



Bien vieillir à domicile : accompagner les seniors

Source de croissance de d'opportunités, le vieillissement de la population française constitue cependant un défi pour notre pays. Afin d'élaborer des propositions à destination des pouvoirs publics et des acteurs privés qui vont être appelés à mettre en œuvre et à financer ce changement social et économique majeur, l'Institut Montaigne porte dans le débat public cinq notes :

- *Emploi des seniors : levier de croissance et de bien-être*
- *Bien vieillir à domicile : accompagner les seniors*
- *Les Résidences Seniors : une alternative à développer*
- *Des solutions pour les seniors à revenus insuffisants*
- *Pour une meilleure équité intergénérationnelle*

Cette présente note s'attache à mettre en avant des solutions pour développer le maintien à domicile des seniors non dépendants.

Le bien-vieillir à domicile est au **croisement d'un double enjeu** : le bien-être des seniors d'une part, et la capacité des individus et des pouvoirs publics à financer le coût de la dépendance d'autre part.

Favoriser le bien-vieillir à domicile est avant tout un **enjeu de bien-être**. Ainsi, 80 % des personnes âgées souhaitent rester à leur domicile le plus longtemps possible. Le bien-vieillir à domicile favorise la réponse aux besoins fondamentaux des seniors. Des besoins d'ordre psychologique tout d'abord, car en demeurant dans un environnement familial, le senior est plus à même de continuer à garder la maîtrise de ses choix, à parler, et à se confier. Il peut aussi conserver la possibilité de transmettre son patrimoine. Des besoins sociologiques ensuite, dans la mesure où rester chez soi permet au senior de demeurer à proximité d'individus (famille, amis, voisins, commerçants, etc.) et de lieux qui lui servent de repères.

La possibilité de vieillir à domicile est fortement conditionnée par le niveau de dépendance de la personne. En France, la dépendance est mesurée selon six niveaux de dépendance. Ils s'échelonnent du Groupe Iso-Ressources 1 (GIR 1) au GIR 6, de la dépendance la plus forte à la dépendance la plus faible (Illustration 1). A chaque niveau de dépendance correspondent des besoins spécifiques en matière d'aide et d'accompagnement.

La faisabilité du bien-vieillir à domicile varie fortement selon ces niveaux. Relativement aisée pour les personnes en GIR 5 et 6, elle devient difficile pour les seniors en GIR 3 et 4, voire très difficile, sous contrainte financière, pour les personnes en GIR 1 et 2.

ILLUSTRATION 1 – NIVEAU DE DÉPENDANCE

GIR	Niveaux de dépendance	Nombre de personnes concernées en 2012 ¹
GIR 1	<ul style="list-style-type: none"> • Personne confinée au lit ou au fauteuil • Fonctions mentales gravement altérées • Présence indispensable et continue d'intervenants 	111 000
GIR 2	<ul style="list-style-type: none"> • Besoin de prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante • Personne confinée au lit ou au fauteuil mais dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées • Ou personne capable de se déplacer mais dont les fonctions mentales sont gravement altérées, nécessitant une surveillance rapprochée 	309 000
GIR 3	<ul style="list-style-type: none"> • Autonomie locomotrice partielle • Personne ayant conservé son autonomie mentale • Besoin quotidien et plusieurs fois par jour d'une aide pour les soins corporels 	244 000
GIR 4	<ul style="list-style-type: none"> • Personne n'assumant pas seule ses transferts (se lever, se coucher) mais pouvant néanmoins se déplacer à l'intérieur de son logement • Besoin d'aide pour la toilette et l'habillage • Ou personne n'ayant pas de problèmes locomoteurs mais devant être aidée pour les soins corporels et les repas 	508 000
GIR 5	<ul style="list-style-type: none"> • Personne ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage 	n. a.
GIR 6	<ul style="list-style-type: none"> • Personne autonome pour les actes essentiels de la vie courante 	n. a.

¹ Nombre de bénéficiaires de l'Aide Personnalisée Autonomie (APA).



