



BANQUE des
TERRITOIRES



Maintien à domicile :
vers des plateformes
numériques de services

PRÉFACE

L'année 2019 a été rythmée par une série de débats et de rapports sur les solutions les plus adaptées au défi du vieillissement.

A l'initiative du gouvernement, les travaux de préparation de la loi Grand âge et Autonomie, attendue pour 2020, ont été foisonnants : solvabilisation des personnes âgées et de leur famille face au risque de perte d'autonomie, attractivité des métiers du grand âge, modernisation des solutions de prise en charge au domicile et en hébergement collectif, politique de prévention et d'appui au bien vieillir, tous ces sujets majeurs ont été largement évoqués.

Parmi eux, la conviction qu'il y a place pour une rénovation profonde de notre modèle d'hébergement et d'accompagnement du grand âge a conduit à proposer, depuis quelques années déjà, l'ambition d'un « EHPAD hors les murs ». Mais de quoi s'agit-il exactement ? Quelles en sont les composantes ? En clair, est-ce plus qu'un concept ?

Fidèle à sa mission et à la feuille de route stratégique que lui a fixée son directeur général, Eric Lombard, pour lutter contre les fractures territoriales et les inégalités sociales, la Caisse des Dépôts (CDC) a souhaité soutenir la réflexion collective, dans le prolongement de sa première contribution au rapport que Dominique Libault a remis à la ministre des Solidarités et de la Santé en mars 2019.

La mission confiée par la Caisse des Dépôts au cabinet ALOGIA a eu pour ambition de réunir les éléments de connaissance sur l'« EHPAD hors les murs », de vérifier, au-delà d'une revue de littérature, s'il en existait des modèles pertinents sur le territoire et, en considérant les attentes de la personne âgée et de ses proches, de s'interroger sur la généralisation/amélioration des expérimentations existantes.

Les travaux qui font l'objet de la présente publication sont une invitation à l'innovation et à la réinvention des services autour de la personne vieillissante. Nous espérons qu'ils contribueront à faire partager largement l'envie de créer les solutions urgentes auxquelles aspirent nos concitoyens âgés et ceux qui travaillent auprès d'eux.

La Caisse des Dépôts, au cours de cette année 2020, sera attentive à apporter son concours à la rénovation en profondeur de la politique du grand âge. Elle s'est organisée, dans le cadre de son rapprochement avec La Poste, pleinement intégrée désormais au groupe Caisse des Dépôts, pour faire du chantier du bien vieillir une de ses priorités stratégiques, dans une approche combinant soutien à l'investissement, proposition de nouveaux services et actions de proximité.

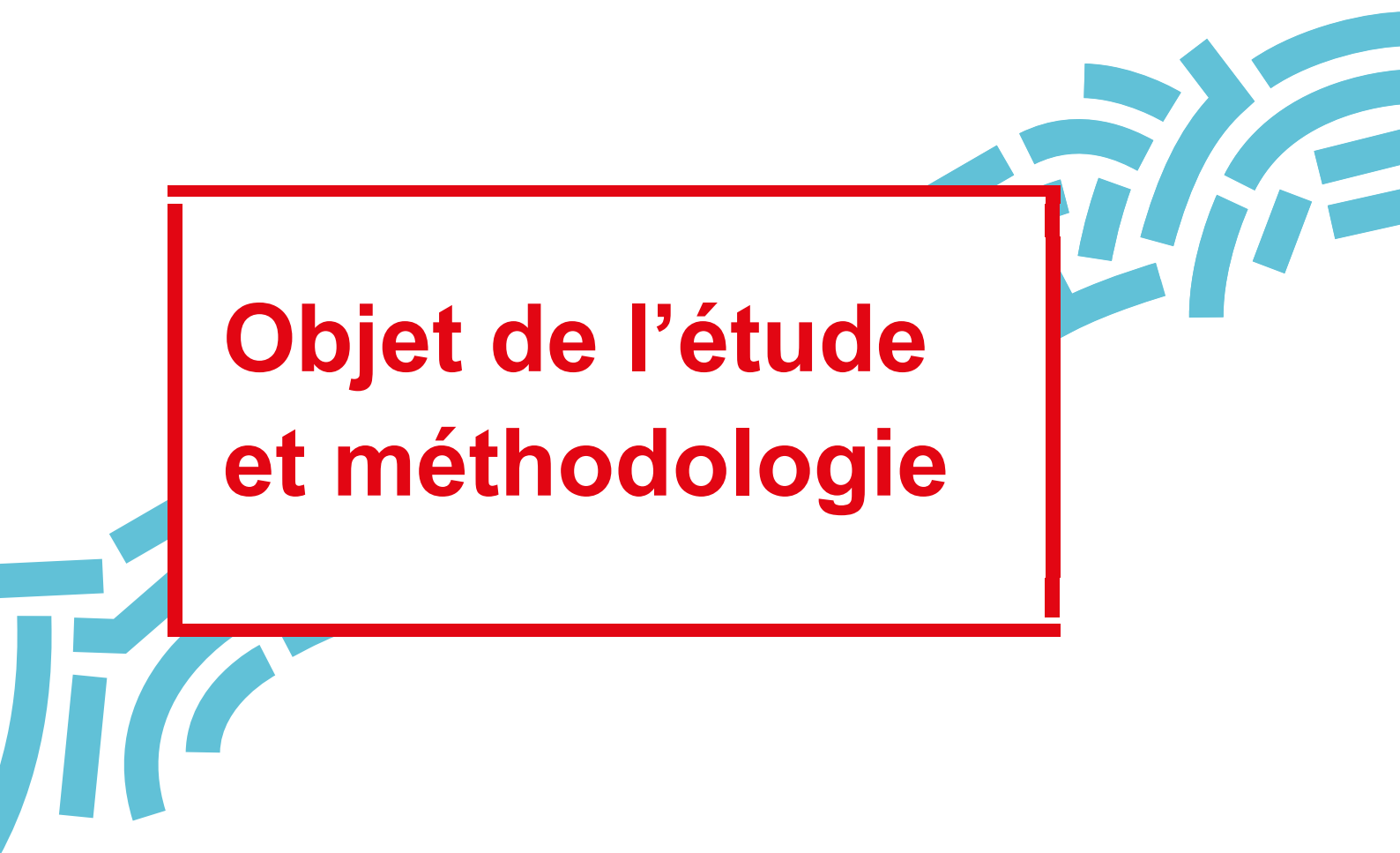
Un remerciement particulier au cabinet ALOGIA pour la qualité de cette étude, ainsi qu'à Virginie Trosset et Héliéo Costa-Elias qui ont consacré, avec enthousiasme, beaucoup de leur temps à l'organisation de ces travaux.

Laure de la Bretèche,
Directrice déléguée Retraites et solidarité,
coordinatrice Grand âge pour la Caisse des
Dépôts

SOMMAIRE

Objet de l'étude et méthodologie	5
Cadre et objet de l'étude	6
Méthodologie et déroulement de l'enquête	6
Analyse et résultats	7
1. Transitions démographique et numérique : constats et enjeux	8
1.1 Accélération du vieillissement à échéance 2030-2040 avec des évolutions contrastées dans les territoires dans un contexte économique et des finances publiques moins favorables.	8
1.2 Aspiration massive en faveur du vivre chez soi chez les seniors, notamment les baby-boomers, plus attachés à leur autonomie et à leur liberté de choix	11
1.3 Le développement d'une filière de services d'aide à la personne en environnement numérique, un levier pour répondre à ces défis	13
2. « EHPAD hors les murs », de quoi parle-t-on ?	15
2.1 Une diversité d'appellations qui ne facilite pas leur identification	15
2.2 Des initiatives protéiformes, à tous les niveaux	16
2.3 Des initiatives récentes en phase de démarrage ou d'expérimentation	17
3. Les acteurs institutionnels de l'écosystème intervenant en soutien aux dispositifs innovants de renforcement du maintien à domicile	18
3.1 Les autorités de régulation	18
3.1.1 Agence Régionale de Santé	18
3.1.2 Département	19
3.2 Les autres collectivités territoriales	20
3.2.1 Commune et EPCI	20
3.2.2 Région	21
3.3 Les Caisses de retraite et de prévoyance	21
4. Des démarches protéiformes mais trois concepts qui se dégagent avec des points communs et des divergences	23
4.1 Présentation des actions recensées	23
4.2 Publics cibles, besoins et offre de services	32
4.2.1 Des publics cibles différents selon le type de porteurs d'action	32
4.2.2 Les publics cibles et leurs besoins	32
4.2.3 Des offres de services diverses selon les publics cibles, les métiers des porteurs d'action et les partenariats construits sur le territoire	33
5. Le rôle du numérique dans les dispositifs de renforcement du maintien à domicile	38
5.1 Un accès simplifié à l'information pour les usagers	38

5.2	Accompagnement à distance du parcours de soin et de vie	40
5.3	Suivi et gestion des situations à risque et d'urgence	40
5.4	Partage de l'information et coordination entre les services et les professionnels	41
6.	Des modèles économiques, juridiques et d'organisation en recherche	45
6.1	Modèles économiques des offres de services de renforcement du maintien à domicile	46
6.1.1	<i>Pour les services courants et une bonne partie des offres complémentaires, le modèle économique peut s'appuyer sur les financements de droit commun ou des aides extra-légales</i>	46
6.1.2	<i>Le modèle économique des démarches EHPAD hors les murs n'est pas viable hors financements dérogatoires (ARS, collectivités, conférences des financeurs, mutuelles)</i>	47
6.2	Les expérimentations portées par les collectivités posent des problèmes de modèles juridiques et économiques	48
7.	Les modèles d'organisation : modèle intégré vs externalisé coordonné	52
8.	La coordination des interventions à domicile et le modèle de référent unique, « Care Manager »	55
8.1	Le Care manager : un rôle essentiel, pour les seniors et leurs aidants	55
8.2	Le « Care Manager », un métier à mieux définir et valoriser	59
ANNEXES		68
Bibliographie		68

Abstract blue curved lines, resembling stylized waves or a modern logo, are positioned in the background of the slide, primarily on the right and bottom left sides.

Objet de l'étude et méthodologie

Cadre et objet de l'étude

Le groupe Caisse des Dépôts et ses filiales constituent un groupe public au service de l'intérêt général et du développement économique des territoires. Le groupe est très impliqué dans l'accompagnement des transitions démographique et numérique. Son positionnement sur ces deux sujets s'inscrit dans la continuité de ses engagements d'intérêt général, sa vision des enjeux à long terme et son ancrage territorial. Il a notamment pour objectif de (i) favoriser les innovations, notamment numériques, pour répondre aux besoins des seniors et des personnes âgées dans leurs parcours et lieux de vie, et (ii) contribuer à l'émergence de nouveaux modèles économiques et organisationnels, et au financement des offres les plus pertinentes.

La Banque des Territoires du groupe Caisse des Dépôts a mandaté en novembre 2018 le cabinet ALOGIA Groupe, une société d'études et de conseil spécialisée dans l'accompagnement des professionnels sur le marché de la Silver Économie, pour réaliser une étude d'évaluation des dispositifs expérimentaux qui se sont développés en France sous de la terminologie « EHPAD hors les murs ». L'objectif était :

- De réaliser un état de l'art et d'identifier les bonnes pratiques, de comprendre leurs contextes et leurs enjeux, notamment sanitaires et médicosociaux, auxquels elles tentent de répondre ;
- De démontrer leur caractère innovant par rapport à l'offre existante, en particulier le rôle du digital dans leur mise en œuvre ;
- Et d'en dégager les facteurs clés de succès, les freins et les risques potentiels.

Enfin, la Banque des Territoires a prévu de diffuser (publication) les résultats de cette étude afin de répondre aux questions et de susciter l'intérêt des différentes parties prenantes à ce type de démarche.

Méthodologie et déroulement de l'enquête

Afin de mener à bien cette mission, le cabinet ALOGIA a sollicité la contribution de différentes parties prenantes : porteurs d'action et projets, partenaires professionnels et techniques, Agences Régionales de Santé, départements, autres collectivités, institutions, groupements professionnels, entreprises, experts. L'enquête réalisée s'est appuyée sur :

- **Une étude Benchmark** des expérimentations « EHPAD hors les murs » et des modalités innovantes d'organisation des services à domicile en France et à l'international
- **Un questionnaire** adressé à toutes les ARS de France et DOM
- **Des entretiens qualifiés** avec :
 - 15 porteurs de projets d'« EHPAD hors les murs » et autres modalités innovantes d'organisation des services à domicile
 - 5 Collectivités (4 Départements et 1 Commune)
 - 7 fournisseurs de solutions numériques
 - 17 acteurs institutionnels et groupements professionnels
 - 4 centres d'expertise du vieillissement.
- **Une compilation et analyse documentaire** (textes de loi, parutions d'appels à projets, rapports d'études, articles scientifiques, actualités)

La liste nominative des entretiens, ainsi que les questionnaires, sont présentés en annexe du rapport.

Cette étude a été réalisée sous la direction de Alexandre PETIT, Président ALOGIA et Mohammed MALKI, Directeur Conseil associé ALOGIA.

An abstract graphic element consisting of several overlapping, curved, blue lines that form a complex, woven pattern, resembling a stylized knot or a series of interlocking loops. It is positioned on the right side of the page, partially behind the red box.

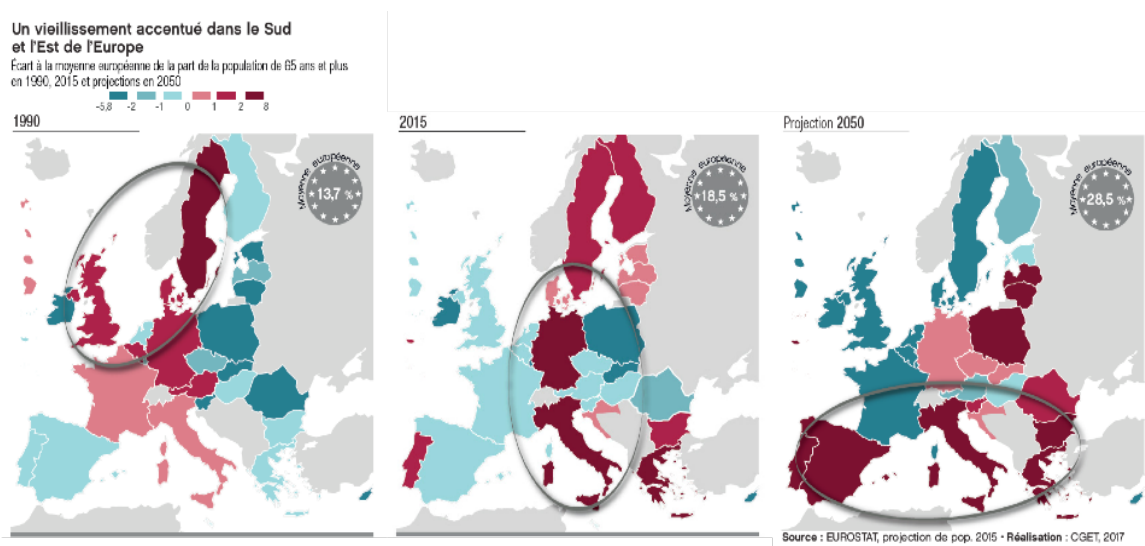
Analyse et résultats

1. Transitions démographique et numérique : constats et enjeux

1.1 Accélération du vieillissement à échéance 2030-2040 avec des évolutions contrastées dans les territoires dans un contexte économique et des finances publiques moins favorables.

Le vieillissement, mesuré par la part des 65 ans et plus (et des 80 ans et plus), est un phénomène mondial, en particulier dans les pays développés et plus récemment émergents. C'est là un des enjeux majeurs de ce nouveau siècle. En France, le vieillissement démographique est une donnée réelle et durable pour les 50 prochaines années. Toutefois, ses enjeux apparaissent relativement moins prégnants comparée à la situation du Japon et à celle de certains de nos partenaires européens, notamment du Sud et de l'Est.

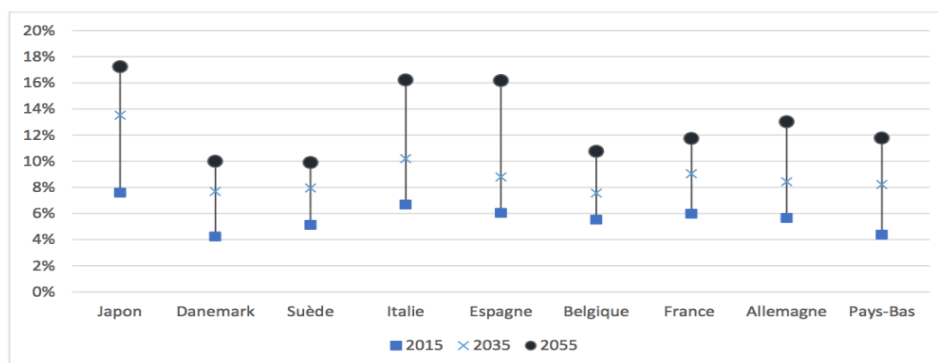
Figure 1 - Écart à la moyenne européenne de la part de la population de 65 ans et plus en 1990, 2015 et projections en 2050



Source : Eurostat, CGET, 2017

Néanmoins, l'accélération du vieillissement de la population française est prévisible à partir de 2025, en raison notamment de l'arrivée au grand âge des générations du baby-boom : la part des 80 ans et plus dans la population totale passe de 6 % en 2015 à 9 % à l'horizon 2035, et à 12 % à l'horizon 2055, soit le double en 40 ans.

Figure 2 - Évolution de la part des 80 ans et plus dans la population



Source : HCFEA, Politiques de soutien à l'autonomie des personnes âgées, mars 2019.

La France vieillit et le défi du vieillissement est devant nous. Cette évolution prévisible nécessite des réponses à la fois suffisantes quantitativement et qualitativement dans un contexte économique moins favorable, en particulier des finances publiques. D'autant plus que, si les Français bénéficient d'une espérance de vie parmi les plus élevées au monde et en Europe, ce n'est pas le cas de l'espérance de vie en bonne santé¹.

Cette transition démographique s'accompagne d'une transition épidémiologique. *Santé publique France* souligne dans son rapport de 2017 qu'« une très grande part de l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques est due au vieillissement de la population et à l'accroissement de l'espérance de vie² ». Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), « les maladies chroniques (cardiopathies, accidents vasculaires cérébraux, cancer, affections respiratoires chroniques, diabète) sont la toute première cause de mortalité dans le monde³ ». En outre, ces maladies chroniques et autres affections (motrices, sensorielles et cognitives) liées à l'avancée en âge entraînent pour les patients âgés des limitations fonctionnelles et une détérioration de leur santé nécessitant des soins de longue durée. Les personnes âgées de 80 ans et plus sont largement surreprésentées dans les dépenses de soins (consultations, soins, consommation de médicaments). Selon l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)⁴, 1,6 million de personnes de 80 ans et plus ont été hospitalisées en 2017, soit un taux d'hospitalisation de 395 personnes pour 1 000, contre une moyenne de 185 pour 1000 pour l'ensemble de la population. Taux et fréquence élevés d'hospitalisations, durée moyenne de séjour plus longue et sur-fréquentation des urgences, outre le coût élevé pour la collectivité, ces hospitalisations répétées font peser des risques accrus de perte de capacités (iatrogénie) pour les personnes âgées.

