication La Poste Santé et Autonomie
- **Bertrand BAVAY**, Vice-président de l'Association nationale des responsables de SSIAD et SPASAD (ANARESSIAD)
- **Christine BOO**, Ancienne directrice d'Ehpad et administratrice du Lab Habitat et inclusion du Gérontopôle de Bretagne
- **Aurélien BORDET**, Directeur de la Communication et des Relations institutionnelles chez DOMITYS
- **Gauthier CARON-THIBAUT**, Responsable du pôle prévention et appui à la Transformation de la CNSA
- **Gregory CAUMES**, Président national adjoint de l'Ordre National des Infirmiers
- **Fanny CERESE**, Architecte
- **Thomas CHARGE**, Directeur Associé Santé et Ergothérapeute chez ALOGIA
- **Kevin CHARRAS**, Docteur en psychologie environnementale et Directeur Living Lab Vieillesse et Vulnérabilités
- **Jean-Luc CHARLOT**, Sociologue spécialisé sur l'habitat inclusif et membre du pôle d'appui au montage de l'observatoire de l'habitat inclusif
- **François COUSIN**, Médecin de santé publique
- **Marie-Sophie DORGE**, Ancienne conseillère établissement et services à domicile pour personnes âgées à la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés solidaires (FEHAP)
- **Pascal DREYER**, Coordinateur scientifique du réseau de recherche Leroy Merlin Source en charge des pôles Habitat et autonomie ; usages et façons d'habiter
- **Philippe ESPINASSE**, Directeur affaires réglementaires et médicales Winnicare
- **Colette EYNARD**, Consultante en gérontologie sociale
- **Marie-Françoise FUCHS**, Présidente de l'association OLD'UP
- **Olivier GIRAUD**, Politologue, directeur de recherche au CNRS, spécialiste des sujets de maintien à domicile
- **Jean-Marie GOMAS**, Gériatre et spécialiste des soins palliatifs
- **Thomas GONCALVES**, Chargé de mission pour le centre national des soins palliatifs et de la fin de vie
- **Gaël GUILLOUX**, Architecte d'intérieur, designer de service indépendant et correspondant recherche : espace, habitat, santé et autonomie, environnement, digital chez Leroy Merlin Source
- **Florence GRESSARD**, Chargée de développement au Pôle Autonomie Santé de Lattes
- **Nicolas HURTIGER**, Président du SYNERPA Domicile
- **Julien JOURDAN**, Directeur général de la Fédération des Services à la Personne et de proximité (FEDESAP)
- **Thomas LACOR**, Directeur du territoire Sud-Ouest – PROSERVE DASRI
- **Pascale LEJEUNE**, Secrétaire générale de la Fédération nationale des Infirmiers

- **Chrystèle LEMAN**, infirmière, co-fondatrice de l'association Soignons Humain, membre du comité de pilotage d'Équilibres
- **Titouan LEVARD**, Directeur général adjoint de Silver Valley
- **Catherine LOPEZ**, Directrice générale de la Fédération du service aux particuliers (FESP)
- **Luisa LOVENALI**, Chargée de mission PROSERVE DASRI
- **Dorian MARCONOT**, Pharmacien, référent titulaire du collège pharmacien de la FNEHAD, HAD des Vignes et des Rivières
- **Florence MATHIEU**, Experte en co-design pour personnes âgées, fondatrice d'Aïna
- **Alain MONTEUX**, Administrateur au sein de la Fédération du service aux particuliers (FESP)
- **Caroline MOREAU**, Directrice générale déléguée chez Groupe Montana
- **Dafna MOUCHENIK**, Directrice et fondatrice de LogiVitae et ancienne présidente SYNERPA Domicile
- **Laurence NIVET**, Directrice déléguée auprès du directeur Général de l'APHP et vice-présidente de la Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation à Domicile (FNEHAD)
- **Mathieu NOCHELSKI**, infirmier, cofondateur de l'association Soignons Humain, membre du comité de pilotage d'Équilibres
- **Stéphane PARDOUX**, Directeur général de l'ANAP
- **Éric PASTOR**, Chef de projet au Pôle Autonome Santé de Lattes
- **Jérôme PERRIN**, Directeur du développement et de la qualité à l'ADMR
- **Frédéric PIANI**, Directeur général chez CGPDM / Médical Thiry
- **John PINTE**, président du Syndicat national des infirmières et infirmiers libéraux (Sniil)
- **Sabrina POULIQUEN**, Cheffe de projet innovation et adaptation des logements séniors à la Maison Daliha (Le Havre)
- **Patrick RAMBOURG**, Président du Conseil central H de l'ordre national des pharmaciens
- **Catherine RENARD**, Vice-présidente de la société Française d'Accompagnement et de soins palliatifs (SFAP), pilote du projet derniers secours France
- **Anne RICHARD**, responsable du pôle médico-social et des Affaires publiques – Fédésap
- **Thibault de SAINT-BLANCARD**, Co-fondateur d'Alenvi et de Compani
- **Adrien SEREY**, Médecin généraliste spécialiste en soins palliatifs
- **Yannick UNG**, Ergothérapeute, Responsable du Laboratoire des solutions de demain
- **Vincent VINCENELLI**, Directeur des politiques publiques à l'UNA
- **François WILTHIEN**, Médecin libéral, membre de l'Union nationale des professionnels de santé (UNPS)