Mais le développement du bien-vieillir à domicile répond également à **un enjeu financier**, pour les individus comme pour les pouvoirs publics. En effet, en cas de dépendance moyenne, le différentiel de coût entre prise en charge hors domicile et prise en charge à domicile est très élevé. Ainsi pour les personnes en GIR 4, parmi lesquelles 21 % se trouvaient en établissement en 2011, le coût mensuel moyen d'un séjour en EHPAD s'élève à 2 700 euros, soit plus du double du coût d'une aide à domicile (1 200 euros). A ces tarifs, pour un senior gagnant 1 300 euros par mois, le reste à charge ainsi que les aides publiques sont près de 55 % moins élevés à domicile qu'en EHPAD.

1. UN CERTAIN NOMBRE DE FREINS LIMITENT LA POSSIBILITÉ DE MAINTENIR LES SENIORS À DOMICILE

Si un consensus fort existe aujourd'hui pour privilégier aussi longtemps que possible le maintien à domicile des personnes âgées, car il correspond à la fois à l'aspiration majoritaire des seniors de vieillir dans un environnement familial et choisi, et à une logique économique qui éloigne ces populations du seuil de dépendance et réduit la charge collective future, l'ensemble de ses acteurs (seniors, aidants, prestataires de services à la personne et pouvoirs publics) est confronté à des freins qui contraignent le développement de cette solution.

1.1. Freins rencontrés par les seniors

En demeurant à leur domicile, les seniors fragilisés ou dépendants sont confrontés à trois types de difficultés : la perte du lien social, des risques de santé accrus, et des problèmes de financement.

La **perte du lien social** touche davantage les personnes âgées que le reste de la population. Ainsi, 25 % des plus de 75 ans sont seuls², soit deux fois plus que la moyenne des Français. Cette difficulté n'est pas résolue par la présence d'intervenants à domicile. En effet, leur multiplicité et leur forte rotation rendent peu aisée la création de liens.

Par ailleurs, **deux risques de santé** se posent aux seniors demeurant à domicile : la dépression et les chutes. On observe en effet une forte prévalence de la dépression chez les personnes âgées. De plus, près d'un tiers des seniors³ font au moins une chute chaque année. Ces chutes peuvent avoir des conséquences graves telles que des séquelles physiques (fracture du col du fémur, etc.), des séquelles morales (perte d'autonomie suite à une immobilisation prolongée), voire le décès des personnes (environ 9 000 chaque année).

Enfin, **des problèmes de financement** peuvent survenir notamment pour les seniors les plus modestes. Le reste à charge d'une prise en charge à domicile demeure élevé. Il représente 54 %⁴ pour le financement d'une aide à domicile pour un senior en GIR 4 gagnant 1 300 euros par mois. De plus, la multiplicité des sources d'aide (Plan d'Aides Personnalisé, Allocation Personnalisée d'Autonomie, aides fiscales, etc.) peut rendre leur sollicitation complexe.

² Source : Fondation de France. La solitude est définie comme le fait de ne pas avoir de relations sociales au sein des cinq réseaux de sociabilité (familial, professionnel, amical, affinitaire ou de voisinage).

³ BVA/Novartis – 2010 – *Aidants et Entreprises*.

⁴ Source : Service-public.fr, entretien, analyse Roland Berger.



1.2. Freins rencontrés par les aidants

La charge à porter par les aidants de personnes âgées dépendantes est considérée comme trop lourde par 20 % d'entre eux⁵. Celle-ci est le résultat de plusieurs facteurs :

- le **niveau élevé** de la dépendance de la personne aidée et / ou **l'aspect psychique de sa dépendance**,
- le **manque d'information** sur les recours possibles et les bonnes pratiques à adopter,
- **l'articulation** parfois difficile **avec les intervenants professionnels** (32 % des personnes âgées aidées font appel à une aide mixte : entourage et professionnels⁶). La **multiplicité** des intervenants nécessite une implication accrue de l'aidant pour coordonner les différentes prestations. Des problèmes d'incompréhension réciproque et un phénomène de culpabilisation des familles peuvent survenir.
- le **coût financier** : 15 % des plus de 70 ans⁷ ont reçu une aide financière de la part de leur famille au cours de l'année.