¹ « En 2017, les hommes se situent légèrement au-dessus de la moyenne européenne pour l'espérance de vie à la naissance qui s'établit à 78,3 ans dans l'UE-28 et légèrement en dessous pour l'espérance de vie sans incapacité qui atteint 63,5 ans. Pour les femmes, la situation est différente : l'indicateur d'espérance de vie à la naissance est au-dessus de la moyenne européenne établie à 83,5 ans, ce qui les classe au 2^e rang derrière l'Espagne ; celui de l'espérance de vie sans incapacité est légèrement supérieur au niveau européen (64,0 ans). », DREES, En 2018, l'espérance de vie sans incapacité est de 64,5 ans pour les femmes et de 63,4 ans pour les hommes, Études & Résultats, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Ministère des Solidarités et de la santé, numéro 1127, 2019.

² DREES, L'état de santé de la population en France, Santé publique France, 2017.

³ http://www.who.int/topics/chronic_diseases/fr/, consulté le 15/10/19.

⁴ ATIH, infographie : Hospitalisation chiffres clés 2017, 2017.

Figure 3 – Grand Âge et Autonomie : les chiffres clés

GRAND ÂGE ET AUTONOMIE : LES CHIFFRES CLÉS

Démographie



4,8 millions

de personnes de
85 ans et plus en 2050.

x3,2

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

Perte d'autonomie



2,2 millions

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

40% des personnes qui dé-
cèdent en France ont connu
la perte d'autonomie.

Dépenses publiques



30 Mds €

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

Métiers du grand âge



830 000 équivalents

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

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

Accompagnement à domicile



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

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

Accompagnement en EHPAD



21 % des personnes de plus
de 85 ans vivent en établis-
sement.

7 573 EHPAD accueillent
chaque année 608 000 rési-
dents.

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

Source : Dossier de Presse Grand Âge et Autonomie – 28 Mars 2019

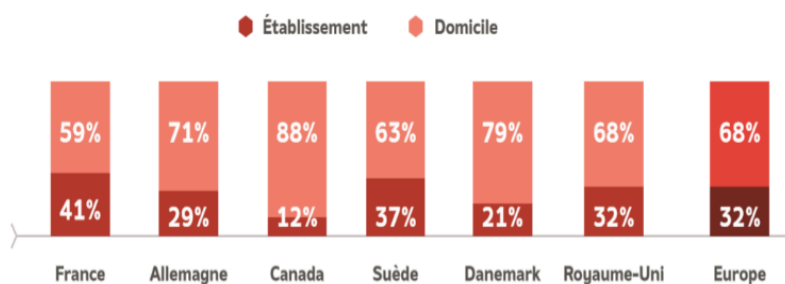
1.2 Aspiration massive en faveur du vivre chez soi chez les seniors, notamment les baby-boomers, plus attachés à leur autonomie et à leur liberté de choix

« Chez soi : le premier choix ! » : selon l'étude FESP⁵ commanditée à Sociovision et l'IFOP, en partenariat Saint-Gobain, Malakoff Médéric Humanis et l'IRSAP (2019), plus de 85% des Français souhaitent vieillir à domicile.

Cette aspiration massive à continuer à vivre à domicile et dans son environnement habituel est déjà une réalité pour 90 % des personnes âgées de 75 ans et plus. L'entrée en établissement médicalisé se fait de plus en plus tardivement, 86 ans et 8 mois en moyenne (Drees, Études & Résultats, 2017) et ne dure ainsi qu'un temps court (2 ans et demi en moyenne, mais une médiane de 1 an et 2 mois) associé de plus en plus à celui de la dépendance lourde, voire à la fin de vie. Et tout indique que cette tendance va se renforcer dans les prochaines années notamment avec l'arrivée au grand âge des baby-boomers plus attachés à leur autonomie, à leur bien-être et à leur liberté de choix.

Dans ce contexte, les établissements médicalisés (EHPAD, ESLD) devront recentrer leurs missions sur la prise en charge de la dépendance lourde, en particulier neurodégénératives (Alzheimer et maladies apparentées)⁶. Et ce d'autant plus que la France se distingue par un taux déjà très élevé d'hébergement en établissements spécialisés et par une trop forte concentration de l'offre d'hébergement dans le secteur médicalisé avec seulement 1 à 1,5 % des personnes âgées dépendantes résidant dans une structure non médicalisée (résidence autonomie, résidence services).

Figure 4 - Part des personnes en perte d'autonomie résidant en établissement



Source : Statistiques Bundesamt, Centre d'analyse stratégique 2015

Si le maintien à domicile est plébiscité par la grande majorité des personnes âgées et leurs proches, et considéré en France comme un élément essentiel des politiques publiques d'accompagnement de la perte d'autonomie, l'organisation des services de soins et d'aide est loin d'être optimale et efficiente. Elle est marquée notamment par une grande complexité du cadre légal et un enchevêtrement des responsabilités et de compétences en matière de gouvernance, de financement et d'organisation dans les territoires. De ce fait, les offres de services à destination des personnes âgées fonctionnent en tuyaux d'orgues étanches : personnes âgées autonomes / dépendantes ; sanitaire / médicosocial ; domicile / établissement spécialisé.

- Le domicile est partagé entre le soin (médecine de ville, hôpital, SSIAD, HAD) financé par l'assurance maladie, l'aide dans les actes de la vie quotidienne (SAAD, portage de repas, téléassistance) financée par l'État (crédit d'impôt), le département (APA, PCH) et la commune / intercommunalité (aide sociale facultative via leurs CCAS/CIAS) et les services de prévention et d'action sociale pour les personnes âgées autonomes (Gir 6 et 5) pris en charge par les caisses de retraite et de

⁵ Sociovision, Ifop, à la demande de la FESP en partenariat Saint-Gobain, Malakoff Médéric Humanis et IRSAP, Seniors : « Marché et habitat inclusif, quelle offre de services ? », 2019

⁶ Le niveau de perte d'autonomie et le besoin en soins des résidents continuent d'augmenter comme en témoignent les chiffres du Gir moyen pondéré (GMP) et du pathos moyen pondéré (PMP) : en 2017, le GMP moyen était de 726 contre 680 en 2010 ; le PMP moyen était de 213 contre 180 en 2010. CNSA, La situation des EHPAD en 2017, Analyse de la gestion des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et de la prise en charge des résidents, 2019

prévoyance. Les services à domicile sont en particulier éclatés en une myriade de structures de petite taille et de statuts hétérogènes (employeur particulier, mandataire et prestataire, opérateurs publics, associatifs et lucratifs). Enfin, leur modèle économique est mal assuré.

- L'accueil en établissement spécialisé est organisé de son côté en plusieurs types de structures (EHPAD, EHPA, ESLD, PUV) proposant des services (i) de soins financés par l'Agence Régionale de Santé (ARS), (ii) d'accompagnement dans les actes de la vie quotidienne par le département (APA, PCH) et (iii) d'hébergement financé essentiellement par les ménages qui peuvent bénéficier des aides de l'État (crédit d'impôt, allocations logement) et du département (aide sociale à l'hébergement). En outre, l'EHPAD propose d'autres services comme l'hébergement temporaire, l'accueil de jour ou de nuit, PASA, UHR, etc. financés par l'agence régionale de santé (ARS) et le département.

Cette organisation en silos génère un fort sentiment de complexité et une grande difficulté pour la personne âgée et ses aidants à s'orienter dans les dispositifs de soins et d'accompagnement, à identifier les interlocuteurs pertinents et à bénéficier d'un service adapté. Elle présente en particulier des frontières inadaptées aux situations individuelles vécues notamment lors d'événements de rupture (problème grave de santé, accident de la vie courante, hospitalisation, indisponibilité de l'aidant proche, etc) et ne répond pas suffisamment bien à l'aspiration de la personne âgée ou en perte d'autonomie de continuer à vivre chez elle et dans son environnement habituel. Enfin, la bipolarisation accrue de l'offre de services entre maintien à domicile versus accueil en établissement médicalisé ne répond pas à l'évolution des situations, des besoins et des attentes de la personne âgée dans son parcours de vie nécessitant des services adaptés, mixtes et communicants entre eux.

Rapport de synthèse du groupe de travail « Parcours des personnes âgées »

Concertation Grand âge et autonomie, 2019 (page 1).

« La présence quasi systématique d'un nombre élevé de pathologies, souvent chroniques, rend prioritaires les articulations dans la durée entre les soins cliniques et techniques d'une part, et l'accompagnement du maintien de l'autonomie d'autre part (soins « d'entretien », aides à la vie quotidienne). La prise en charge de la perte d'autonomie nécessite l'intervention de nombreux professionnels spécialisés, de santé ou intervenants sociaux, particulièrement à domicile. Les organisations et les pratiques des professionnels de santé et du social doivent donc évoluer en tenant compte de deux éléments fondamentaux : l'évolution des maladies chroniques et l'augmentation de leur nombre d'une part, et le caractère multidimensionnel des causes de la dépendance des personnes âgées (médicales, psychosociales, culturelles, environnementales et/ou économiques) d'autre part. Les réponses apportées à ces questions l'ont été presque toujours en silos, sans véritable intersectorialité sanitaire, sociale et médico-sociale, ou n'ont été coordonnées que de manière imparfaite ou partielle. Dès lors, nos organisations se doivent désormais d'être modifiées en profondeur et urgemment compte tenu de l'état actuel des perspectives démographiques, épidémiologiques et financières ».

Le constat est fait de la nécessité d'**adapter l'organisation sanitaire et médicosociale** pour faire face aux enjeux des transitions démographique et épidémiologique. Ainsi, depuis le début de cette décennie, plusieurs dispositifs publics ont vu le jour privilégiant la démarche « parcours de prise de soin » : PAERPA 2012, Stratégie nationale de santé 2015, loi Adaptation de la société au vieillissement 2015, Plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie, Ma santé 2022...

Ces dispositifs visent à assurer une prise en charge complète, fluide et coordonnée avec une graduation des interventions selon l'évolution de la situation et des besoins du patient chronique ou de la personne âgée en perte d'autonomie. Plus globalement, cette démarche préventive vise à agir sur l'ensemble des déterminants du bien vieillir : habitat, mobilité, nutrition, activités physiques, culture et loisirs, bénévolat, lien social...

1.3 Le développement d'une filière de services d'aide à la personne en environnement numérique, un levier pour répondre à ces défis

Une nouvelle économie se fait jour à l'échelle internationale appuyée sur de nouveaux modes de vie et de consommation, de nouveaux modes de production et de mise à disposition de solutions (biens et services) grâce notamment au développement de plateformes d'intermédiation digitales ou physio-digitales (Google, Apple, Alibaba, Airbnb, Booking, Uber, Amazon, Deliveroo, Blablacar, etc.). Ce changement de paradigme a des conséquences considérables sur les conditions de création de richesses, d'entreprises, d'emplois et de compétitivité entre les entreprises et les pays. Certains de ces acteurs (Google, Amazon...) ont fait leur entrée sur le marché de la santé (Amazon a notamment annoncé le lancement d'une clinique virtuelle pour ses salariés : Amazon Care en septembre 2019) et des services à la personne.

En France, de nouveaux acteurs disruptifs ont ces dernières années fait leur apparition sur le marché des services à la personne : des plateformes digitales d'intermédiation spécialisées ou généralistes, françaises (sefaireaider.com, clickandcare.fr) et d'origine étrangère (starofservice.com, stootie.com, helping.com). Les enseignes dotées d'un réseau d'« agence en dur » ne sont pas en reste : O2/Care service, Vitalliance (Nagora), Adhap services, A2Domicile, DomiDom, etc. Et les bancassureurs se dotent également de leurs propres plateformes comme la Banque Postale (Axéo et Domiserve), Crédit Agricole (Viavita), CNP (Age d'Or services), BNP Paribas (Tilia).

Le secteur des services de soins et d'aide à la personne, notamment aux seniors, connaît en France depuis plusieurs années une croissance significative et continue. Dans une période de crise économique, il reste l'un des rares secteurs économiques créateurs d'entreprises et d'emplois. Mais il peine à se structurer en véritable marché. Compte tenu de ces constats, les opérateurs du secteur ainsi que les pouvoirs publics doivent relever quatre défis :

- Répondre aux besoins croissants en soins et aide des patients chroniques, des personnes âgées fragiles et en perte d'autonomie, et des personnes en situation de handicap ainsi que de leurs aidants ;
- Favoriser la qualité de services et les innovations, notamment numériques ;
- Améliorer la qualité et l'attractivité des métiers de soins et d'aide à la personne ;
- Améliorer la performance des services.

Le développement d'une filière de services de soins et d'aide à la personne en environnement numérique pourrait être l'un des leviers décisifs pour répondre à ces défis et structurer le marché. L'enjeu est également de faire émerger un ou plusieurs opérateurs français compétitifs sur le marché national et à l'étranger, en particulier en Europe, marchés devenus matures et concurrentiels et qui commencent à attirer des géants internationaux.

Enfin, en France comme dans les autres pays impactés par le vieillissement et ses conséquences sanitaires, sociales et économiques, les politiques publiques d'accompagnement des personnes âgées s'articulent autour de six grandes orientations :

- La prévention de la perte d'autonomie ;
- La priorité donnée au soutien à domicile ;
- Le développement et la diversification de l'offre de services (services du « cure » et du « care ») ;
- Le partage des compétences entre le niveau national et l'échelon local avec le renforcement des responsabilités locales dans la conduite de la mise en œuvre des services ;
- L'importance donnée à la coordination et à l'intégration des interventions des acteurs, des services et des professionnels qui se partagent sur les territoires les compétences dans les champs sanitaire, médicosocial et social, de l'emploi et de la formation, du logement, des transports et de la vie sociale, etc. ;

- En cohérence avec les axes précédents, les nouvelles technologies, en particulier les outils numériques, sont considérées comme un levier indispensable pour l'optimisation de l'organisation (back et front office), l'intégration et la coordination des services.

Les récents travaux de concertation « Grand âge et autonomie » lancés par le Gouvernement et les propositions du rapport Libault confirment cette orientation stratégique en mettant au centre de l'action l'impératif de favoriser le maintien à domicile et le « parcours de vie et de soins ».

Les démarches expérimentales qui se sont développées en France ces dernières années sous l'appellation « EHPAD hors les murs » s'inscrivent dans ce contexte et cette perspective. Elles s'appuient fortement sur le numérique. À leur manière, elles tentent de répondre aux enjeux des transitions démographique, épidémiologique et numérique.

2. « EHPAD hors les murs », de quoi parle-t-on ?

Le point de départ de l'étude était de recenser et d'analyser les dispositifs expérimentaux qui se sont développés en France sous de la terminologie « EHPAD hors les murs ».

L'enquête benchmark en France nous a permis d'identifier d'autres types de dispositifs ou de modalités d'organisation proposant un « bouquet de services » de soins ou d'aide ciblant les personnes âgées en situation de fragilité ou de perte d'autonomie vivant à domicile et, dans certains cas, les personnes en situation de handicap ou les patients chroniques.

Une première analyse des données récoltées permet de dégager trois traits marquants des initiatives recensées en France :

- Une diversité d'appellations qui ne facilite pas leur identification ;
- Des initiatives protéiformes, à tous les niveaux ;
- Des initiatives récentes en phase de démarrage ou d'expérimentation.

2.1 Une diversité d'appellations qui ne facilite pas leur identification

S'agissant d'expérimentations récentes et qui se veulent innovantes, l'on constate une prolifération d'appellations que nous pouvons regrouper en deux catégories : les premières centrées sur l'EHPAD et les secondes sur le domicile.

Les premières : « EHPAD hors les murs », « EHPAD à domicile », « Maison de retraite à domicile », « EHPAD pôle ressources de proximité », « EHPAD pôle ressources gériatriques », « EHPAD pôle services gérontologique local », « EHPAD plateforme ressources », « EHPAD de demain », « EHPAD nouvelle génération » ...

Ces expressions peuvent susciter l'incompréhension chez bon nombre d'acteurs interviewés et parfois des positions divergentes.

Pour les uns, cette appellation peut prêter à confusion en reprenant une formule célèbre issue du mouvement antipsychiatrique des années 1960-70 : l'EHPAD n'est pas un « lieu d'enfermement » et les résidents âgés ne sont pas des « aliénés ». Reprenant certains éléments d'analyse et termes du rapport (2013) de Jean-Michel Delarue, contrôleur général des lieux de privation de liberté, d'autres considèrent que les EHPAD sont devenus des « lieux de privation de liberté » parce que le consentement des résidents âgés est loin d'être toujours plein et entier, et qu'une fois « placée en institution », la personne âgée perd sa liberté d'aller et de venir (portes fermées, unités fermées, digicodes, surveillance, dispositifs anti-fugue, etc.). Ce débat relancé régulièrement à la suite d'incidents graves (fugue, suicide, maltraitance...) relayés dans les médias est loin d'être clos tant les réalités sont complexes (pathologies neurodégénératives, tutelle) où le respect des libertés individuelles des résidents peut se heurter à l'obligation des établissements de les protéger⁷.

« EHPAD hors les murs », « EHPAD à domicile », etc., qu'est-ce à dire ? Apporter au domicile tout le nécessaire des services de soins, de sécurité, d'aide dans les actes de la vie quotidienne et le lien social pour des personnes âgées dépendantes, malades et isolées, comme dans un EHPAD ? Qui peut être contre une telle ambition ? Toutefois, l'EHPAD a mauvaise presse comme l'illustre les récentes polémiques et la naissance de l'expression « EHPAD bashing ». Né à la faveur des politiques publiques de médicalisation des années 2000, il s'est transformé progressivement en « lieu de soins » au détriment de ce qu'il doit être en premier, c'est-à-dire un « lieu de vie ». À cela, il faut ajouter les autres contraintes réglementaires et les normes d'hygiène et de sécurité, et plus globalement l'organisation des espaces et des temps individuels et collectifs, peu propices au maintien d'une vie « comme à la maison ». Bref, l'EHPAD souffre d'un problème d'image dans l'opinion publique, en particulier auprès des plus concernées : les personnes âgées et leurs familles. Après des années de signaux faibles, les

⁷ La loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement a renforcé les dispositions de protection des droits des personnes âgées et handicapées bénéficiaires d'un accompagnement social et médicosocial de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, en consacrant la recherche du consentement de la personne à être accueillie mais également la liberté d'aller venir en établissement.

grèves nationales très suivies de 2018 confirment le malaise croissant des professionnels et tout indique que le modèle actuel des EHPAD doit évoluer.