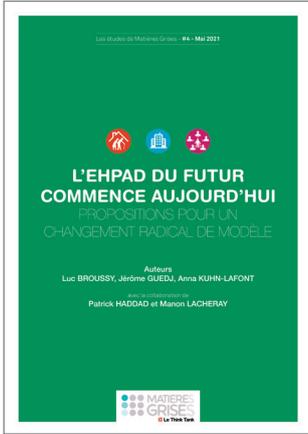
ANNEXE 2

LISTE DES SIGLES

- **ALUR** : Accès au Logement et un Urbanisme Rénové
- **ANAH** : Agence Nationale de l'Habitat
- **ANSM** : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé
- **APA** : Allocation Personnalisée d'Autonomie
- **ARS** : Agence Régionale de Santé
- **AVP** : Aide à la Vie Partagée
- **CARSAT** : Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé Au Travail
- **CCAS** : Centre Communal d'Action Sociale
- **CNAV** : Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse
- **CNSA** : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
- **CNSPFV** : Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie
- **CPTS** : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
- **CREEDAT** : Centre Régional d'Essai d'Exposition et de Documentation sur les Aides Techniques
- **DAC** : Dispositif d'Appui à la Coordination
- **DMN** : Dispositifs Médicaux Numériques
- **DMP** : Dossier Médical Partagé
- **DPI** : Dossier Patient Informatisé
- **DREES** : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
- **DUI** : Dossier Unique Interactif
- **ECLAT** : Engagement Commun pour le Logement et l'Autonomie sur les Territoires
- **EQLAAT** : Équipes Locales d'Accompagnement sur les Aides Techniques
- **ESMS** : Établissement et Service Médico-Sociaux
- **ESP-CLAP** : Équipe de Soins Primaires Coordinées Localement Autour du Patient
- **FINESS** : Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux
- **GIR** : Groupe Iso-Ressources
- **GRADeS** : Groupement Régional d'Appui au développement de la e-santé
- **HAD** : Hospitalisation À Domicile
- **ICOPE** : Integrated Care for Older People (soins intégrés pour les personnes âgées)
- **IDE** : Infirmier Diplômé d'État
- **IGAS** : Inspection Générale de l'Action Sociale
- **IPA** : Infirmier en Pratique Avancée
- **IPEP** : Incitation à une Prise En charge Partagée
- **LFSS** : Loi de Financement de la Sécurité Sociale

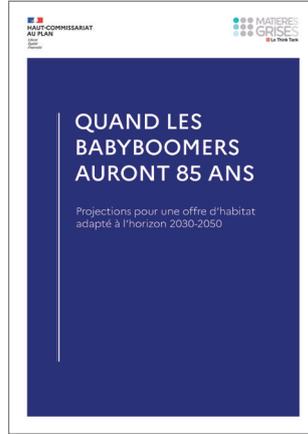
- **LISP** : Lit Identifié de Soins Palliatifs
- **MSP** : Maison de Santé Pluriprofessionnelle
- **PAPA** : Plan Anti-chute pour les Personnes âgées
- **PEPS** : Paiement en Équipe de Professionnels de Santé en ville
- **PLAI** : Prêt Locatif Aidé d'Intégration
- **PLI** : Prêt Locatif Intermédiaire
- **PLS** : Prêt Locatif Social
- **PLUS** : Prêt Locatif à Usage Social
- **PPL** : ProPosition de Loi
- **RSE** : Responsabilité Sociale des Entreprises
- **RSS** : Résidence Services Seniors
- **SAAD** : Service d'Aide À Domicile
- **SOLIHA** : SOLIdaires pour l'HABitat
- **SPASAD** : Services Polyvalents d'Aide et de Soins À Domicile
- **SSIAD** : Service de Soins Infirmiers À Domicile
- **SRU** : Solidarité et Renouvellement Urbain
- **TMS** : Troubles Musculosquelettiques
- **USP** : Unité de Soins Palliatifs
- **VAE** : Validation des Acquis de l'Expérience
- **VISA** : Veille sur l'Isolement Social des âgés

LES AUTRES PUBLICATIONS DE MATIÈRES GRISES



Le rapport « L'EHPAD DU FUTUR COMMENCE AUJOURD'HUI »

Dans cette étude, le Think Tank Matières Grises formule plusieurs propositions pour changer radicalement le modèle de l'Ehpad, qui fait l'objet de nombreuses interrogations depuis plusieurs années. Convaincu que la question n'est pas tant de savoir s'il faut ou non remplacer les Ehpad, Matières Grises se demande plutôt ici sur quels fondements se reposer pour faire évoluer et adapter les 7 500 établissements existants et réinventer ceux qui sortiront de terre d'ici la fin de la décennie qui s'ouvre.