La lourdeur de la charge peut avoir de multiples **répercussions** sur la vie des aidants :

- le **stress** : 75 % des aidants ressentant une charge lourde se déclarent anxieux ou surmenés,
- la **santé** : 56 % des aidants ressentant une charge importante accomplissent leurs activités d'aide au détriment de leur santé,
- la **vie professionnelle** : absentéisme (26 % des salariés aidants se sont absentés en plus de leurs congés légaux pour aider un proche dépendant) et problèmes liés au présentéisme (être présent à son travail sans être actif à 100 %)⁸.

1.3. Freins rencontrés par les prestataires de services

Les prestataires de services à la personne sont confrontés à **trois freins** principaux : leur morcellement, leur faible rentabilité, et la nécessité d'améliorer la qualité de l'emploi et des prestations.

Le marché des services à la personne s'élève à **19 Mds d'euros en 2011⁹**, (30 Mds d'euros en comptant les services non déclarés). Il se partage entre une multitude d'acteurs, généralistes ou spécialisés. Le secteur des services à la personne est en effet très morcelé. Ainsi en 2012, on décomptait 23 700 organismes de services à la personne (associations, organismes publics, entreprises privées et auto-entrepreneurs) employant 432 500 personnes, soit 23 personnes par structure (ratio hors structures d'auto-entrepreneurs). Les employés en gré à gré, représentent quant à eux, un million de personnes, soit 70 % des effectifs.

Par ailleurs, en raison du morcellement du secteur, la **rentabilité** des entreprises privée est **faible**. Les récentes **évolutions fiscales** sont de surcroît susceptibles d'augmenter le coût des prestations en raison de la baisse des avantages fiscaux tels que la suppression d'exonérations de cotisations sociales patronales, et la hausse de la TVA pour les services à la personne (hors services aux personnes dépendantes et / ou handicapées).

Enfin, la **qualité de l'emploi** et des **prestations** de service à la personne est à améliorer. En effet, les aides à domicile présentent souvent un **faible niveau de formation**. La formation est ainsi limitée à un an pour devenir auxiliaire de vie (niveau CAP). Le secteur est confronté à une pénurie de personnels qualifiés, en raison de salaires bas et de faibles perspectives de carrière. Le phénomène est amplifié dans les zones rurales où le choix des prestataires est très limité voire inexistant (déserts médicaux). En parallèle, le **contrôle de la qualité** des services

5 Source : Crédoc.

6 Dress 2012.

7 Source : Haut Conseil de la Famille, 2011.

8 Source : BVA/Novartis – 2010 – Aidants et Entreprises.

9 Source : Insee, DARES, analyse Roland Berger.

est **difficile** à mener. Les prestations en gré à gré, particulièrement difficiles à évaluer, concernent 70 % des effectifs d'aides à domicile. Par ailleurs, les démarches de certification ont souvent un coût trop élevé pour de petites structures (coûts compris entre 60 000 et 76 000 euros¹⁰).