« EHPAD nouvelle génération », « EHPAD pôle ressources gériatrique », « EHPAD pôle services gérontologique local », « EHPAD plateforme ressources », toutes ces expressions tentent de traduire une même ambition : sortir de la mono-exploitation centrée sur la fonction d'hébergement permanent, s'ouvrir sur le territoire et devenir un « pôle ressources » capable de répondre aux besoins et aux attentes des personnes âgées fragiles et en perte d'autonomie, quels que soient leurs lieux de vie et situations personnelles et familiales. Pour les promoteurs de ce type de démarches, l'EHPAD possède des atouts déterminants pour jouer un tel rôle : densité géographique, compétences médicales, paramédicales et médicosociales, services vie quotidienne, capacités logistiques et administratives, et travail en réseau avec les autres services sur le territoire (urgences, hôpital, pharmacie, services de soins et d'aide à domicile...)

Toutefois, le défi est considérable en termes d'effectifs, d'organisation et de communication ; et le risque n'est pas moins réel de se heurter aux cloisonnements institutionnels, à la complexité des circuits de financements des services et de faire peser sur le modèle économique de l'EHPAD des services moins faciles à optimiser et à l'équilibre économique précaire.

D'autres appellations voient le jour :

« Services à domicile renforcés », « Plateforme de services pour le soutien à domicile », « Plateforme numérique pour le soutien à domicile », « Dispositif renforcé pour le soutien à domicile », « Dispositif innovant pour le soutien à domicile »

Ces appellations ont l'avantage de la clarté et leur accueil par le public est plus favorable : elles désignent des dispositifs innovants « domicilo-centrés » proposant des bouquets de services adaptés aux besoins et aux attentes des personnes âgées malades, fragiles ou dépendantes qui aspirent à continuer à vivre à domicile. Les services de soins et d'aide à domicile (SSIAD, SPASAD, HAD, SAAD, etc.) sont des candidats sérieux pour ce rôle d'opérateur de plateformes de services quand ils sont déjà actifs et reconnus sur leur territoire. Ils proposent une offre de soins et d'aide diversifiée et ont la taille requise. Ils ont de nombreux atouts : la culture de la prestation à domicile est dans leur ADN (relations clients, organisation, gestion des ressources humaines, management, capacités de réaction, marketing, communication) et ils ont l'habitude du travail en réseaux avec les autres opérateurs de services et acteurs du territoire (médecine de ville, maison de santé, hôpitaux, CLIC, MAIA, CCAS, collectivités, associations, etc.).

Certains opérateurs d'EHPAD du secteur privé lucratif et non lucratif (ex. Groupe SOS, Korian, DomusVi, Orpea, réseau Mutualité Française) s'engagent dans ce type de démarche en se positionnant sur plusieurs segments de la chaîne de valeur : soins de suite, soins et aide à domicile, résidences services, clinique psychiatrique, télémedecine, etc.

2.2 Des initiatives protéiformes, à tous les niveaux

D'abord, le contexte local et les enjeux de ces initiatives, en termes de besoins, d'équipements sanitaires et médicosociaux, d'offre de services à domicile, de réseaux professionnels et de pratiques de coopération et de partenariats, peuvent varier selon leurs territoires d'implantation (métropole, grande zone urbaine, zone périurbaine ou rurale). Elles visent dans certains cas à déployer une offre existante vers d'autres publics, de la compléter ou la renforcer par une plus grande proximité et une meilleure organisation, et dans d'autres cas, il s'agit véritablement d'une offre nouvelle.

Les initiatives recensées peuvent être portées par des acteurs divers : (i) des opérateurs d'EHPAD, (ii) de services de soins et d'aide à domicile (SSIAD, SPASAD, HAD, SAAD), issus des secteurs privés (lucratifs et non lucratif) et parfois lancées à l'initiative de collectivités, (iii) des communes/interco via leurs CCAS/CIAS et surtout par (iv) les départements. Elles diffèrent également au regard des publics ciblés : certes centrées sur les personnes âgées dépendantes, toutefois, certaines se positionnent plus largement sur le champ de l'autonomie (personnes âgées dépendantes et personnes en situation de handicap), d'autres encore s'adressent également aux patients chroniques ou en convalescence à domicile. Enfin, celles portées notamment par les départements ciblent également les seniors autonomes dans une logique de prévention. Toutes intègrent dans leurs cibles les aidants proches.

Le panel de services proposés peut varier selon la nature et les métiers du porteur du projet (collectivité, EHPAD, services de soins, d'aide, etc) : l'offre de services peut aller de l'information-orientation à une prise en charge plus ou moins complète allant du domicile à l'hôpital en passant par l'EHPAD, les soins et l'aide (en passant par des actions de prévention, d'évaluation gériatrique, de téléassistance, de télésurveillance médicale, de coordination, etc.) Ces initiatives se distinguent également par les partenariats noués, limités dans certains cas quand ils sont très étendus dans d'autres en fonction du panel de services proposés et des stratégies des porteurs (internalisation / externalisation des services, coopérations externes).

Enfin, leurs modèles économiques se cherchent : mobilisation des circuits de financement de droit commun pour les services habituels (assurance maladie, APA-PCH, crédit d'impôt), recours à des subventions publiques et privées spécifiques dans le cadre d'appels à projets (ARS, département, Carsat, Conférence des financeurs...) ou de partenariats B2B2C pour financer le coût des services innovants. Les bénéficiaires sont sollicités (reste à charge) selon les cas.

2.3 Des initiatives récentes en phase de démarrage ou d'expérimentation

Hormis un nombre restreint d'opérateurs anciens qui ont su mettre en place bien avant une stratégie de diversification de leur offre de services orientés vers le domicile, parmi les actions recensées par notre étude, plus de la moitié a vu le jour à partir de 2017. Les plus anciennes datent de 2015. De ce fait, il n'y a pas ou peu de retours d'expérience et aucune évaluation médico-économique n'était disponible au moment de notre enquête. D'où la difficulté de déduire des tendances visibles et déterminantes, de capitaliser sur les acquis d'expérience et proposer des modélisations réalistes.

La CNSA et la DGCS ont récemment mis au point (2019) deux outils d'analyses et d'évaluation d'un dispositif innovant de soutien renforcé à domicile afin d'apporter aux financeurs et aux porteurs de projets un cadre d'analyse harmonisé : profils des usagers accompagnés, contenu des services proposés, organisation de la production et économie du dispositif⁸.

⁸ Outils d'analyse multidimensionnels d'un dispositif renforcé pour le soutien à domicile de personnes âgées en perte d'autonomie, CNSA – DGCS, Mars 2019.

3. Les acteurs institutionnels de l'écosystème intervenant en soutien aux dispositifs innovants de renforcement du maintien à domicile

3.1 Les autorités de régulation

Les Agences Régionales de Santé (ARS) et les Conseils Départementaux (CD), autorités de régulation qui co-pilotent le secteur médicosocial, en particulier celui des personnes âgées en perte d'autonomie, jouent un rôle important dans l'émergence et le développement de projets innovants en faveur du renforcement du soutien à domicile. Les initiatives recensées l'attestent bien : certaines sont directement impulsées, d'autres soutenues dès le départ par l'ARS ou le CD, ou les deux à la fois. Dans tous les cas, ces initiatives doivent s'inscrire dans leurs stratégies, le plan régional de santé (PRS) pour les ARS et le schéma gérontologique pour les CD. Toutefois, notre analyse fait apparaître un positionnement distinct entre d'une part, celui des ARS, essentiellement engagées dans les démarches centrées sur l'EHPAD, et d'autre part, les départements, plus intéressés par les démarches types « plateforme de services de soutien renforcé à domicile ».

3.1.1 Agence Régionale de Santé

Dès nos premières recherches sur le sujet « EHPAD hors les murs », nous avons identifié le rôle prépondérant des ARS qui sont à l'origine de tous les appels à projets en faveur du déploiement des services de l'EHPAD vers le domicile des personnes âgées dépendantes. Elles apportent un soutien financier au déploiement de ces initiatives via l'article 51 de la loi PLFSS 2018 et du fonds FIR (fonds d'intervention régional).

Afin de réaliser un état de l'art, recenser les initiatives existantes et les projets, et identifier les ARS les plus engagées en faveur de ce type de démarche, un questionnaire a été adressé à toutes les ARS de France.

Notre étude benchmark nous a permis d'identifier 5 actions financées, dès le départ, par des appels à projets ARS :

- Diapason 92 ;
- EHPAD@DOM – Croix Rouge Bluelinea – 78 ;
- EHPAD Pôle ressource de proximité – Arpavie – Jarnac 16 ;
- M@DO – Fondation Partage et Vie – Tulle 19 ;
- Plateforme multi services pour personnes âgées dépendantes – Arpavie – Villiers-le-Bel 95.

L'analyse des appels à projets, des réponses au questionnaire et des entretiens réalisés avec les ARS met en évidence trois objectifs principaux :

- Renforcer l'offre de prise en charge à domicile des personnes âgées plus dépendantes et à la santé fragile, en particulier la nuit et le week-end, et lors de sorties d'hospitalisations ou d'absence de l'aidant ;
- Éviter les situations de rupture des prises en charge par une meilleure coordination des services de soins et d'aide ;
- Réduire les hospitalisations évitables et/ou inadéquates, ainsi que leurs conséquences sur la santé et l'autonomie des personnes âgées fragiles et les entrées précoces ou par défaut, en établissement médicalisé.

Ces objectifs s'inscrivent bien dans le cadre des orientations des politiques de santé publique que les ARS, créées par la loi HPST (2009)⁹, dressent dans leur Plan régional de santé (PRS). L'impératif de fluidification des parcours de santé, notamment des personnes âgées à la santé fragile ou en perte d'autonomie, est au cœur de ces orientations. En outre, l'analyse des appels à projets et des entretiens avec les ARS fait apparaître une vision nouvelle de la place et du rôle de l'EHPAD sur son territoire. En effet, l'« EHPAD de demain » ne doit plus être enfermé sur ses missions traditionnelles centrées sur l'hébergement permanent. Il doit au contraire devenir un « pôle ressources territorial » agissant en renfort du maintien à domicile et de la fluidité des parcours de prise en charge des personnes âgées en mettant à leur disposition des services adaptés quels que soient leurs lieux de vie et situations personnelles et familiales.

Dans cette optique, l'« EHPAD pôle ressources territorial » doit apporter une amélioration tangible de la coordination des services à domicile en favorisant des partenariats et des coopérations externes avec d'autres opérateurs de services sur leurs territoires. Par ailleurs, de telles démarches d'ouverture sur le domicile sont considérées comme un levier d'amélioration des conditions de travail des professionnels des EHPAD (atténuer le phénomène d'usure) et plus généralement de valorisation des carrières médicosociales (diversification des parcours professionnels, formations).

Enfin, concernant la place des technologies et en particulier du numérique, les ARS interviennent pour accompagner les EHPAD dans leur transition numérique (système d'information, logiciels métiers, dossier personnel numérique, solutions de gestion des risques, partage des informations, téléconsultation, téléexpertise, formation des personnels, etc).

3.1.2 Département

Conforté par la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales, dite acte II de la décentralisation, dans son rôle de chef de file de l'action sociale et médicosociale, le département est chargé de définir et de mettre en œuvre les politiques publiques en direction des publics vulnérables (enfance et familles en difficulté, handicap, insertion, dépendance). Cette compétence a été reconduite par la réforme territoriale (NOTRe, du 7 août 2015). À ce titre, il co-pilote avec l'ARS les politiques publiques en direction des personnes âgées en perte d'autonomie : autorisation, financement et contrôle des établissements et des services sociaux et médicosociaux sur son territoire. En outre, la loi adaptation de la société au vieillissement (29 décembre 2015) a créé un nouveau dispositif « Conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie » (CFPPA) et a confié au département son co-pilotage avec l'ARS. Ainsi, en partenariat avec les membres des CFPPA (caisses de retraite et de prévoyance, Mutualité Française, Agence nationale de l'habitat, communes et intercommunalités), le conseil départemental intervient désormais auprès des personnes âgées autonomes (Gir 6 et 5) qui ne relevaient pas de sa responsabilité et sur des aspects non strictement médicosociaux : adaptation du logement, aides techniques, activités du bien vieillir, prévention, culture, citoyenneté, lien social, etc.

Ainsi, le département, avec ses nouvelles missions élargies, est potentiellement en capacité d'assumer une fonction d'ensemblier des réponses de proximité, en lien et dans le respect des compétences de ses partenaires, notamment les communes (et EPCI) et les caisses de retraite et de prévoyance. Pour ce faire, il dispose de plusieurs atouts :

- Une échelle territoriale suffisamment large pour générer et optimiser les moyens financiers et d'ingénierie, les mettre à la disposition des collectivités de son territoire,
- Une échelle territoriale suffisamment resserrée pour permettre une évaluation des besoins au plus près de la personne, et conduire une politique de proximité.

En intégrant les politiques sociales, notamment du handicap et du vieillissement, au sein d'un service plus large de l'autonomie, il a de fortes capacités d'action en transversalité et de mobilisation des acteurs du territoire (services publics, collectivités, opérateurs de services, bailleurs sociaux, prescripteurs et financeurs, emploi, formation, associations d'usagers).

Dans ce cadre, et contrairement aux ARS, le département est davantage intéressé par des démarches territoriales centrées sur le domicile et non sur l'EHPAD qui n'est qu'un élément de l'offre, qui plus est

⁹ LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, NOR: SASX0822640L

de fin de parcours de vie. Toutefois, comme pour les ARS, ce potentiel d'intégration de l'offre à travers la mise en place de plateforme associant établissement et services de soins et d'aide à domicile, trouve ses limites dans les cloisonnements et la multiplicité des régimes et des circuits de financement des services (EHPAD, SAAD, SSIAD, SPASAD) et la double régulation ARS/CD.

Notre étude benchmark nous a permis d'identifier trois actions de ce type portées ou impulsées par les départements :

- Isère@Dom, département de l'Isère (38) ;
- Plateforme numérique en faveur du bien vieillir, département de La Moselle (57) ;
- XL Autonomie, département des Landes (40).

Ce recensement n'est pas exhaustif, loin de là. En effet, contrairement aux ARS, nous n'avions pas prévu l'envoi du questionnaire à tous les départements. Toutefois, le travail de benchmark nous a permis de repérer d'autres départements manifestant leur intérêt pour ce type de démarches : Ardèche (07), Drôme (26), Loire-Atlantique (44), Mayenne (53), Haute-Savoie (74), Yvelines (78), Hauts-de-Seine (92) et Val d'Oise (95).

Les directions de l'autonomie avec lesquelles nous avons eu des entretiens (4 départements) expriment les enjeux ainsi :

- L'accélération prévisible sur leurs territoires des effectifs des personnes âgées et en particulier celles en situation de fragilité et de perte d'autonomie nécessitera de lourds investissements en équipements et en services (EHPAD et domicile) hors de portée des finances publiques, en particulier locales ; d'où la nécessité d'anticiper et de concentrer les ressources nouvelles sur le maintien à domicile, une priorité affirmée ;
- Développer une logique proactive et globale en faveur du bien vieillir à domicile : prévention santé en intégrant les soins, les accompagnements et l'aide en continuité du parcours de vie de la personne, mais également en agissant en amont et en aval sur les autres déterminants de la santé et de l'autonomie : information orientation, accès aux droits et aux services, adaptation et sécurisation de l'habitat, aides techniques, activités physiques, sociales et culturelles, aide aux aidants proches, coordination des services, etc. ;
- Faire du vieillissement un levier d'aménagement et de développement économique des territoires : maintien et création de services, d'entreprises et d'emplois (économie servicielle) dans les territoires, innovation et soutien du marché de la Silver économie grâce à une politique publique en faveur de la diffusion (achat public, subventions) des solutions numériques dans les services à domicile et en établissements.

Ces démarches territoriales innovantes peuvent trouver un écho favorable dans certaines propositions et scénarios en matière de réforme de la gouvernance de la politique grand âge. Notamment celles développés par le rapport Libault qui confortent le Conseil Départemental dans son rôle de chef de file de la mise en œuvre, en proximité, des politiques publiques d'accompagnement des personnes âgées (dans leur parcours de vie et de santé à domicile comme en établissement).

3.2 Les autres collectivités territoriales

3.2.1 Commune et EPCI

Les communes et leurs EPCI sont des acteurs historiques de l'action sociale de proximité et malgré le transfert de cette compétence au département, elles jouent encore un rôle non négligeable grâce à l'aide extra-légale pilotée via leurs Centres d'action sociale (CCAS / CIAS). Elles interviennent en faveur des publics vulnérables (enfance, jeunes et familles en difficulté, personnes en situation de précarité, de handicap ou en perte d'autonomie, etc). Elles sont au cœur de l'écosystème du vieillissement grâce à leurs compétences variées : urbanisme, habitat, transports, services publics, services de proximité, soins, équipements socioculturels, de loisirs et de sports, communication, sécurité, vie sociale, etc. Elles mènent au quotidien des actions de prévention et d'accompagnement en faveur des personnes âgées : information, animation d'ateliers, portage de repas, téléassistance, services à domicile, gestion d'établissements d'hébergement, aide sociale, soutien aux proches aidants, lutte contre l'isolement, la

maltraitance et la fracture numérique, sécurité et participation à la vie de la cité, lien intergénérationnel. De nombreuses communes et leurs EPCI s'engagent dans la démarche promue par l'OMS « Villes amies des aînés »¹⁰.

Dans un secteur qui connaît d'importants mouvements de concentration et de regroupements afin de répondre aux contraintes du marché (performance, taille critique) et aux exigences des autorités de régulation (normes, réglementations, professionnalisation, qualité), les communes/EPCI s'interrogent sur l'avenir de leurs services personnes âgées. La démarche « plateforme de services » pourrait constituer une réponse à cet enjeu de restructuration des services, dans une logique de filière intégrant l'ensemble des services sociaux et médicosociaux (domicile, résidence autonomie, EHPAD).

L'enquête benchmark a permis d'identifier deux actions portées par une commune via le CCAS :

- EHPAD Biscarrosse Pôle Domicile, ville de Biscarrosse (40) ;
- Solidarité Versailles Grand Âge, ville de Versailles (78).

3.2.2 Région

Les régions n'apparaissent pas comme un acteur territorial d'importance en matière des politiques publiques du grand âge, pourtant, elles interviennent dans des domaines décisifs qui les conditionnent sur le terrain : aménagement du territoire, infrastructures, réseaux et équipements (santé, transports, etc), urbanisme et habitat, développement économique, innovation, etc. Plus particulièrement, elles jouent un rôle important dans le domaine de l'emploi et de la formation. Depuis 2004, elles sont chargées des formations sanitaires et sociales¹¹. La loi NOTRe (2015) a introduit la possibilité de délégation aux régions de l'animation des opérateurs du service public de l'emploi (missions locales, maisons de l'emploi, Cap emploi, PLIE...), à l'exception de Pôle Emploi. Depuis 2013, grâce au lancement de la filière Silver Économie, les régions se sont vues projetées en première ligne dans le renouvellement du regard sur le vieillissement et des politiques publiques du grand âge. Et leur rôle dans le développement de la Silver Économie dans les territoires est aujourd'hui reconnu.