Le rapport co-publié avec le Haut-Commissariat au Plan « QUAND LES BABYBOOMERS AURONT 85 ANS : PROJECTIONS POUR UNE OFFRE D'HABITAT ADAPTE À L'HORIZON 2030-2050 »

Dans cette étude, Matières Grises en collaboration avec le Haut-commissariat au Plan propose une réflexion sur la question de l'hébergement des personnes âgées à l'horizon 2030-2050. Les personnes âgées de 85 ans et plus, qui sont un peu plus de 2 millions aujourd'hui, seront près de 5 millions en 2050. Et si l'état de santé de ces personnes est difficile à prévoir avec précision, les travaux de la DREES indiquent qu'entre 2030 et 2050, le nombre de personnes âgées modérément ou sévèrement dépendantes évoluera de 2,2 à 2,9 millions. Un état des lieux utile pour comprendre les besoins des seniors de demain et ainsi mieux orienter les politiques publiques.



FINANCEMENT DE L'AIDE À DOMICILE : UNE CONTRIBUTION AU DÉBAT

Depuis sa création en 2018, jamais Matières Grises n'avait abordé la question du financement de l'aide à domicile. Voilà qui est désormais chose faite à travers cette contribution de l'économiste Patrick Haddad qui fait un point utile sur l'état des réflexions au moment où les fédérations elles-mêmes sortent du bois avec des propositions précises.



DÉCENNIE 2020-2030 : L'EXPLOSION DES 75-85 ans

Cette note a pour objet de mesurer les évolutions respectives des 75-85 ans d'une part et des « 85 ans et plus » d'autre part afin de montrer notamment que sous le vocable de « vieillissement », se cachent des réalités bien différentes.

LES AUTRES PUBLICATIONS DE L'ANAP



RÉDUISEZ LES HOSPITALISATIONS DEPUIS LES EHPAD : DÉVELOPPEZ L'HAD

Établissements d'HAD, cette publication vous guide dans la structuration de votre filière gériatrique. Elle donne les clés pour structurer et renforcer votre partenariat avec les Ehpads en misant sur l'anticipation. Pour compléter, vous pourrez vous aider d'un modèle de convention de partenariat pour la prise en charge en HAD de résidents en établissement d'hébergement médico-social.



OPTIMISEZ VOTRE FONCIER, DIVERSIFIEZ VOTRE OFFRE

Un guide opérationnel et synthétique pour comprendre et développer l'habitat intermédiaire ! Résidence services seniors (RSS) ou résidence autonomie (RA), cette publication vous donne les clés pour élargir votre gamme de services aux personnes âgées et choisir le modèle le plus adapté à votre situation.



LES FUTURS DE LA SANTÉ : CARNET D'EXPLORATIONS DES EXPERTS DE L'ANAP

2040 se présente comme une toile dynamique, façonnée par des événements politiques, économiques, sociaux et climatiques qui redéfinissent nos modes de vie, nos tendances de consommation et notre rapport à la santé. Dans cet univers en constante évolution, les experts de l'Anap ont imaginé les futurs possibles du système de santé. Une invitation à explorer les territoires de l'innovation, à repenser nos organisations.



RÉFORME DES SAD : TOUS LES OUTILS ANAP

L'Anap vous accompagne avec un outil d'aide à la décision interactif et 22 fiches pratiques pour explorer les modalités de regroupement et de transformation en service autonomie à domicile. Un kit d'outils opérationnels issus des travaux réalisés avec des questionnaires propose également des trames de fiches de poste, des processus internes, des modèles de documents, ou encore des exemples d'outils partagés pour vous guider.

À propos de l'Anap

L'Agence nationale de la performance sanitaire et médico-sociale est une agence publique de conseil et d'expertise qui agit avec et pour les professionnels des établissements sanitaires et médico-sociaux. Depuis 2009, elle a pour mission de soutenir, d'outiller et d'accompagner les établissements dans l'amélioration de leur performance sous toutes ses dimensions. Pour la mener à bien, l'Anap propose une offre d'accompagnement globale : diffusion de contenus opérationnels, organisation et animation de la mise en réseau et intervention sur le terrain.

www.anap.fr



@anap_sante



anap

l'anap | agence nationale de
la performance sanitaire
et médico-sociale
l'expertise en partage

À propos du Think Tank Matières Grises

Créé au printemps 2018, le Think Tank Matières Grises réunit les principaux acteurs de la filière d'accueil et de prise en charge de la personne âgée afin de réfléchir ensemble et être force de proposition sur les grands sujets liés au vieillissement. Animé par Luc Broussy, ce Think Tank est composé, à la date de parution du présent rapport, de 25 groupes opérateurs du secteur du Grand Âge qui ont fait le choix d'y adhérer (ACPPA, Adef Résidences, AESIO Santé, ARPAVIE, Axentia, Clariane, Colisée, Domidep, Domitys, DomusVi, Eiffage, Emeis, Emera, Heurus, Les Jardins d'Arcadie, Maisons de Famille, Montana, Mutuelle Bien Vieillir, Nexity, Fondation Partage & Vie, Sedna, SOS Seniors, Steva, Univi, Groupe Vyv).

Les écrits produits par le Think Tank ne les engagent pas individuellement.

www.matières-grises.fr



@MGrises

**MATIERES
GRISES**
Le Think Tank