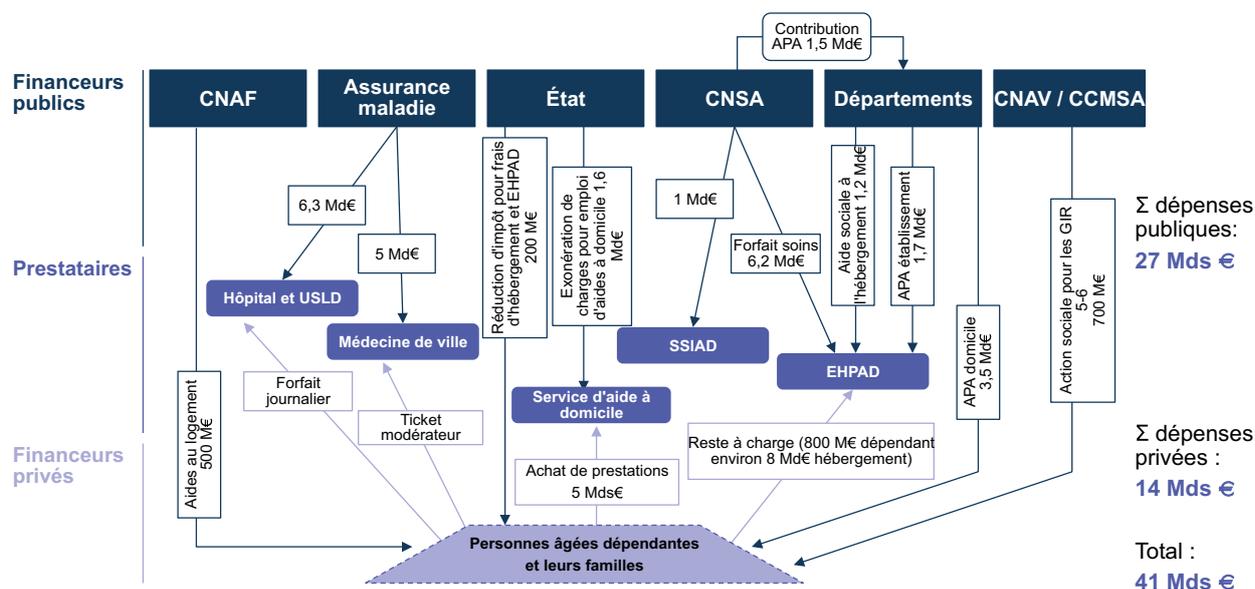
1.4. Freins rencontrés par les pouvoirs publics

L'action des pouvoirs publics en faveur du vieillissement à domicile est entravée par la lourdeur du financement de la dépendance et la complexité de ses flux. Parallèlement, les avantages fiscaux liés aux services à la personne tendent à diminuer.

Les pouvoirs publics sont les principaux financeurs de la dépendance avec 27 milliards d'euros de dépenses soit deux tiers de l'ensemble des coûts qui s'élèvent à 41 milliards d'euros¹¹ par an. Les dépenses de l'État constituent une **charge financière lourde** et représentent près de 1,3 % du PIB.

Les flux de financements sont d'une grande **complexité** car ils sont gérés par sept acteurs différents : la Caisse Nationale des Allocations Familiales, l'Assurance maladie, l'État, la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie, les départements, la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse, la Caisse Centrale de la Mutualité Agricole (Illustration 2).

ILLUSTRATION 2 – FLUX DE FINANCEMENT DE LA DÉPENDANCE



Source : Orange.

En parallèle, les **avantages fiscaux** liés aux services à la personne tendent à diminuer à l'exception des aides pour les personnes dépendantes ou handicapées. Ainsi, alors que le taux de **TVA**, avait été réduit à 5,5 % pour l'ensemble des services à la personne en 1999, seules les activités à destination des personnes handicapées ou dépendantes bénéficient aujourd'hui de ce taux.

De même, l'exonération de **charges sociales patronales** (sous réserve d'un plafond) de l'ensemble des prestataires de services à la personne décidée en 2005, ne concernent plus aujourd'hui que les services aux personnes dépendantes.

10 IGAS.

11 Source : Orange.



CONCLUSION : LES PRINCIPAUX OBSTACLES AU BIEN-VEILLIR À DOMICILE

Les acteurs du bien-vieillir à domicile pâtissent en définitive de trois obstacles majeurs : **la qualité globalement insatisfaisante des services à domicile**, leur manque de coordination, et la **difficulté à les financer**.