Enfin, elles ont les ressources (contrat État-région, Fonds européens) et la taille indispensable (économie d'échelle depuis leur reconfiguration en 13 régions) pour aider la Silver Économie à se développer et le secteur des services sociaux et médicosociaux à se restructurer afin d'améliorer sa performance économique et la qualité des emplois. Gestionnaire des fonds européens (FEDER, FSE, etc.), la région est à même de soutenir la participation des acteurs locaux aux programmes européens qui touchent la santé, le vieillissement et l'innovation¹².

Notre étude benchmark nous a permis d'identifier une action soutenue par la région Auvergne Rhône-Alpes :

- Isère@Dom, région ARA

3.3 Les Caisses de retraite et de prévoyance

Les caisses de sécurité sociale, en particulier leurs branches retraite et prévoyance, sont des acteurs historiques¹³ et importants du bien vieillir. Elles ont à leur actif plusieurs atouts : 1) connaissance des retraités (données le plus complètes sur le parcours de vie) et capacité de repérage des retraités les plus fragilisés¹⁴ ; 2) une approche globale du vieillissement et actions communes (Inter-régimes : CNAV, MSA et ex. RSI, partenariat avec AGIRC ARRCO) dans les territoires. Elles interviennent, via leur fonds

¹⁰ Villes Amies des Aînés : une initiative lancée par l'OMS en 2017. Un réseau mondial des villes amies des aînés a été lancé en 2010 (il regroupe 500 villes dans 37 Pays). Depuis 2012, il existe un réseau Francophone Ville Amies des Aînés.

¹¹ Les métiers concernés sont : infirmier.e, aide-soignant.e, ambulancier.e, sage-femme, masseur.euse-kinésithérapeute, assistant.e de service social, éducateur.trice spécialisé.e, etc.

¹² Partenariat européen d'innovation pour un vieillissement actif et en bonne santé (PEIAHA), Active and Assistant Living (AAL), ITHACA, Horizon 2020, Programme InterReg Europe.

¹³ Les caisses de retraite et de prévoyance finançaient l'aide à domicile avant la mise en place de l'APA dont le financement est assuré par la CNSA et les départements qui en sont les gestionnaires.

¹⁴ Observatoires des situations de fragilité créés par la CNAMTS et la CNAV (CARSAT), par ailleurs, les caisses sont destinataires des demandes d'aide et peuvent réaliser des évaluations à domicile, autant d'outils leur permettant un meilleur ciblage de leurs actions d'aide à la fois selon une approche populationnelle et individuelle sur les territoires.

d'action sociale, en faveur du bien vieillir et dans la prévention de la perte d'autonomie. Leurs actions ciblent les assurés en fin de carrière et les retraités selon trois grandes modalités :

- Des actions collectives de prévention santé et autonomie : financement de programmes et de campagnes de communication et de sensibilisation, stages de préparation à la retraite, ateliers du bien vieillir, en partenariat avec des acteurs locaux (collectivités, associations, opérateurs de services à domicile, etc.) ;
- Des actions individuelles sous forme d'aide financière aux assurés éligibles¹⁵ (aide à domicile, sorties d'hospitalisation, aides techniques, adaptation du logement, transport, loisirs, aide aux aidants, etc.) pour améliorer leur vie quotidienne ou celles des aidants familiaux. Ces aides sont versées en complément des aides légales et extra-légales versées par les collectivités et mieux coordonnées depuis la mise en place des Conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie (2016) ;
- Financement et gestion d'une offre non négligeable de services sociaux et médicosociaux : la CNAV finance la création et la rénovation notamment des résidences autonomie, MARPA, et autres logements partagés ; le réseau AGIRC ARRCO possède et exploite 64 établissements (EHPAD, résidence autonomie, établissements sanitaires à vocation gériatrique ou prise en charge de personnes handicapées).

Les Caisses de retraite et de prévoyance sont membres fondateurs des Conférences des financeurs, à ce titre, elles participent à la coordination de la prévention de la perte d'autonomie et de la politique grand âge. Par ailleurs, elles financent les projets innovants dans leurs domaines d'action, portés par des acteurs locaux ou nationaux, et depuis le lancement de la filière de la Silver économie, les innovations technologiques et en particulier numériques en faveur de l'autonomie. En outre, elles diffusent les produits et solutions numériques référencés via leur programme d'aide financière à l'acquisition des aides techniques et à l'adaptation du logement. La CNAV, la CCMSA, l'AGIRC-ARRCO et la Banque des Territoires ont lancé récemment VIVA Lab (centre expert) pour valoriser l'innovation en faveur du bien vieillir. Enfin, certaines d'entre-elles vont jusqu'à entrer dans le capital de start up via des fonds d'innovation dédiés : AG2R La Mondiale (ALM Innovation), Malakoff Médéric Humanis (MM Innov'), MAIF (Maif Investissement social et solidaire)...

Notre enquête benchmark nous a permis d'identifier trois projets soutenus par des caisses de retraite :

- EHPAD@Dom (Yvelines 78), Malakoff Médéric ;
- Isère@Dom (Isère - 38), Carsat Auvergne Rhône-Alpes et AG2R ;
- Senior Connect (Alsace - 69), Carsat Alsace et Malakoff Médéric.

¹⁵ Les aides sociales des caisses de retraite et de prévoyance n'ont pas un caractère universel au même titre que l'APA par exemple. Elles ne bénéficient qu'aux personnes les plus défavorisées (critères de revenus, situation familiale, etc.) parmi les adhérents des caisses.

4. Des démarches protéiformes mais trois concepts qui se dégagent avec des points communs et des divergences

L'enquête que nous avons réalisée n'avait pas d'ambition d'exhaustivité ou de représentativité nationale. Centrée au départ sur les démarches type « EHPAD hors les murs », nous avons élargi notre enquête aux démarches portées par des opérateurs des services du domicile. Nous n'avons pas exploré le secteur hospitalier et celui des résidences autonomie / résidences services.

4.1 Présentation des actions recensées

Nous avons retenu 13 initiatives répondant aux critères de définition d'une offre de services renforcés en faveur du maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie.

Liste des initiatives classées par ordre alphabétique :

1. **Assistalliance Homecare** –2014 – Assistalliance – Nouvelle Aquitaine
2. **Diapason 92** – 2018 – Fondation Aulagnier – Asnières sur Seine (92)
3. **EHPAD@dom** – 2017 – EHPAD Stéphanie – Sartrouville (78)
4. **EHPAD pôle ressources de proximité** – 2020 – EHPAD Le bois doucet – Jarnac (16)
5. **Isere@dom** – 2017 – Département de l'Isère – Isère (38)
6. **La maison de retraite à domicile**, AD Senior – 2018 – Groupe Réseau AMA – France
7. **M@do** – 2015 – Fondation partage et Vie – Naves/Tulle (19)
8. **Plateforme multi-services pour personnes âgées dépendantes** – 2020 – Arpavie – Villiers-le-bel (95)
9. **Plateforme numérique de services « bien vieillir à domicile** – 2019 – Département de la Moselle – Moselle (57)
10. **Pôle domicile de l'EHPAD Léon Dubédât** – EHPAD Léon Dubédât – Biscarrosse, Gastes, Parentis en Born, Sanguinet, Ychoux (40)
11. **Senior Connect +** – 2016 – EHPAD Groupe SOS - Metz (57), Créhange (57), Epinal (88), Aulnay-sous-bois (93)
12. **Solidarité Versailles Grand Âge** – 2017 – SCIC Versailles Grand Âge – Versailles (78)
13. **Vivre à domicile** – 2019 – XL Autonomie – Landes (40)

Ces initiatives sont représentatives de la diversité des territoires (grande zone urbaine, villes moyennes et petites, communes rurales) ; leurs porteurs se recrutent d'abord dans le secteur EHPAD (8 actions), ensuite Départements (3) et enfin Services à domicile (2). En tenant compte des limites de notre étude évoquées ci-dessus, nous pouvons néanmoins faire trois constats sur les dynamiques en cours, les enjeux et les rôles des acteurs :

- Une prédominance des EHPAD parmi les porteurs d'actions recensées : cela n'est pas une surprise en raison d'un soutien actif des ARS aux démarches innovantes favorisant les parcours de prise en charge des personnes âgées dépendantes et en particulier du type « EHPAD hors les murs », etc ;

- Une montée en puissance progressive des départements dans l'impulsion sur leurs territoires de projets innovants favorisant la prévention et les accompagnements des parcours de vie et de soins des personnes âgées ;
- Une faible visibilité du secteur du domicile (SAAD, SPASAD et SSIAD hors adossement à un EHPAD) dans les démarches innovantes type « bouquets de services » ou « plateformes de services ».

Ces 13 initiatives sont présentées sous format de fiches actions :

- Les actions portées par des **opérateurs EHPAD**
- Les actions portées par des **opérateurs de services d'aide à domicile**
- Les actions portées par des **départements**

Diapason 92 (Dispositif Innovant d'Accompagnement des Personnes Âgées dans leur maison) (2018)	Porteur Fondation Aulagnier Établissement médico-social public, 160 places d'hébergement en EHPAD (dont 1 lit d'hébergement temporaire et 14 places d'UHR), participe au maintien à domicile via un SSIAD, un dispositif d'EHPAD à domicile, 2 accueils de jour et une plateforme d'accompagnement et de répit à destination des aidants.	Territoire Asnières sur Seine, Hauts de Seine (92), Île de France
Public cible Personnes âgées dépendante (GIR 4 à 1) Aidants	Offre de services • Accueil de jour, hébergement temporaire • Soins infirmiers (SSIAD) • Accompagnement au quotidien • Une heure d'auxiliaire de vie sociale (AVS) • Répit des aidants • Coordination des services	Offre numérique • Téléassistance classique (Bluelinea)
Partenaires prestataires Bluelinea Établissements Fondation Aulagnier	Financement Soin : ARS Services d'aide : Conseil départemental des Hauts de seine (APA)	
EHPAD@DOM (2017)	Porteur Ehpad Stéphanie à Sartrouville, SSIAD et SAAD gérés par la Croix Rouge française La Croix-Rouge gère près de 600 établissements et services dans les secteurs sanitaire, social, médico-social et plus de 100 établissements de formation.	Territoire Sartrouville (78), Île de France
Public cible Personnes âgées dépendantes (24 personnes) GIR 4 à 2 hors troubles graves du comportement Aidants proches	Offre de services • Information et orientation • Soins à domicile (SSIAD) • Aide à domicile (SAAD) • Hébergement temporaire, accueil de jour/nuit • Astreinte infirmière de nuit • Accompagnement par le psychologue et le psychomotricien / ergothérapeute de l'EHPAD • Petits travaux et aménagement du logement (1h/mois) • Restauration et ateliers d'animation avec transport accompagné • Coordination	Offre numérique • Téléassistance (Bluelinea) • Actimétrie (Otono-me) • Balance - tensiomètre - détecteur de présence au lit- bracelet de géolocalisation • Cabine de téléconsultation en test dans l'EHPAD • Domotique • EHPAD Connecté (avec appel infirmier) • Détection des chutes (VAC2S)
Partenaires prestataires Bluelinea et Otono-me EGOS Paris Dauphine et Gérontopole Reims SAAD	Financement Soin : ARS Île de France Services d'aide : Conseil départemental 78 (APA), Bénéficiaires (RAC), Crédit d'impôt Étude et évaluation : Fondation Médéric Alzheimer, Malakoff Médéric	

EHPAD, pôle ressources de proximité (2020)	Porteur EHPAD Le Bois Doucet - Fondation ARPAVIE, Groupe associatif gestionnaire de résidences pour PA, 125 résidences et services. La résidence dispose d'un Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA), et d'une unité Alzheimer	Territoire Jarnac (16), périmètre 10 km de l'EHPAD Le Bois Doucet
Public cible Personnes âgées dépendantes (GIR 3 à 1), 20 personnes Aidants familiaux	Offre de services • Information et orientation (particuliers et professionnels) • Accueil d'urgence (jour/nuit) • Astreinte de nuit • Accompagnement thérapeutique des pathologies neurodégénératives (PASA) • Aide aux aidants (assistance 24/7 et entretien psychologique individuel ou collectif) • Actions de prévention, animations (lien social) • Conseil ergothérapeutique et psychomotricien pour aménagement de l'habitat • Transport • Coordination des équipes mobiles Offre numérique • Téléassistance - Vidéo assistance, objets connectés (détection de chute, détection d'incontinence urinaire) reliés à l'EHPAD • Télémédecine • Domotique	
Partenaires prestataires CCAS de Jarnac, Professionnels de santé libéraux, Maison de la Solidarité, MAIA Sud & Ouest charente, SAAD - ADMR Jarnac, SSIAD, Hopiaux du sud Charente (HAD), ReSanté-vous	Financement Appel à projets ARS Autres	
M@do (2015)	Porteur Fondation Partage et Vie - statut d'utilité publique Son objet d'intérêt général est la lutte contre toutes les formes de dépendances liées à l'âge, la maladie ou le handicap. 121 établissements et services 7 386 places d'accueil dans le médico-social	Territoire Naves, périphérie de Tulle, Corrèze (19), Nouvelle Aquitaine
Public cible Personnes âgées dépendantes hors troubles graves du comportement Aidants	Offre de services • Soins (infirmiers, kinésithérapeute, médecins traitants...), matériel médical et supports de soin • Accompagnement actes de la vie quotidienne et restauration (aide à la préparation des repas et portage) • Entretien du domicile, du linge • Diagnostic du logement, petits travaux à domicile • Astreinte de nuit - assistance en cas d'alerte • Hébergement temporaire programmé ou d'urgence • Référent m@do en charge de la coordination des interventions (médecin coordonnateur et gestionnaire de cas) Offre numérique • Téléassistance classique (Corrèze téléassistance) • Télésurveillance - Plateforme d'écoute locale	
Partenaires prestataires Corrèze téléassistance Maison de l'autonomie Structures d'aide à domicile Professionnels de santé libéraux Ergothérapeute Centre Hospitalier de Tulle	Financement Soin : ARS Services d'aide : Conseil Départemental (APA), Bénéficiaires (RAC), Crédit d'impôt	

Plateforme multi-services pour personnes âgées dépendantes (2020)	Porteur ARPAVIE, EHPAD Adélaïde-Hautval (GCSMS) Groupe associatif gestionnaire de résidences pour personnes âgées, 125 résidences et services. L'EHPAD Adélaïde-Hautval est un établissement médico-social de 184 lits d'hébergement avec 8 unités de 23 lits dont 6 chambres à 3 lits + 5 chambres individuelles par unité. 203 professionnels y exercent.	Territoire Villiers-le-bel, Val de l'Oise (95), Île de France
Public cible Personnes âgées dépendantes Aidants	Offre de services • Information / Orientation • Hébergement temporaire, accueil de jour • Soins à domicile (SPASAD) • Aide à domicile (SAAD) • Plateforme d'accompagnement et de répit pour les aidants • Coordination des services	Offre numérique
Partenaires prestataires La Fondation Léonie Chaptal, SPASAD et SAAD Seniors Avenue, Hôpital de Gonesse	Financement Appel à projets ARS + Conseil Départemental Val d'Oise	
Pôle domicile de l'EHPAD de Biscarrosse (-)	Porteur EHPAD Léon Dubédat, public autonome de Biscarrosse. L'EHPAD gère un SSIAD.	Territoire Biscarrosse, Gastes, Parentis en Born, Sanguinet, Ychoux (40), Nouvelle Aquitaine
Public cible Personnes âgées dépendantes (Alzheimer / maladies apparentées) Aidants proches	Offre de services • Information et orientation (Plateforme d'Accompagnement et de Répit (PFR)) • Soins à domicile (SSIAD) • Intervention au domicile d'une ESA, • Accueil de jour/nuit, hébergement temporaire • Restauration • Animations • Coordination (Équipe Pluridisciplinaire d'Appui (EPA))	Offre numérique
Partenaires prestataires	Financement Soins : ARS Services d'aide : Conseil Départemental (APA), Bénéficiaires (RAC), Crédit d'impôt	

Senior Connect + (2016)	Porteur EHPAD Groupe SOS seniors Première entreprise sociale européenne 8 secteurs d'activités : Jeunesse, Emploi, Solidarités, Santé, Seniors, Culture, Transition écologique, Action internationale, 68 EHPAD	Territoire Metz (57), Créhange (57), Epinal (88), Grand Est Aulnay sous bois (93), Île de France
Public cible Personnes âgées dépendantes Personnes âgées autonomes Aidants	Offre de services • Information et orientation • Accompagnement par une conseillère-coordinatrice dans les démarches (prise de rdv médicaux, recherche de services d'aide à domicile...) et suivi hebdomadaire par téléphone • Accès aux services de soins de l'EHPAD • Accueil séquentiel, temporaire, de jour • Repas dans l'EHPAD • Animations, espace bien être • Diagnostic adaptation du logement, aides techniques	Offre numérique • Portail numérique d'information (espace personnalisé, annuaire, espace administration et pour les professionnels) • Téléphones adaptés, chemins lumineux, escalier mécanique, • Téléassistance, classique ou actimétrie. • Télésurveillance médicale
Partenaires prestataires CLIC, CCAS, médecins libéraux et hôpitaux, ergothérapeute, artisans, services de transport, associations (lien social), service d'aide à domicile	Financement Prévention (GIR 6 et 5) : CARSAT, Malakoff Médéric Services d'aide : Conseils départementaux (APA), Bénéficiaires (abonnement mensuel à la carte), Crédit d'impôt	
Solidarité Versailles Grand Age (2017)	Porteur SCIC Versailles Grand âge Société Coopérative d'Intérêt Collectif, entité créé en 2012 par le CCAS de Versailles et Entreprendre pour Humaniser la Dépendance (EHD) Plateforme gérontologique Lépine Versailles (EHPAD et SSIAD)	Territoire Versailles (78), Île de France
Public cible Personnes âgées dépendantes (Alzheimer et apparentées) vivant à domicile Aidants	Offre de services • Soins à domicile (SSIAD) médecin coordonnateur • Accompagnement à domicile par Équipe Spécialisée Alzheimer (ESA) • Accueil de jour/nuit, hébergement temporaire • Restauration • Animations, etc, • Services du CCAS (plateforme téléphonique, portage de repas, aide à domicile) Projet de fusion avec un SAAD	Offre numérique • Tablette télémédecine en Ehpad uniquement pour les personnels administratifs et de soins Projets : - télémédecine en partenariat avec l'hôpital privé gériatrique de Versailles - numérique : SI, logiciel métier et application interoperable (EHPAD et SSIAD)
Partenaires prestataires Ville de Versailles/CCAS CH Versailles, Clinique de la Porte Verte, Coordination gérontologique, Ehpad Saint-Louis Coordination gérontologique (COGITEY)	Financement Soin : ARS Services d'aide : Conseil Départemental (APA), Bénéficiaires (abonnement mensuel à la carte), Crédit d'impôt	