2. LES PROPOSITIONS DE L'INSTITUT MONTAIGNE POUR FAVORISER LE BIEN-VEILLIR DES SENIORS À DOMICILE

Proposition n° 1 – Mettre en place un métier de moniteur de services

Le développement du « bien vieillir à domicile » se confronte à trois besoins insuffisamment satisfaits à ce jour : un **besoin d'information et d'orientation** du senior dans la durée, un besoin de **cohérence et de coordination** des services, et un besoin de **contrôle de la qualité** des prestations. À l'image de ce qui existe à l'étranger (Illustration 3), le moniteur de services pourrait intervenir sur ces trois plans :

- en matière de **suivi du senior**, une première rencontre dès 65 ans, puis deux rencontres par an jusqu'à la phase de dépendance, permettraient de fournir des conseils et une aide à la réalisation des démarches nécessaires, administratives notamment (demandes de subventions, etc.). S'agissant de **la coordination des services**, la définition du plan de vie de la personne en lien avec le médecin traitant et le coach de vie permettraient de mieux anticiper ses besoins, et de proposer les services les plus adaptés à la situation selon la phase de vie. Le moniteur de services aiderait aussi à la gestion de l'intervention de différents prestataires de services à la personne. Enfin, sur le plan du **contrôle de la qualité des services**, il assurerait la gestion des audits des services proposés à la personne. Afin d'optimiser la qualité de suivi des intervenants au domicile, il serait pertinent d'adosser ces prestations à un **système numérique de Care Management médico-social** permettant la saisie des informations relatives aux actions menées avec le senior. Ces informations remontées très simplement au travers d'interfaces mobiles (Tablettes, Smartphones) alimenteraient un tableau de bord associé au suivi du senior et partagé éventuellement avec les proches de la personne suivie. La qualité des interventions pourrait ainsi être évaluée en partie selon la pertinence constatée des informations saisies sur le lieu de vie du senior. Cette centralisation du dossier grâce à la captation numérique des épisodes d'intervention serait également d'une grande utilité pour la coordination des intervenants sur une longue période ;
- le moniteur de service serait une **personne salariée d'un organisme de pilotage de l'intégration de services à la personne**, qui définirait les grandes orientations de prévention, optimiserait l'usage des flux financiers, encadrerait les coaches de vie et assurerait le contrôle de la qualité des prestations. Une formation et un diplôme agréés par l'État (diplôme paramédical) seraient à créer, accessibles après deux ans d'études post bac donnant un niveau équivalent au BTS. La gériatrie, la connaissance du secteur social et médico-social et les nouvelles technologies seraient les principaux domaines de formation ;
- la mise en place du moniteur de services pourrait être **le pivot d'un système d'intégration des services**, qui permettrait **en amont** de mieux gérer les flux financiers liés au vieillissement, et **en aval** d'améliorer le bien-être des seniors, de retarder le basculement dans la dépendance, et de réduire les hospitalisations indues.

ILLUSTRATION 3 – LES SYSTÈMES DE CARE MANAGEMENT À L'ÉTRANGER

Plusieurs pays tels que le Japon, la Suède, le Canada, l'Allemagne ou encore le Danemark ont développé des systèmes de care management permettant de coordonner et / ou d'auditer les prestations de services reçus par les personnes âgées dépendantes.

Exemples de pays ayant mis en place un système de « care management »

	Responsabilités du « care manager »				Employeur	Date de création
	Évaluation de la situation	Définition du plan d'aide	Coordination des services	Contrôle de la qualité des services		
	✓	✓	✓	✓	Municipalité	Années 1990
	✓	✓	✓	✓	Community Care Access Centres (organismes publics)	1996
	✓	✓	✓	✓	Municipalité	2000
			✓		Caisse d'assurance	2009
	> Réalisée par un « care assessor »	> Réalisée par un « care assessor »	✓		Municipalité	

Au **Japon**, la fonction de care manager (coordinateur / auditeur) a été instituée en 2000 parallèlement à la mise en place d'un système d'assurance dépendance géré par les municipalités. Le Japon compte cinq millions de personnes dépendantes.

Le **care manager** (coordinateur / auditeur) fait le lien entre la personne dépendante et les prestataires de services à la personne. Il remplit quatre fonctions principales :

- l'**évaluation des besoins** des personnes en coordination avec une équipe d'experts et le médecin traitant,
- la **définition** du **plan de services** et de **soins**,
- la **coordination des prestations** reçues,
- le **contrôle** de la **qualité** des prestations.