Assistalliance Home Care (2014)	Porteur Assistalliance HomeCare (S.A.A.D) Ancienne marque Synervie de la société Avenir services devenue Avenir Services Développement après la fusion avec l'Association de Sauvegarde et de Promotion de la Personne (basée à Boé) puis regroupées en une seule et même entité : Assistalliance.	Territoire Nouvelle Aquitaine (14 zones d'intervention)
Public cible Personnes âgées autonomes Personnes âgées dépendantes (y compris atteintes d'Alzheimer) Personnes en Situation de handicap Patients en convalescence à domicile Aidants proches	Offre de services - Assistance de nuit, une disponibilité 7/7J, 24/24H. - Travaux de mise en accessibilité du logement - Mise à disposition de matériel medical (lit médicalisé, verticalisateur, supports de soin...) - Accompagnement vie quotidienne : aide à l'hygiène, entretien de la maison et du linge, transport et mobilité, portage de repas - Aide à la préparation des repas - Accueil de jour/nuit en EHPAD - Hébergement temporaire en EHPAD - SSIAD - Coordination des intervenants au domicile	Offre numérique Téléassistance avec accès à une plateforme médicalisée d'Assistance 7j/7 et 24H/24. Possibilité de solutions d'Actimétrie
Partenaires prestataires EHPAD SSIAD	Financement Soin : Assurance Maladie - ARS, complémentaires santé Services d'aide : Conseil départemental (APA, PCH), bénéficiaires (RAC), crédit d'impôt	
La Maison de retraite à domicile - AD senior (2018)	Porteur Groupe Réseau AMA Opérateur privé de services à la personne, composé d'un pôle petite enfance avec Les p'tits Babadins et d'un pôle personnes âgées en perte d'autonomie avec AD Seniors, AD Quotidien et Les Babadines (résidences services senior).	Territoire France
Public cible Personnes âgées dépendantes (GIR 4 à 1) Aidants proches	Offre de services - Aide à domicile - Forfait nuit : auxiliaire de vie disponible 24/7 (visite en cas d'alertes ou visites programmées 1 ou 2 fois /semaine.) - Liaison médicale (prise de rdv, accompagnement, services de santé ville et hôpital), coordination des interventions à domicile, veille et alerte - Diagnostic ergothérapeutique du domicile 4 offres disponibles à la carte	Offre numérique - Téléconsultation médicale (DoctoLibre et MédecinDirect) - Téléassistance (détecteur de chute SeniorAdom) - Montre connectée (LifePlus)
Partenaires prestataires Médecin Direct, Doctolibre, Senioradom, Life Plus	Financement Services d'aide : Conseil départemental (APA), Bénéficiaires (RAC), Crédit d'impôt.	

Isère@dom (2017)	Porteur Département de l'Isère (38), direction de l'autonomie des personnes	Territoire Portes des Alpes (Péri-Urbain) Bièvre Valloire (Semi-Rural) Vercors (Montagne)
Public cible Personnes âgées autonomes Personnes âgées dépendantes Personnes handicapées Patients chroniques (insuffisants cardiaques, patients atteints de cancers) Aidants	Offre de services Une plateforme numérique qui propose un bouquet de services : • Portail numérique d'information • Annuaire des services et commerces de proximité • Plateforme téléphonique d'information et d'orientation • Coaching téléphonique de prévention pour PA fragiles • Référent sentinelle : suivi des personnes, repérer indicateurs de vigilance et liaison médicale Offre numérique • Plateforme téléphonique (IMA) • Portail numérique d'information (Orange), espace particulier, professionnel et administration • Outils numériques : cahier de liaison numérique, interface avec le dossier patient (SISRA SI/ARS) • Téléassistance (médaillon, capteur de chute, chemin lumineux) • Télésuivi médical (objets connectés : balance, tensiomètre, glucomètre, oxymètre, podomètre...) • Tablette avec internet	
Partenaires prestataires Groupement d'entreprises : Orange Healthcare, Inter Mutuelle Assistance (IMA) et Altran Sud Isère Téléassistance, CCAS Bourgoin Jallieu ; Cristal Data	Financement Conseil départemental Isère, ARS ARA, CNAM, Conseil régional ARA, CDC CARSAT Rhône-Alpes, AG2R et APICIL	
Plateforme numérique de services «bien-vieillir à domicile» (2019)	Porteur Département de la Moselle, direction de l'attractivité	Territoire Moselle (57)
Public cible Personnes âgées autonomes Personnes âgées dépendantes Personnes handicapées Personnes malades Aidants	Offre de services Une plateforme numérique qui propose un bouquet de services et une coordinatrice : • Lien social : Information de prévention, communication avec les aidants et proches, animation de communautés, accès aux activités de prévention • Annuaire des services et mise en relation avec les commerces/artisans de proximité • Diagnostic, adaptation du logement, aides techniques • Aides aux démarches (admin, prise rdv, SAAD, mobilité) • Activités conviviales, prévention et créatives Offre numérique • Téléassistance (box, 6 capteurs, médaillon) • Domotique • Téléconsultation • Portail d'informations • Espace numérique personnalisé	
Partenaires prestataires Groupe SOS senior Pharmagest Hakisa	Financement CDC, ARS, Région (Pacte Lorraine), Conseil Départemental Conférence des financeurs	

Vivre à domicile (2019)	Porteur XL Autonomie (SEMOP) créée par La Poste et le Conseil départemental des Landes	Territoire Landes (40)				
Public cible Personnes âgées autonomes Personnes âgées dépendantes (GIR 4 à 3) Personnes en situation de handicap Personnes atteintes d'une maladie chronique Aidants	<table><tr><th>Offre de services</th><th>Offre numérique</th></tr><tr><td> • Visite de lien social et détection de fragilités (Facteur) • Portage de médicaments (Facteur) • Aide à l'utilisation de la tablette Ardoiz et de ses applications/jeux </td><td> • Tablette numérique (Ardoiz) : jeux cognitifs / mémoire • Éclairage nocturne automatisé • Téléassistance classique ou actimétrie (Senioradom ; SOLEM ; Dynseo ; Legrand) </td></tr></table>		Offre de services	Offre numérique	• Visite de lien social et détection de fragilités (Facteur) • Portage de médicaments (Facteur) • Aide à l'utilisation de la tablette Ardoiz et de ses applications/jeux	• Tablette numérique (Ardoiz) : jeux cognitifs / mémoire • Éclairage nocturne automatisé • Téléassistance classique ou actimétrie (Senioradom ; SOLEM ; Dynseo ; Legrand)
Offre de services	Offre numérique					
• Visite de lien social et détection de fragilités (Facteur) • Portage de médicaments (Facteur) • Aide à l'utilisation de la tablette Ardoiz et de ses applications/jeux	• Tablette numérique (Ardoiz) : jeux cognitifs / mémoire • Éclairage nocturne automatisé • Téléassistance classique ou actimétrie (Senioradom ; SOLEM ; Dynseo ; Legrand)					
Partenaires prestataires Senioradom SOLEM Dynseo Legrand	Financement Département des Landes Conférence des financeurs (Communes, Caisses de retraite) Bénéficiaires (RAC), Crédit d'impôt					

4.2 Publics cibles, besoins et offre de services

4.2.1 Des publics cibles différents selon le type de porteurs d'action

Les actions recensées, telles que décrites dans les fiches actions ci-dessus, selon qu'elles soient portées par un opérateur EHPAD, un service d'aide à domicile ou un département, ne visent pas le même spectre de publics :

- Celles portées par des opérateurs EHPAD sont plus centrées sur **les personnes âgées dépendantes vivant à domicile, en particulier classées en Gir 3 à 2**, parfois atteintes de la maladie d'Alzheimer (et apparentées) mais hors cas de démences et troubles graves du comportement dont la prise en charge nécessite un accueil en établissement médicalisé. En somme, des personnes âgées dépendantes dont le profil est relativement proche de celui qu'ils accueillent déjà ; un des enjeux est de mieux faire connaître l'EHPAD et son offre de services auprès de « prospects » potentiels et d'optimiser ainsi la file active ;
- Celles portées par les deux services à domicile s'adressent à un public plus large et aux caractéristiques plus variées : **des personnes âgées dépendantes (Gir 4 – 2)**, mais aussi des **personnes âgées autonomes (Gir 6 – 5)**, **des personnes en situation de handicap ou encore des patients en convalescence à domicile** ; au regard du nombre croissant de personnes âgées de plus en plus dépendantes préférant rester à domicile, et contrairement aux SSIAD, les SAAD se positionnent clairement sur ce segment du marché « captif » commercialement ;
- Enfin, celles portées par les départements ciblent un spectre très large allant des **seniors autonomes** dans une optique de prévention et de bien vieillir, aux **personnes âgées dépendantes (Gir 4 – 1**, sauf celle portée par le département des Landes et du Groupe La Poste centrée sur les Gir 4 et 3), **aux personnes en situation de handicap et aux patients chroniques**. Les départements, chef de file de l'action sociale sur leur territoire, visent tout le champ de l'autonomie (dépendance et handicap) et depuis la loi ASV 2015, instaurant les « Conférences des financeurs... », celui de la prévention de la perte d'autonomie et en particulier en direction des seniors autonomes (Gir 6 - 5).

4.2.2 Les publics cibles et leurs besoins

Personnes âgées en dépendance lourde (GIR 2 - 1)	Personnes âgées en dépendance modérée (GIR 4 - 3)	Personnes âgées autonomes (GIR 6 - 5)	Aidants
• Information, orientation, conseils ; • Aides aux démarches administratives ; • Sécurité personne et domicile (suivi, nuit) ; • Services d'aide aux actes de la vie quotidienne (AVQ) ; • Soins ; • Aide à la mobilité interne et externe ; • Lien social ; • Coordination des services à domicile.	• Information, orientation, conseils, aides aux démarches administratives ; • Sécurité de la personne ; • Services vie quotidienne (AIVQ / AVQ) ; • Soins ; • Aide à la mobilité externe ; • Lien social ; • Coordination des services à domicile.	• Information, orientation, conseils ; • Bien-être confort au domicile ; • Services à la personne ; • Activités bien vieillir ; • Lien social.	• Information, orientation, conseils ; • Aides aux démarches administratives ; • Conciliation vie professionnelle - rôle aidant • Répit ; • Coordination des services à domicile ; • Lien social.
Patient chronique : Plan de soins, télésurveillance, activités, nutrition...			

Nous n'avons pas eu d'informations complètes et mises à jour sur le nombre des bénéficiaires pour toutes les actions recensées, mais s'agissant d'expérimentations, l'on constate que les effectifs restent faibles, entre 15 et 30 personnes âgées dans les cas d'actions portées par des EHPAD et des services d'aide à domicile. Seules les actions portées par les départements visent des effectifs de quelques centaines de bénéficiaires.

Les **aidants proches** sont **systématiquement visés** dans les trois cas.

Concertation Grand Âge et Autonomie – Mars 2019 (Page 56)

« Par leur présence et leurs actions, les proches aidants apportent une contribution décisive au maintien à domicile des personnes âgées et à la prévention de leur isolement. Le soutien et le renforcement des solidarités de proximité autour de la personne âgée, passe avant tout par l'appui aux aidants. Au total, ce sont 3,9 millions de personnes¹⁶ qui s'engagent auprès de leurs proches vivants à domicile en raison de leur âge ou d'un problème de santé. Leur travail informel est valorisé à plusieurs milliards d'euros, de 7 à 18 Md€¹⁷. Les aidants formulent avant tout des demandes de clarification et d'information, de meilleure conciliation avec la vie professionnelle et de compensation financière.

Parmi les 3 millions de seniors aidés pour les activités de la vie quotidienne, près d'un senior sur deux (48 %) déclare l'être uniquement par son entourage, et un sur trois (34 %) l'être à la fois par son entourage et par des professionnels. Plus la perte d'autonomie est forte, plus les seniors déclarent recevoir une aide mixte : c'est le cas de 20 % des seniors les plus autonomes (GIR estimé 5-6), contre 77 % des plus dépendants (GIR estimé 1-2). Toutefois, très peu de personnes en GIR estimé 1 ou 2 (4 %) sont aidées uniquement par des professionnels, ce qui est probablement révélateur de la difficulté du maintien à domicile des personnes les plus dépendantes sans aide de l'entourage. La moitié des personnes déclarent recevoir une aide équivalente à plus de 5 heures par semaine de la part d'un membre de leur entourage. Les plus dépendants (GIR estimé 1-2) vivant à domicile mobilisent beaucoup leur entourage. La moitié d'entre eux indiquent recevoir une aide d'une durée de plus de 35 heures par semaine pour les activités de la vie quotidienne. Les difficultés rencontrées par les aidants sont connues et documentées dans plusieurs rapports récents¹⁸ ».

4.2.3 Des offres de services diverses selon les publics cibles, les métiers des porteurs d'action et les partenariats construits sur le territoire

Les offres de services proposées sont différentes selon le type de porteur ; en effet, un EHPAD, un SAAD ou un département ne proposent pas la même offre de services même quand ils s'adressent tous aux personnes âgées dépendantes, parce qu'ils ne sont pas de même nature (gestionnaire de services/collectivité), n'ont pas le(s) même(s) métier(s) : prise en charge en soins, accompagnements et hébergement en établissement médicalisé / soins et aide à domicile / pilotage de la politique territoriale de l'autonomie... Un EHPAD doté d'un SSIAD, d'une ESA, de téléconsultation, etc, ne propose pas les mêmes services qu'un autre EHPAD en mono-exploitation ; il est de même pour un service à domicile (soins ou aide) selon qu'il fonctionne en mode mono-exploitation ou bien dans un ensemble plus large comprenant un SAAD, un SSIAD ou un SPASAD, une ESA, une MAIA, une coordination gérontologique ou un réseau de santé, etc. Dans tous les cas, l'envergure de leurs offres de services dépend également de leurs pratiques de travail en réseau et leurs capacités de construire des partenariats sur leur territoire.

Enfin, concernant les trois départements recensés, les offres de services proposées dans les cas de la Moselle et de l'Isère couvrent des domaines assez larges, proches sur certains volets (service d'information conseil, annuaire des services et commerces, diagnostic habitat, aide aux démarches, coaching préventif, coordination) mais différents sur d'autres (accompagnement des patients chroniques plus développé et outillé, veille et gestion de situations à risque à domicile appuyées sur

¹⁶ DREES, Mathieu Brunel, Julie Latourelle et Malika Zakri, Un senior à domicile sur cinq aidé régulièrement pour les tâches du quotidien, Études et Résultats, numéro 1103, 2019.

¹⁷ De 7 à 11 Md€ d'après : Conseil d'analyse économique, Bozio A., Gramain A., Martin C., Quelles politiques publiques pour la dépendance ? Numéro 35, 2016 et de 11 à 18 Md€ d'après : HCFEA, La prise en charge des aides à l'autonomie et son incidence sur la qualité de vie des personnes âgées et de leurs proches aidants, 2017

¹⁸ Notamment le rapport de Mme Dominique Gillot, « Préserver nos aidants : une responsabilité nationale », juin 2018.

des outils numériques et un référent sentinelle dédié en Isère, diagnostic adaptation de l'habitat et aides techniques en Moselle...). L'offre de services de l'action portée par le département des Landes en partenariat avec La Poste est plus centrée sur les interventions du Facteur : visite de convivialité, repérage des fragilités, portage de médicaments, aide à l'utilisation de la tablette Ardoiz, etc.

S'agissant d'expérimentations visant à développer des offres innovantes, il n'existe pas de modèles, de normes ou de cadres prescriptifs définis même quand il s'agit de répondre à des appels à projets des ARS¹⁹. Toutefois, on peut tenter d'organiser les offres proposées en deux niveaux :

- **Offres courantes** : tous services existants et proposés habituellement par le porteur de l'action ;
- **Offres complémentaires** : tous services existants mais non habituellement proposés par le porteur de l'action ou nouveaux services en complément de l'offre courante afin de renforcer le maintien à domicile.

Tableau synthétique des offres courantes et complémentaires

	EHPAD	SAAD	DÉPARTEMENT
Offre courante	- Information orientation - Accueil de jour/nuit - Hébergement temporaire - Équipe ESA (Alzheimer à domicile)	- Information orientation - Services à la personne - Services d'aide à domicile - Portage de repas - Lien social - Coordination avec les aidants	- Information orientation - Évaluation médicosociale et plans d'aide à domicile - Financement action sociale (APA, PCH, ASH) - Autorisation et contrôle des services ESMS (domicile et établissement)
Offre complémentaire	- Évaluation gériatrique, Consultation mémoire et accompagnement parcours de soins - Télémédecine - Télésurveillance - - Téléassistance avec capteurs et objets connectés - Restauration - Activités d'animation - Aide à la mobilité - Diagnostic adaptation du logement et aides techniques - Petits travaux de bricolage - Services de garde de nuit (IDE) - Coordination des interventions à domicile - Référent unique	- Services de garde (IDE) ou d'assistance de nuit - Liaison médicale (prise de rendez-vous, etc.) - Fourniture et installation de dispositifs médicaux - Téléassistance - - Télésurveillance avec capteurs et objets connectés - Hébergement en urgence en EHPAD - Diagnostic adaptation du logement et aides techniques - Travaux de mise en accessibilité du logement - Coordination des interventions à domicile - Référent unique	- Information-orientation centrée sur l'utilisateur (plateforme tél, portail numérique avec espace personnel) - Annuaire des services et commerces et mise en relation usagers - Prévention santé et autonomie - Accompagnement personnalisé (coaching, téléassistance, télésurveillance, capteurs et objets connectés) - Coordination des interventions sur le territoire - Référent unique

Nous avons essayé, dans ce tableau, de distinguer les offres complémentaires des offres courantes proposées par chaque type d'acteurs ; l'objectif étant d'identifier précisément leurs composantes,

¹⁹ Voir note 8

d'analyser leur pertinence et leur valeur ajoutée au regard de l'objectif de renforcer le maintien à domicile, leurs modalités économiques et d'organisation, incluant les innovations numériques.

- **Les initiatives recensées portées par des opérateurs EHPAD**

Les offres courantes des opérateurs EHPAD sont anciennes, leur cadre légal, leurs circuits de financement et modalités de régulation sont défini (Etat – CNSA, ARS et CD) et sont similaires sur le territoire national.

Il s'agit pour l'essentiel de services orientés spécifiquement ou ouverts sur le domicile :

- Information, conseil orientation
- Accueil de jour / nuit (répit de l'aidant)
- Hébergement temporaire (répit ou absence de l'aidant, sortie d'hospitalisation quand le retour à domicile est rendu impossible ou risqué)
- Soins infirmiers (SSIAD / SPASAD adossé à l'EHPAD)
- Equipe Spéciale Alzheimer intervenant à domicile

Les offres complémentaires sont hétérogènes et peuvent concerner divers aspects de la prise en charge d'une personne en perte d'autonomie à domicile :

- Consultation gériatrique par le médecin gériatre de l'EHPAD
- Astreinte infirmière de nuit (IDE)
- Téléassistance
- Télésurveillance médicale avec assistance médicale 24/7
- Prise de repas au restaurant de l'EHPAD
- Participation aux ateliers d'animation et lien social
- Aide à la mobilité domicile - EHPAD
- Diagnostic adaptation du logement et aides techniques par l'ergothérapeute de l'EHPAD
- Petits travaux de bricolage par le service de maintenance de l'EHPAD

Enfin, outre l'accueil information, les EHPAD proposent aux aidants un espace écoute par un(e) psychologue ou de participer à des groupes de parole, ateliers et conférences thématiques sur divers sujets touchant aux pathologies et à la perte d'autonomie et leurs conséquences sur les aidés et sur leur rôle d'aidant.

Lors de notre enquête, nous avons identifié des établissements médicalisés qui n'ont pas encore développé de démarche « Ehpap hors les murs », mais qui ont tissé des partenariats très forts sur leurs territoires et qui pourront prétendre demain à une orientation coordonnée vers le domicile : l'Ehpap La Madeleine à Bergerac et l'Hôpital Privé Gériatrique Les Magnolias.

M@DO (Fondation Partage & Vie)

La plus ancienne (2015) des initiatives recensées, M@DO est un service pionnier et unique à ce jour ; il a la capacité de déployer au domicile un véritable « EHPAD hors les murs » ou plutôt « sans les murs ». Il met à disposition des personnes âgées en perte d'autonomie (Gir 4 à 2 hors troubles graves du comportement) vivant à domicile la gamme complète de services que peut fournir un EHPAD : soins et supports de soins (matériel médical, produits d'incontinence, etc), aide dans les actes de la vie quotidienne, entretien du domicile, restauration (aide à la préparation ou portage de repas), accueil de jour et de nuit, hébergement temporaire programmé ou d'urgence. Cette offre socle est complétée par de nouveaux services : assistance 24/7 avec intervention d'un agent, de jour comme de nuit, en cas d'alerte avérée, diagnostic adaptation du logement et installation d'aides techniques. Les prestations de soin et d'aide à la vie quotidienne sont assurées par des salariés en interne, des professionnels de services partenaires (SSIAD, téléassistance) et des professionnels exerçant à titre libéral (infirmières, aides-soignantes, auxiliaire de vie, aide médico-psychologique, kinésithérapeute, ergothérapeute, médecine de ville, etc) sous la coordination du médecin coordonnateur. Le service M@DO travaille en étroite relation avec les services sanitaires, sociaux et médicosociaux du territoire : Hôpital, CCAS, CLIC, Coordination santé, Maia, etc). Un cas unique porté notamment par un engagement financier

dérogatoire conséquent de l'ARS²⁰ (enveloppe de soins 2 fois le forfait en EHPAD) et du Conseil du département de la Corrèze (notamment sur les volets cadre de vie et sécurité). On comprend dès lors qu'à ce jour, ce modèle n'a pas essaimé, ni au sein du groupe Partage & Vie qui ambitionnait d'en créer une vingtaine, ni ailleurs, tant son montage est complexe²¹ et son financement est exceptionnel.

- **Les initiatives recensées portées par des opérateurs de services à domicile :**

Les offres courantes des deux SAAD recensés peuvent être résumées dans les volets classiques suivants :

- Information conseil orientation ;
- Services à la personne (comprenant : entretien du logement, aide dans les démarches, sorties, portage de repas, médicaments, etc.) ;
- Services d'aide dans les actes essentiels de la vie quotidienne (comprenant, l'aide à la mobilité, les courses, etc.) ;
- Coordination avec les proches aidants ;

Les **offres complémentaires** proposées par les deux opérateurs recensés sont essentiellement les suivantes :

- Garde de nuit (infirmière / auxiliaire de vie) avec visites en cas d'alerte (24/7) ou programmées ;
- Téléassistance appuyée sur des capteurs et objets connectés avec accès à une plateforme médicalisée d'Assistance 24/7 ;
- Diagnostic adaptation du logement et aides techniques par un ergothérapeute partenaire.
- Fourniture et installation de dispositifs médicaux (lit médicalisé, verticalisateur, supports de soin...) ;
- Accueil de jour/nuit et hébergement temporaire en EHPAD partenaire.

- **Les initiatives recensées portées par des départements :**

S'agissant d'expérimentations hors cadre obligatoire de l'action sociale, les choix faits diffèrent d'un département à l'autre en fonction du contexte, des enjeux et des politiques départementales en matière d'action sociale, d'aménagement et de développement économique des territoires.

Les démarches de l'Isère et de La Moselle sont assez proches et ce d'autant que la première, plus ancienne, a fortement inspiré la seconde. D'abord, elles ont une approche commune de la prévention et des accompagnements des publics cibles, et visent avant tout la mobilisation coordonnée des ressources et des acteurs locaux en faveur du renforcement de l'autonomie à domicile. Ensuite, leurs offres de services s'organisent en deux grandes briques quasi-similaires :

- Une offre d'information orientation : portail numérique avec les mêmes types de services et d'architecture organisationnelles (espace public avec annuaire des services et activités du bien vieillir, espace personnalisé bénéficiaire/aidant, espace professionnels et espace coordinatrice) ; à la différence d'Isère@Dom, la démarche de La Moselle n'a pas prévu une plateforme téléphonique avec un numéro vert, mais un accueil téléphonique dédié uniquement aux bénéficiaires et assuré par la coordinatrice du projet ;

²⁰ M@do a obtenu l'autorisation de fonctionnement par l'arrêté ARS-DT19/CG19-2012/509 du 31 août 2012 avec un financement de l'ARS du Limousin d'abord et depuis la réforme territoriale (loi NOTRe) de la Nouvelle Aquitaine.

²¹ Le montage de M@DO est complexe : enveloppe soins Ehpads dérogatoire (ARS) avec services d'aide (APA domicile) et des aides extra-légales (téléassistance, adaptation du logement, etc). Nous n'avons pas eu réponse à la question du statut juridique de M@DO : un EHPAD, un SSIAD, un SPASAD.

- Une offre de prévention et d'accompagnement personnalisée des publics ciblés avec un bouquet de services personnalisés incluant l'information conseil, aides aux démarches, lien social et communication avec les aidants, coaching et activités de prévention, téléassistance appuyée sur des capteurs et objets connectés, diagnostic, adaptation du logement, aides techniques, le tout avec l'accompagnement personnalisé d'un référent unique (Sentinelle dans Iser@Dom, Coordinatrice pour la Moselle).

A la différence des démarches des départements de l'Isère et de la Moselle, l'offre de services portée par XL Autonomie du département des Landes en partenariat avec La Poste se caractérise par un périmètre de services limités (hors service de soins et d'aide) et centrée sur le rôle du Facteur :

- Une offre de services de proximité du Facteur : visites de convivialité, repérage des personnes isolées et fragiles et relais d'information auprès des services compétents (CCAS, etc), portage de médicaments. Il est prévu un volet diagnostic adaptation de l'habitat ;
- Une offre de services numériques : installation et accompagnement des bénéficiaires du service à l'utilisation de la tablette Ardoiz et ses applications (communication, lien avec les proches, jeux, réseaux sociaux), éclairage nocturne automatisé, téléassistance standard ou avec objets connectés, avec installation et aide à la prise en main des équipements).

XL Autonomie, une SEMOP²² créée conjointement par le département des Landes et La Poste, ne peut pas proposer à ses clients d'autres services (soins et aide) y compris ceux commercialisés par les autres filiales du Groupe La Poste (Axéo...)

Pour conclure ce chapitre, en dépit de l'hétérogénéité des offres de services complémentaires selon les porteurs d'actions recensés, EHPAD, SAAD ou départements, l'analyse met en exergue un **noyau de services communs (offre socle) structurants pour une stratégie de renforcement du maintien à domicile** :

- Accès personnalisé et performant à l'information – orientation ;
- Sécurité de la personne en situation de fragilité et isolée (téléassistance, assistance 24/7, garde de nuit ;
- Services de soins à domicile ;
- Services d'aide à la personne ;
- Diagnostic adaptation du logement et aides techniques ;
- Coordination des services centrée sur l'utilisateur et ses aidants proches.

²² XL Autonomie est une Société d'économie mixte à opération unique créée le 29/03/2019 par le département des Landes et du groupe La Poste a pour mission de déployer le service public « Vivre à domicile » sur l'ensemble du département des Landes pendant 5 ans.

5. Le rôle du numérique dans les dispositifs de renforcement du maintien à domicile

Dans son document N°11 - Le numérique - annexé au rapport Innovation et santé (2016), Le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) n'hésite pas sur son appréciation du rôle décisif du numérique dans la transformation du système de soins et de prise en charge de la perte d'autonomie : « Ces technologies de l'information et de la communication sont un levier fort de transformation des systèmes de soins, notamment en accompagnant l'émergence de nouveaux dispositifs susceptibles de modifier les modes de prise en charge, par exemple pour le suivi des patients chroniques. Leur mobilisation est ainsi un élément clé pour la modernisation et la structuration des soins primaires. La prise en charge globale des malades chroniques pluri-pathologiques ayant des traitements lourds appelle souvent l'intervention, ponctuellement ou de manière répétée, d'un grand nombre de services et de professionnels des secteurs de la santé, du médico-social et du social (professionnels de santé libéraux, équipes hospitalières, services d'hospitalisation à domicile, de soins à domicile ou d'aide à domicile, auxiliaires de vie ...). À l'heure où les parcours de soins sont au centre des politiques publiques dans le champ de la santé, la coordination entre ces professionnels et la possibilité d'expertise à distance constituent un impératif auquel les outils du numérique peuvent contribuer. Le déploiement de la santé numérique ne peut dès lors se penser que dans le cadre d'une organisation adaptée à un usage intégré permettant la coordination des soins. L'interopérabilité des systèmes d'information et les échanges sécurisés d'informations entre professionnels constituent une première étape. Pour aller plus loin, il faut pouvoir définir les priorités d'usages pour la mise en place d'outils communs. »

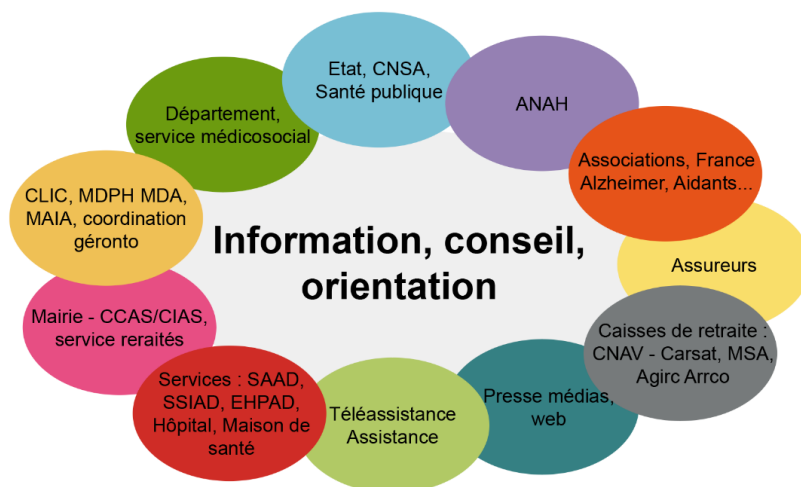
Dans le cadre des expérimentations recensées dans notre étude, le numérique **est, d'une part un véritable levier de renforcement des services du maintien à domicile, et d'autre part de transformation de l'organisation même de ces services.** Afin de schématiser l'utilisation du numérique au sein des trois catégories de projets que nous avons identifiés (EHPAD hors les murs, plateforme de service orientée vers le domicile et plateforme de services Départementale), nous les regrouperons autour de quatre services principaux :

1. Accès simplifié à l'information pour les usagers
2. Accompagnement à distance du parcours de soin et de vie
3. Suivi et gestion des situations à risque et d'urgence
4. Partage de l'information et coordination entre les services et professionnels

5.1 Un accès simplifié à l'information pour les usagers

C'est le premier besoin auquel tentent de répondre les initiatives recensées par notre étude qu'elles soient portées par un EHPAD, un SAAD ou un Département ; tous les acteurs interrogés font le constat de la difficulté récurrente d'accès à l'information des usagers. Pourtant ce n'est pas l'information qui manque, elle est même pléthorique car produite par tous les acteurs de l'écosystème de la santé et de l'autonomie : publics, privés et associatifs, à tous les échelons territoriaux (local et national). Elle existe sous des formats divers et est diffusée sur des canaux les plus variés (guichet, plateforme téléphonique, portail numérique, guide, presse et média).

Schéma Les acteurs, services et sources d'information – orientation



Aujourd'hui encore, trouver "la bonne réponse au bon moment" est loin d'être facile pour un senior autonome ou un aidant et à fortiori, une personne âgée fragile et isolée, parce que l'offre d'information est protéiforme, disséminée et passive, et parce qu'elle s'adresse à tous sans prise en compte du profil spécifique du demandeur. Informer, conseiller et orienter les patients, les personnes âgées ou en situation de handicap et leurs aidants proches vers les solutions et services adaptés, dès l'apparition des premières fragilités, peut constituer en soi une aide considérable et représenter non seulement une économie sur les moyens, mais aussi un gain de temps important - deux ressources rares surtout quand survient une situation de rupture.

C'est précisément, sur ce volet qu'Isère@Dom (département de l'Isère) pionnière en la matière, démontre tout son intérêt, son caractère innovant et sa valeur ajoutée en déployant des solutions multicanales :

- Plateforme téléphonique (Numéro Vert accessible du lundi au vendredi 8h - 20h et samedi 9h - 17 h) : un guichet intégré d'information, d'orientation, de suivi des demandes en lien avec la prévention et le maintien à domicile ;
- Portail numérique grand public (<https://www.isereadom.fr/>) :
 - Informations générales,
 - Agenda géolocalisé des activités de prévention et du bien vieillir, conférences, cafés des aidants, loisirs, culture, etc.,
 - Annuaire des services référencés : bases de données interfacées avec les opérateurs de services (santé, services à domicile, établissements spécialisés, logement, activités culturelles et de loisirs, services et commerces de proximité, artisans, etc.)

Le portail numérique comme la plateforme téléphonique, en expérimentation en Isère et dans une moindre mesure en Moselle, pourront demain si les projets étaient pérennisés, s'interfacer avec les portails numériques des départements (APA, PCH, aide sociale) et ceux de leurs partenaires comme l'ARS, les services publics (impôts, emploi et formation), les communes et EPCI, les caisses de retraite, etc., dans le cadre de la dématérialisation en cours des services publics et privés.

5.2 Accompagnement à distance du parcours de soin et de vie

Au travers de technologies installées au domicile et reliées aux services de soins et d'aide, le numérique permet un accompagnement à distance des usagers dans le parcours de soin et de vie. Dans les initiatives repérées, les solutions utilisées pour accompagner les seniors et leurs aidants à distance sont :

- Espace numérique personnalisé pour les particuliers et professionnels : suivi des activités en fonction du plan de soin et d'aide ;
- Envoi d'informations via des tablettes numériques : « push » des activités sur le territoire (conférence, café des aidants, loisirs, culture etc.) ;
- Cahier de liaison numérique : suivi des passages des services à domicile et des événements – liaison avec les aidants ;
- Coaching téléphonique.

Ces outils et services numériques permettent au « care manager » (réfèrent sentinelle pour Isère@dom, conseillère coordinatrice pour SeniorConnect – La Moselle par exemple) d'optimiser son intervention auprès des usagers du service : suivi des événements en temps réel, réactivité (notamment en cas d'urgence), disponibilité (pas de contraintes de déplacements). Dans ce cas d'espèce, le numérique permet une meilleure gestion du temps et d'allocation de ressource ainsi qu'un réel suivi personnalisé et partage d'information entre les bénéficiaires des services, leurs aidants et les professionnels.

5.3 Suivi et gestion des situations à risque et d'urgence

Dans la majorité des initiatives recensées, le suivi à distance du parcours de vie et de soins des usagers, le repérage des signaux faibles et la gestion des alertes pour les situations d'urgence sont clairement des éléments déterminants des offres complémentaires visant le renforcement du maintien à domicile.

Les offres numériques déployées peuvent être regroupées en trois catégories :

1. Téléassistance

La téléassistance est la technologie la plus ancienne (1980), reconnue comme un service à la personne (loi Borloo 2005) et à ce jour la plus utilisée par les personnes âgées et handicapées en France : 560 000 abonnés en 2015 selon les données de l'Afrata²³. Toutefois, près de 40 ans après, le marché français n'arrive pas à réellement décoller en comparaison à celui en Grande Bretagne ou même en Espagne : « Les pays scandinaves et le Royaume-Uni sont les plus équipés, avec plus de 11 % des personnes de plus 65 ans disposant d'un dispositif de téléassistance. Le Royaume-Uni enregistre le plus fort taux de pénétration des systèmes de téléassistance avec environ 1,7 million d'abonnés. (...) Le marché espagnol de la téléassistance se situe à environ 800 000 abonnés. (...) »

La téléassistance permet de sécuriser le maintien à domicile d'une personne âgée fragile, d'une personne en situation de handicap ou d'un patient chronique ou en convalescence à domicile et d'intervenir en cas de risque avéré (malaise, chute, blessure, intoxication, tentative d'agression ou d'intrusion au domicile). Grâce à la mise à disposition, au domicile de l'abonné, de services d'équipements techniques (boitier, médaillon ou bracelet) et d'un service d'écoute (plateau technique) disponible 24h/7j pour le lever du doute et alerter si nécessaire les services de secours (SAMU, secours pompiers) et l'aidant disponible le plus proche.

Logiquement, la **Téléassistance est la solution la plus utilisée** par les initiatives recensées dans notre panel : Corrèze Téléassistance pour M@do ; Bluelinea pour EHPAD@dom; E-lío (Senioradom) pour le groupe SOS Senior ; Otono-me pour Assistalliance Home care ; SeniorAdom pour AdSenior, pharmaGest pour la Plateforme numérique de service Bien vieillir en Moselle ; Sud-Isère pour

²³ Association Française de la téléassistance

Isere@Dom. Cette technologie sociale est à un moment crucial de son évolution en particulier en raison des innovations technologiques (infrastructures, digital, géolocalisation, normes) et du développement des usages et de la baisse des coûts.