Le métier de moniteur de services, en permettant de mieux coordonner et organiser les services dans un secteur caractérisé par la multiplicité des acteurs et la complexité des aides, et en facilitant certaines démarches pour le senior, **s'inscrit parfaitement dans la logique de simplification poursuivie par le gouvernement.**

Proposition n° 2 – Généraliser l'accompagnement par un coach de vie

Au-delà d'une meilleure coordination des services en faveur du bien vieillir à domicile, une meilleure qualité de ces services est un enjeu clé. Afin de prévenir et anticiper les risques de santé et l'entrée en dépendance du senior, l'accompagnement dans la durée, avant et pendant sa phase de dépendance, et lui assurer des services de qualité l'accompagnement par un coach de vie pourrait être généralisé, sous conditions de ressources.



Le coach de vie interviendrait sur **trois plans** : les besoins de la personne, la vie quotidienne à domicile, et le lien avec le médecin traitant. Sur le premier plan il s'agirait d'être attentif aux **besoins psychologiques et cognitifs** de la personne dans un souci de prévention, en assurant une implication dans la durée auprès de la personne (rotation faible ou nulle). **Les besoins physiques** de la personne seraient également pris en compte le cas échéant, à travers une aide pour les actes essentiels de la vie quotidienne (se lever, s'habiller, se laver) et les soins de base. En matière de **vie quotidienne à domicile**, le coach de vie serait impliqué dans la gestion de la maison, les courses et la préparation des repas, et plus largement le maintien d'une continuité dans les services proposés à la personne.

Enfin, le coach de vie aurait un **rôle d'information et d'alerte envers le médecin traitant et les aidants**. Le développement exponentiel des objets connectés au service de la personne est de nature à optimiser le suivi du senior. La présence d'un coach de vie – essentielle au bien-vieillir à domicile, pourrait utilement être complétée par des dispositifs numériques capables à la fois de capter des situations de danger, d'alerte ou simplement d'informer le senior sur la nécessité d'effectuer une action propice à son bien-être ou à son protocole de soin. Cet équilibre entre l'accompagnement humain et un modèle de télésurveillance adapté permettrait d'assurer un maintien à domicile optimal et compatible avec le niveau d'autonomie du senior.

Polyvalent, afin d'éviter au maximum la multiplicité des intervenants à domicile, le coach de vie aurait une **formation d'aide-soignant associée à une formation qualifiante** (formation de technicien) qui lui conférerait des compétences dans les domaines des soins infirmiers, de la gériatrie, de la diététique etc. ainsi qu'une aisance avec les nouvelles technologies et la capacité à gérer une maison. Une filière professionnelle pourrait être créée, et les coaches de vie pourraient être salariés ou indépendants. Sans astreinte de veille (prise en charge par la technologie, les aidants ou la famille), ils seraient payés 1 900 euros net / mois, soit 25 € de l'heure (charges comprises) contre 20 € pour une auxiliaire de vie. Un audit annuel de leur activité serait réalisé *via* le moniteur de services.

Le suivi du coach de vie et du moniteur de services permettrait de retarder l'entrée en dépendance et ainsi de **réduire les dépenses de l'État**. Un rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie (HCAAM) de 2011 estimait à deux milliards d'euros le surcoût de l'hospitalisation induite des personnes âgées¹².

7/7

12 « Ainsi, en se limitant aux six états pathologiques qui concernent particulièrement les personnes âgées en perte d'autonomie, un calcul extrêmement schématisé montre que si la durée de séjour des personnes âgées hospitalisées avait, sur l'ensemble du territoire, le profil (au demeurant, déjà fortement croissant !) qu'il a dans les territoires où il est le mieux maîtrisé, il en résulterait une diminution d'environ trois millions de journées d'hospitalisation, que l'on peut valoriser, sur les pathologies en question, à environ deux milliards d'euros ». Extrait du rapport *Assurance maladie et perte d'autonomie*, HCAAM, 23 juin 2011.