2. Téléassistance augmentée : domotique, capteurs et objets connectés à domicile

En plus des solutions de téléassistance « classique », certaines initiatives s'appuient sur le numérique pour proposer de nouveaux services en particulier de prévention des risques : analyse préventive des signaux faibles via des dispositifs d'actimétrie, des objets connectés à domicile / domotique (capteurs de chutes ou d'activités, tensiomètre, balance, suivi hydrique, montre connectée...) et l'utilisation de services divers sur tablette tactile (via des remontées d'informations qualifiées).

3. Télémédecine

La télémédecine est une forme de pratique médicale à distance fondée sur l'utilisation des technologies de l'information et de la communication définie légalement²⁴. Cinq actes de télémédecine sont aujourd'hui définis par le ministère des Solidarités et de la Santé : Téléconsultation ; Téléeexpertise ; Télésurveillance ; Téléassistance et Régulation médicale.

De nombreuses initiatives recensées, tous types de porteurs confondus, proposent notamment le service de Télésurveillance médicale²⁵ destiné aux patients chroniques ou en convalescence à domicile : balance, tensiomètre, thermomètre, glucomètre, oxymètre ou podomètre connectés et des tablettes avec connexion Internet. Ce service est relié à une plateforme de téléconsultation médicale (Médecin Direct, DoctoLib, PharmaGest, IMA, Otono-me, CHU Grenoble). Les données récoltées et intégrées au dossier personnalisé favoriseront le suivi médical (accès à des données de santé antérieures) et l'identification de situations à risque (trouble de la tension, perte de poids...). Deux actions du panel proposent un service de Téléconsultation : un EHPAD disposant d'une cabine de téléconsultation, et un SAAD proposant à ses clients ce service (téléphone, vidéo ou discussion instantanée) via une plateforme partenaire (DoctoLib et MédecinDirect).

Ces solutions appuyées sur le numérique révolutionnent la gestion à distance des risques en permettant au service d'être présent (i) en amont grâce au suivi des comportements des bénéficiaires, de leurs plans de soins et des signaux faibles, (ii) au moment de la survenue d'une situation indésirable pour un accompagnement immédiat et (iii) ensuite, pour aider la personne et son entourage à faire face aux conséquences.

5.4 Partage de l'information et coordination entre les services et les professionnels

C'est ici que le numérique, en tant que **socle de partage de l'information pour une meilleure coordination entre les services**, devient un véritable levier de transformation organisationnelle dans les dispositifs de renforcement du maintien à domicile. Pour que ce partage d'informations et cette coordination des services soient effectifs sur le terrain, il est nécessaire que les systèmes d'informations des opérateurs du numérique et des services, et les technologies déployées au domicile soient interopérables.

²⁴ L'article 78 de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 dite « HPST » (hôpital, patients, santé et territoires) définit pour la première fois la télémédecine (art. L6316-1 du code de santé publique). Cinq actes de télémédecine sont ensuite définis dans le décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010 ainsi que leurs conditions de mise en œuvre. D'autres textes et guides de bonnes pratiques (Loi du 6 janvier 1978 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, Guide HAS, Politique Générale de Sécurité des Systèmes d'Information de Santé - PGSSI-S - etc.) viennent encadrer cette pratique médicale pour assurer la qualité et la sécurité des soins et des échanges.

²⁵ La télésurveillance médicale est définie par l'article R.6316-1 3° du code de la santé publique. Il s'agit d'un acte qui permet à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient et, le cas échéant, de prendre les décisions relatives à la prise en charge de ce patient. Ce service fait l'objet d'expérimentation par la loi de PLFSS 2014 et reconduite par celle de 2018 pour 4 ans) : ETAPES (Expérimentations de Télémédecine pour l'Amélioration des Parcours En Santé) qui encourage et soutient financièrement²⁵ le déploiement de projets de télésurveillance cohérents et pertinents sur l'ensemble du territoire.

Parmi les expérimentations recensées dans notre panel, seule Isere@dom a intégré dès le départ l'objectif d'interopérabilité des systèmes d'informations et outils numériques : « *démontrer la faisabilité des conditions de réalisation et de déploiement d'un système d'information qui intègre une plateforme téléphonique mais aussi : un site web, des bases de données, interfacés avec les opérateurs actuels de télé-santé (télé-alarme, télé-suivi médical, ...) et les systèmes d'informations santé des partenaires (CARSAT, CD, ARS, ...)* ». Le manque d'interopérabilité entre les solutions et services numériques dans la majorité des actions recensées constitue un frein au partage de l'information, et donc, à une coordination efficiente. C'est aujourd'hui une des problématiques du secteur médico-social : les différents acteurs, les multiples intervenants au domicile, utilisent des outils qui ne communiquent pas²⁶.

On comprend aisément que cette problématique d'interopérabilité est quasi impossible à résoudre pour un porteur de projet, seul, de type EHPAD, SSIAD ou SAAD, qui n'a pas les moyens et les compétences en interne nécessaires. En revanche le département, chef de file des politiques publiques grand âge, au-delà de la démarche télégestion, pourrait être légitimement porteur d'une dynamique territoriale de mise en place d'une plateforme numérique mutualisée de partage de l'information entre l'ensemble des services sur son territoire. Cette démarche devrait être articulée à celle mise en place par les agences régionales de santé.

En effet, depuis 2017, les ARS innovent et développent des plateformes de partage et de services pour faciliter la coordination et la prise en charge des patients entre professionnels (instruction N° SG/DSSIS/2017/8 du 10 janvier 2017 relative à l'organisation à déployer pour la mise en œuvre de la stratégie d'e-santé en région). A titre d'exemple, l'outil E-parcours de la Nouvelle-Aquitaine et l'offre de services – Terre-e Santé Ile de France proposent des interfaces numériques partagées sur le volet soins, qui devront être reliées aux projets de plateformes de renforcement du maintien à domicile.

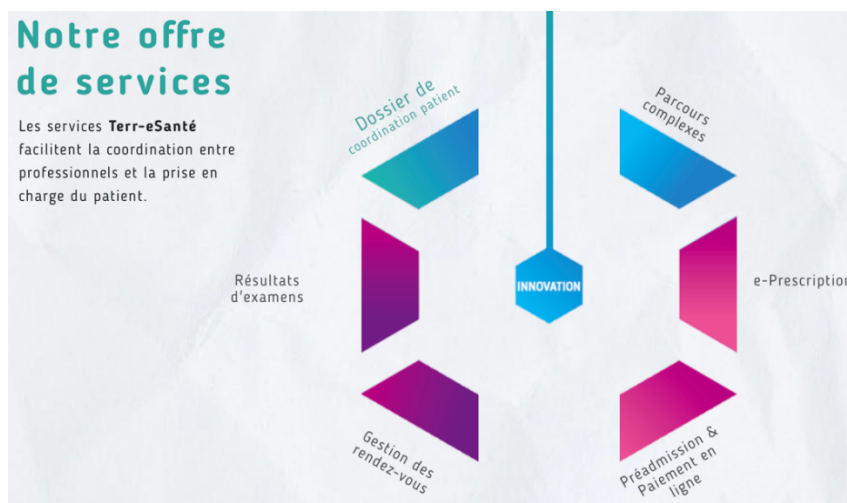
Illustration : Paaco-Globule : l'outil E-parcours de la Nouvelle-Aquitaine



Source : <https://www.esea-na.fr/programmes/paaco-globule-loutil-e-parcours-de-la-nouvelle-aquitaine>

²⁶ A signaler l'action pionnière menée par l'association EDESS (www.edess.org) qui produit des standards d'échange de données dans le secteur social et médicosocial en relation avec les différentes catégories d'acteurs concernés (donneurs d'ordre, financeurs, services à domicile, éditeurs).

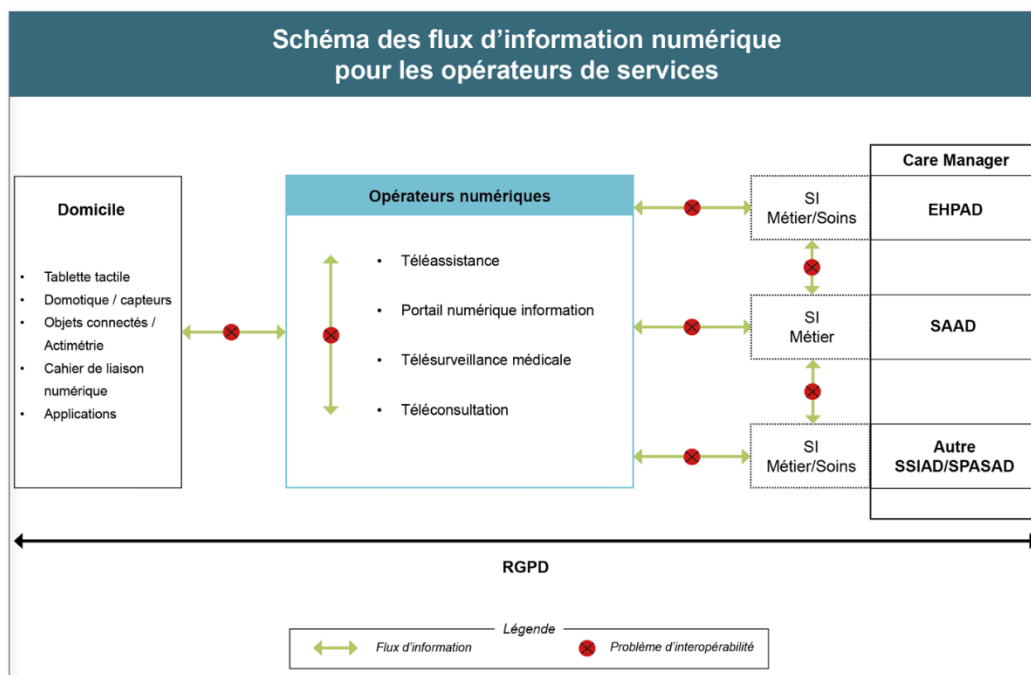
Illustration : l'offre de services – Terre-e Santé Ile de France



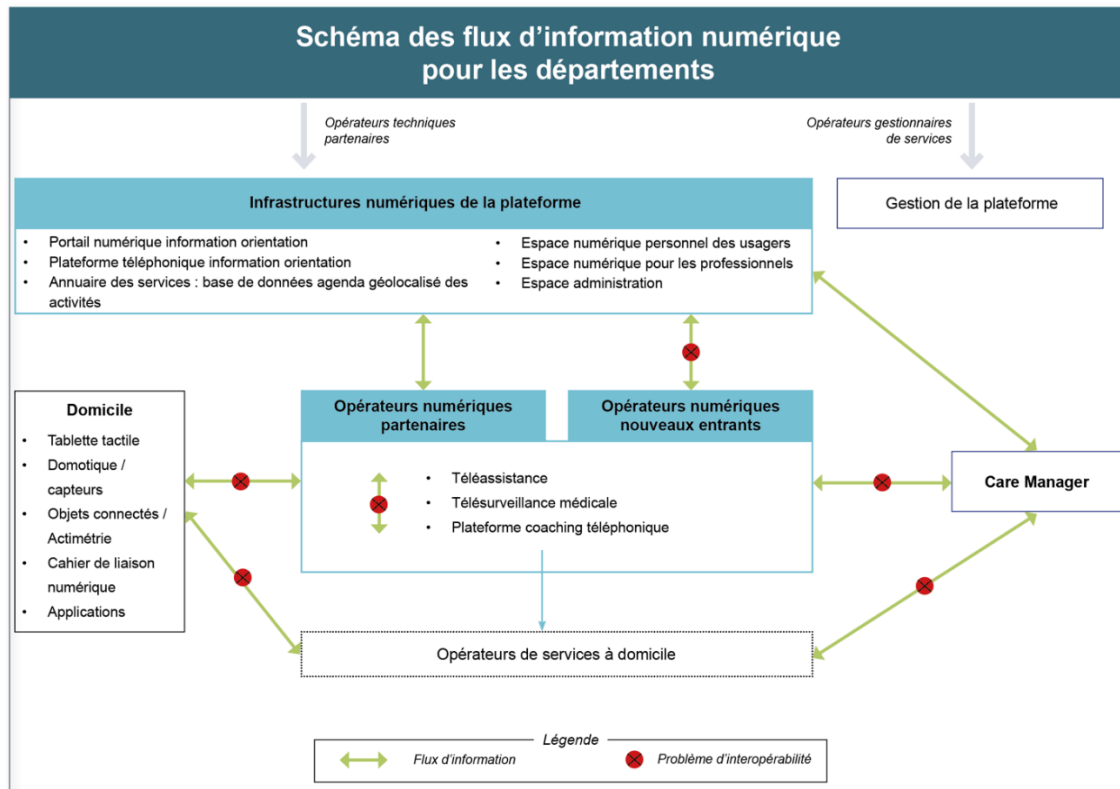
Source : <https://www.terr-esante.fr/>

Cette question d'interopérabilité est l'objet de la proposition 138 du rapport *Grand Âge et Autonomie* (2019) : *Garantir et rendre obligatoires des systèmes d'information partagés, collaboratifs et évolutifs entre les informations médico-sociales, sanitaires ou sociales, accessibles en mobilité pour tous les parcours*. Enfin, le rapport *Grand Âge et Numérique : Objectif 2030*²⁷ met aussi le système d'information au centre des enjeux numériques avec sa première partie : « Le système d'information, un investissement stratégique prioritaire ».

En conclusion de ce chapitre, nous avons schématisé **les technologies utilisées, les flux numériques identifiés et les problématiques d'interopérabilité** au sein des initiatives recensées sous la forme de deux schémas organisationnels (Opérateur de service ou Département).



²⁷ Matières grises, Le Think Tank & Capgemini invent, Biancarelli G., Bouvier M., Burgade L., Kuhn-Lafont A., Lacheray M., GRAND ÂGE ET NUMÉRIQUE : OBJECTIF 2030, Rattraper le retard français, Les études de Matières Grises - #3, 2019



Au-delà de la question de l'interopérabilité, le développement des plateformes numériques de services, quand elles s'adressent notamment à des personnes en situation de fragilité vivant à domicile, dépendra également des capacités des fournisseurs de solutions numériques à assurer un cadre de sécurité (cybersécurité), un cadre éthique et un cadre de confiance indispensables au développement des usages des publics et des professionnels. De ce fait, ils doivent s'articuler aux dispositifs mis en place par les pouvoirs publics nationaux (DMP, messagerie sécurisée, agenda...) et européens (RGPD) et plus globalement aux cinq orientations nationales de la feuille de route « Accélérer le virage numérique »²⁸ du plan « Ma Santé 2022 ».

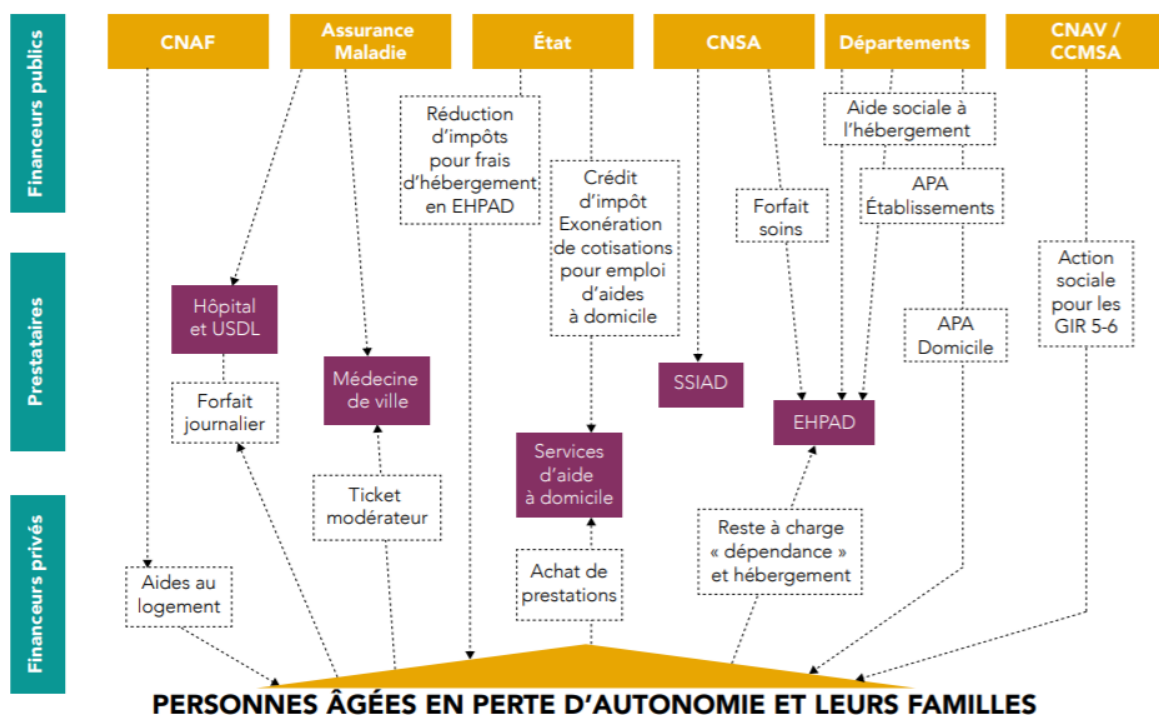
²⁸ Voir dossier de presse « Feuille de route Accélérer le virage numérique » du 25/04/2019.

6. Des modèles économiques, juridiques et d'organisation en recherche

Depuis plus de deux décennies, le débat public sur les enjeux du vieillissement se focalise sur la question du financement, tant sur son niveau que sur la répartition de sa charge entre l'Etat, les collectivités, les caisses nationales, les ménages et le marché. La Concertation Grand âge et autonomie lancée fin 2018 par le Gouvernement et les propositions du Rapport Libault (mars 2019) ne dérogent pas à cette règle. Or, au-delà de la question du financement de la dépendance, les politiques publiques d'accompagnement du vieillissement et des personnes âgées restent encore trop marquées par un enchevêtrement de responsabilités et de compétences en matière de gouvernance, de financement et de mise en œuvre des services.

Les Conseils généraux sont désignés depuis la loi de décentralisation (2004) chefs de file de l'action sociale et donc de l'autonomie mais ils ne sont pas les seuls pilotes car ils doivent compter avec les financements de la sécurité sociale, notamment ceux de l'assurance maladie, et partager leurs compétences de régulation du secteur avec les agences régionales de santé, mais également avec d'autres caisses nationales (CNSA, CNAF). Depuis la loi du 29 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, ils co-pilotent avec les délégations territoriales des ARS les Conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie (CFPPA) ; de ce fait, ils interviennent désormais auprès des personnes âgées autonomes (Gir 6 et 5) qui ne relevaient pas de leur responsabilité et sur des aspects non strictement médicosociaux de la politique du grand âge. Mais, ils doivent compter sur les financements et les compétences des autres membres : caisses de retraite et de prévoyance, Mutualité Française, Agence nationale de l'habitat, communes et intercommunalités. Enfin, en dépit de la décentralisation de l'action sociale maintes fois plébiscitée, le niveau national a repris l'initiative à la faveur des multiples plans « grand âge ». Cet enchevêtrement des responsabilités, des compétences et des circuits de financement nuit à la visibilité, à la cohérence et à l'efficacité des actions sur le terrain, et en particulier à la nécessité d'un continuum des prises en charge sur le parcours de vie et de soin.

Schéma de financement et d'organisation du secteur des personnes âgées



Source : Rapport Concertation Grand âge et autonomie, D. Libault 28/03/2019.

6.1 Modèles économiques des offres de services de renforcement du maintien à domicile

L'analyse des modèles économiques des initiatives recensées s'appuie sur des documents de présentation générale et des entretiens (1 heure) que nous avons eus avec leurs représentants sans avoir eu accès à leurs données comptables et financières ventilées par postes de charges et circuits de financement. De ce fait, nous ne sommes pas en mesure d'évaluer les coûts réels par usager et types de services courants et complémentaires utilisés.

6.1.1 *Pour les services courants et une bonne partie des offres complémentaires, le modèle économique peut s'appuyer sur les financements de droit commun ou des aides extra-légales*

Qu'elles soient proposées par un EHPAD, un SSIAD ou un SAAD (ou tous autres organismes de soins ou ESMS) engagés dans une démarche de renforcement du maintien à domicile, la quasi-totalité des offres courantes et une bonne partie des offres complémentaires proposées par les initiatives recensées sont disponibles sur le marché et leur financement existe : soit des financements de droit commun (assurance maladie, allocations sociales), soit des aides extra-légales (collectivités, caisses de retraite). Le reste à charge supporté par le bénéficiaire peut être plus ou moins significatif selon les services, peu pour les soins surtout pour les affections de longue durée (ALD), et plus pour les autres services (aide à domicile, adaptation du logement). L'accès aux aides extra-légales des communes ou des caisses de retraite est sous conditions de ressources ; il peut être rendu complexe, limité ou non pérenne, mais ces financements existent et peuvent être mobilisés.

Pour illustrer notre propos, nous avons retenu quatre grandes catégories de services nécessaires au renforcement du maintien à domicile²⁹ :

	Financements ordinaires	Financement extra-légal
Soins, soins à domicile, ESA et dispositifs médicaux	Assurance maladie, Agence régionale de santé, Assurance complémentaire santé Reste à charge usager	Protection universelle maladie (PUMA) ancienne CMU
Aide à domicile (y compris la téléassistance, portage de repas, transport accompagné)	APA – PCH, Crédit d'impôt, exonérations sociales Reste à charge usager	Commune/EPCI via CCAS/CIAS Caisse de retraite Assurance
Accueil de jour/nuit et hébergement temporaire (y compris le transport)	APA – PCH, Droit au répit Assurance santé Reste à charge usager	Aide sociale à l'hébergement (ASH) département Commune/EPCI via CCAS/CIAS Caisse de retraite
Diagnostic adaptation du logement et aides techniques	ANAH Crédit d'impôt APA – PCH CNAF CNAM Reste à charge usager	Communes/EPCI via CCAS/CIAS Caisse de retraite Bailleurs sociaux

²⁹ Pour plus de détaille, voir en fin du chapitre Tableau des offres de services et leurs circuits de financement.

Dans notre panel, nous avons repéré plusieurs initiatives qui ont su construire un modèle économique appuyé uniquement sur les circuits de financement de droit commun :

- Domicile : Assistalliance Home Care, La maison de retraite à domicile (groupe AMA) ;
- EHPAD : Solidarité Versailles Grand Age, Pôle domicile EHPAD de Biscarrosse, Diapason 92 ;
- Maison de retraite à domicile, ADSeniors, groupe AMA.

Ces opérateurs proposent des services courants et complémentaires adossés sur les financements de droit commun existants : APA – PCH, crédit d'impôt, exonérations sociales, reste à charge usager. Cependant, elles butent toutes sur les contraintes et les limites de fonctionnement en silos des financements de droits communs en particulier sur deux volets : les investissements dans la plateforme technique (SI, dossier personnel numérique, applications, objets connectés) et la coordination des interventions à domicile qui se font sur les marges des services courants.

Pour les EHPAD qui portent un projet d'innovation, la majorité est financée dans le cadre de l'article 51, loi de financement sécurité sociale PLFSS.

Loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2018

Elle a introduit, en son article 51, un dispositif permettant d'expérimenter de nouvelles organisations en santé reposant sur des modes de financement inédits. L'objectif est de promouvoir des organisations innovantes contribuant à améliorer le parcours des patients, l'efficacité du système de santé, l'accès aux soins ou encore la pertinence de la prescription des produits de santé. Les dispositions de l'article 51 la de loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 permettent de tester de nouveaux modes de rémunération et d'organisation, dont les modalités de mise en œuvre et d'application sont précisées par le décret n° 2018-125 du 21 février 2018 et par la circulaire n° SG 2018-27 du 13 avril 2018. Il s'agit d'une véritable opportunité pour expérimenter, évaluer et généraliser de nouvelles approches puisque ce dispositif permet de déroger à de nombreuses règles de financement de droit commun et d'organisation, applicables en ville comme en établissement hospitalier ou médico-social. Deux fonds peuvent être mobilisés :

- Le **fonds pour l'innovation du système de santé (FISS)** a également été créé pour accompagner ces initiatives ;
- Le **Fond d'intervention régional (FIR)** dédié à l'axe « innovation et organisation ».

6.1.2 *Le modèle économique des démarches EHPAD hors les murs n'est pas viable hors financements dérogatoires (ARS, collectivités, conférences des financeurs, mutuelles)*

Normalement, le financement des services courants et une partie des services complémentaires proposés par les opérateurs engagés dans ce type de démarche est assuré en mobilisant les mêmes circuits décrits précédemment. Dès lors, une question se pose : quels sont les services non pris en charge par les financements existants (y compris le reste à charge de l'usager) qui nécessiteraient des financements dérogatoires ?

Dans l'état actuel des données collectées très limitées comme nous l'avons rappelé en haut, nous pouvons seulement proposer une ventilation globale sans chiffres précis des ressources financières affectées aux projets. Pour l'essentiel, il s'agit :

- **Des surcoûts de la mise à disposition d'un ou plusieurs services existants en EHPAD au bénéfice des personnes âgées vivant à domicile** : coûts d'interventions et déplacements des personnels, comme par exemple les prises en charge et le suivi du plan soins à domicile par des infirmières, astreinte infirmière de nuit, consultation gériatrique ou équipe gériatrique mobile, installation de matériel médical, diagnostic conseil d'ergothérapeute et psychomotricien(ne), petits bricolages. Or, certains de ces services peuvent être financés par le droit commun (crédit d'impôt, assurance maladie, complémentaire santé, aides sociales, etc, avec un reste à charge de l'usager)

comme par exemple diagnostic habitat, petits bricolages, installation de matériel médical ou consultation gériatrique. Pour les autres services proposés habituellement réservés aux résidents de l'EHPAD et financés sur le budget hébergement comme par exemple la restauration, la participation aux ateliers d'animation et services bien-être, soit il est prévu une participation financière des personnes âgées utilisatrices du ou des services, ou un financement via les caisses de retraite, collectivités partenaires et en général, les conférences de financeurs ;

- **Des surcoûts de coordination de la mise en œuvre des services en direction des personnes âgées vivant à domicile** réalisée par le médecin coordonnateur, l'équipe du service pilote (ex. SSIAD) et dans certains cas, un référent spécialement dédié. La charge de cette coordination nécessaire des services internes et externes assuré par l'opérateur pilote doit trouver son financement propre qui théoriquement ne peut pas être affecté à un ou aux services internes ou difficilement en raison d'un possible risque réglementaire et économique. Se pose ici la question du devenir du service de coordination post expérimentation, surtout lorsque des embauches ont été nécessaires ;
- **Des coûts d'ingénierie et d'investissements** : système d'information, dossier médicosocial numérique, applications diverses, objets connectés, hébergement de données, RGPD, évaluation médico-économique, etc. ;
- **Des coûts de formation et d'accompagnement des utilisateurs** professionnels et bénéficiaires (personnes âgées, aidants) des outils et des services.

On touche là les limites de ces circuits de financement de droit commun fonctionnant en silos avec leurs logiques de tarifications spécifiques et lourdeur de gestion même en cas de CPOM³⁰, mais également celles des financements dérogatoires de projets d'expérimentations mal structurés. Et il est surprenant de constater la multiplication ces dernières années du nombre d'appels à projets types « EHPAD hors les murs » ou « EHPAD pôle ressources » sans qu'il y ait en amont au sein de la DGCS, de la CNSA et des ARS une réflexion sérieuse³¹ sur les évolutions du cadre légal et financier nécessaire à leur pérennisation au-delà de l'expérimentation³², voire à leur généralisation en cas de résultats probants. Or, le développement de telles démarches, qu'elles soient du type « EHPAD hors les murs » ou « plateforme de services domicilo-centrée » requiert une modification en profondeur de l'organisation du secteur, et en particulier du régime des autorisations et des règles de financement.

6.2 Les expérimentations portées par les collectivités posent des problèmes de modèles juridiques et économiques

Dans les cas de Isere@Dom (Département de l'Isère) et de la Plateforme numérique de services « Bien vieillir à domicile » (Département de La Moselle), il s'agissait de deux démonstrateurs relativement similaires dans leurs démarches (construction technique, conduite de projet, conception des services et des outils, pilotage et évaluation).

La mise en œuvre est confiée à des opérateurs privés :

- Isere@Dom : Orange HealthCare, Inter Mutuelles Assistance (IMA) et Altran ;
- Plateforme numérique Bien vieillir (Moselle) : Groupe SOS et PharmaGest.

³⁰ Pour répondre aux déficits de coordination des services de soins (SSIAD) et d'aide (SAAD) à domicile, la loi ASV (2015) a favorisé le développement des SPASAD (Service polyvalent d'aide et de soins à domicile) ; or, les opérateurs ayant contracté un CPOM dans ce sens constatent les lourdeurs en termes de gestion du fait notamment des différences de mode de financement et de l'existence de deux autorités de tarifications et de contrôle, l'ARS et le CD. De ce fait, les usagers voient se succéder des intervenants multiples avec une coordination aléatoire. Pour remédier à cela, les SPASAD doivent disposer d'une taille critique pour s'assurer du financement d'un poste dédié spécifiquement à la coordination des soins et de l'aide.

³¹ La CNSA et la DGCS ont mis au point en mars 2019 deux outils d'analyses et d'évaluation d'un dispositif innovant de soutien renforcé à domicile, l'objectif étant d'apporter aux financeurs et aux porteurs de projets un cadre d'analyse harmonisé : profils des usagers accompagnés, contenu des services proposés, organisation de la production et économie du dispositif.

³² Notre étude benchmark a repéré deux initiatives EHPAD hors les murs parmi les plus anciennes, « Fil à soi » dans l'Oise et « Villa Pia » en Gironde qui ont bénéficié de financements ARS mais qui se sont arrêtées à la fin de l'expérimentation, et le cas d'un opérateur EHPAD qui a gagné un appel à projets ARS mais qui ne se décide toujours pas de passer à l'action faute de savoir comment s'y prendre et par crainte de ne pouvoir pérenniser les emplois prévus dans le cadre de l'expérimentation !

Le financement est assuré essentiellement par des subventions publiques et privées :

- Isere@Dom : Département (50%), Région ARA (FEDER et CPER), ARS-ARA, CDC, CARSAT Rhône-Alpes, AG2R et APICIL ;
- Plateforme numérique de services - Bien vieillir : Département et Conférence des financeurs de la Moselle, ARS Grand Est, CDC et Région.

Ces financements couvrent les coûts d'ingénierie, d'investissements informatiques et techniques (SI, logiciels, applications, plateforme téléphonique, etc), de mise en œuvre et coordination des services, et **de conduite de projet (évaluation, structuration). L'accès des usagers aux services est gratuit dans le cas d'Isere@Dom et payant (forfait mensuel de 25€TTC) pour celui de la Moselle mais il ne couvre pas le coût du service.**

Le modèle économique, dans les deux cas, est essentiellement dépendant des subventions publiques et privées. Pour le département de l'Isère et ses partenaires, l'enjeu est de préparer l'après expérimentation qui doit se terminer début 2020 pour assurer la pérennité du service. Le département de la Moselle sera confronté, l'année d'après, au même problème. Plusieurs questions se posent alors : quels services à commercialiser, quels modèles économiques et d'organisation, quelle structuration juridique (service public, DSP, PPP, GIE, SEMOP, association) ?

Le cas de XL Autonomie est différent ; il ne s'agit pas d'un démonstrateur. La SEMOP³³, créée et détenue à parité égale par le département des Landes et le groupe La Poste, a une mission de délégation de services publics (DSP) pour une durée de 5 ans avec l'objet « la gestion du service public d'assistance numérique aux personnes vulnérables délégué par le Département des Landes ». L'ambition de XL Autonomie est également de développer une offre commerciale sur un marché en émergence. Toutefois, à ce jour, le financement du service est assuré grâce aux subventions publiques (Département des Landes, CARSAT Nouvelle Aquitaine, Communes et leurs EPCI partenaires, Conférence des financeurs) qui permettent de proposer un forfait mensuel de 30€TTC (soit 15€ après crédit d'impôt) qui reste à la charge de l'utilisateur. Par ailleurs, le modèle juridique de la SEMOP constitue un frein au développement d'une stratégie commerciale de diversification des services et de développement hors département des Landes. La question du devenir de la SEMOP à échéance de 2024 (fin de la durée de la DSP) est clairement posée.

Tableau des offres de services et de leurs financements

SERVICES	FINANCEMENTS
ACCUEIL DE JOUR / NUIT HEBERGEMENT TEMPORAIRE	- APA domicile en partie ou totalité dans le cadre du plan d'aide proposé par l'équipe médicosociale APA (frais de transport : soit un forfait versé à l'utilisateur ou déduit du tarif journaliser sous plafond) ; - Si plafond atteint ou d'un reste à charge allant à la personne, il est possible de mobiliser le droit au répit de l'aidant créé par la loi ASV 2015 ; - ASH (aide sociale à l'hébergement) dans certains départements en plus de l'APA à domicile ; - Aide partielle : sa caisse de retraite, son assurance santé ou encore sa commune/EPCI via son CCAS/CIAS dans le cadre des <u>aides extralégales</u>.
EQUIPE SPECIALE ALZHEIMER	- Assurance maladie (100%).
SSIAD	- Assurance maladie (100%).
SPASAD	- Financements SAAD et SSIAD.

³³ Société d'économie mixte à opération unique

SOINS INFIRMIER LIBERAL	- Si infirmier conventionné, les soins sont pris en charge par l'assurance maladie (60% du tarif, les 40% restants étant à la charge de l'assuré ou de sa complémentaire santé) ; - Si non conventionné, les honoraires sont fixés librement et pris en charge par l'assurance maladie au tarif plafonné). Ce cas de figure est peu répandu.
PERMANENCE DE SOINS (nuit, week-end, jour férié)	- Basé sur le volontariat en médecine de ville, il en existe en EHPAD (postes d'infirmières mutualisés) ; - Prise en charge par l'assurance maladie, complémentaire santé et reste à charge.
SAAD	- APA, PCH (département) ; - Crédit d'impôt (50%) ; - Reste à charge bénéficiaire ; - Assurance santé, dépendance ; - Il est possible de solliciter l'aide de sa caisse de retraite (Gir 5) ou de sa commune (aide extra-légales).
SAP	- Crédit d'impôt (50%) ; - Exonération de charges sociales (70 ans et plus) ; - Reste à charge bénéficiaire. La liste des services SAP comprend également aide à la mobilité, accompagnement à l'extérieur (RDV médecin, etc), livraison de courses, repas, livres, journaux, documents administratifs, médicaments...
PORTAGE DE REPAS ET ACCES AUX FOYERS RESTAURANTS	- Les CCASCIAS et certains départements (aide extra-légales) financent le portage de repas et l'accès aux foyers-restaurants.
TELEASSISTANCE	- APA (département)Crédit d'impôt (50%) ; - Reste à charge bénéficiaire ; - Aide de sa commune, caisse de retraite, assurance (santé, dépendance). La Téléassistance avec capteurs et objets connectés est prise en charge par les mêmes financements.
TELESURVEILLANCE MEDICALE	ETAPES (Expérimentations de Télémédecine pour l'Amélioration des Parcours En Santé) est une expérimentation (loi de PLFSS 2014 et reconduite par celle de 2018 pour 4 ans) qui encourage et soutient financièrement le déploiement de projets de télésurveillance cohérents et pertinents sur l'ensemble du territoire. La télésurveillance est définie par l'article R.6316-1 3° du code de la santé publique. Il s'agit d'un acte qui permet à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient et, le cas échéant, de prendre les décisions relatives à la prise en charge de ce patient. Art. 36 : rémunérations forfaitaires fixes par semestre et par patient en fonction du cahier des charges et de l'acteur concerné : médecin effectuant la télésurveillance, professionnel de santé effectuant l'accompagnement thérapeutique, et fournisseur de solution de télésurveillance et des prestations associées.
DIAGNOSTIC ADAPTATION DU LOGEMENT	En France, il existe deux dispositifs distincts mais qui se recoupent partiellement : - Les dispositifs médicaux, définis par l'article L. 5211-1 du code de la santé publique, qui relèvent du champ des soins d'autonomie et dont la liste et les règles de prise en charge et de financement relèvent de la liste des produits et prestations remboursables de l'assurance maladie (LPPR) ; - Les aides techniques et aménagements du logement, définis par l'annexe 2-5 du code de l'action sociale et de la famille (CASF), qui visent soit à la compensation d'un handicap soit à la prévention d'une perte d'autonomie et dont la liste et les règles de prise en charge et de financement relèvent d'un arrêté du ministre chargé des affaires sociales. Le cadre référentiel reste celui de la loi 2005 « Egalité des chances... » et la définition générique au 2° de l'article L. 245-3 du code de l'action sociale et des familles (CASF). Mais il est réservé aux personnes reconnues handicapées avant 60 ans. La loi ASV

	reprend cette définition dans son article R233-7 pour l'élargir aux personnes âgées de 60 ans et plus, mais sans rendre obligatoire un droit à compensation : pas d'évaluation systématique des besoins en adaptations du logement et aides techniques, pas d'ergothérapeutes dans les équipes médicosociales du département, pas de financement dédié. <u>Les circuits de financements de droits communs :</u> - CNAM et assureurs santé prévoyance (dispositifs médicaux) ; - PCH (département) ; - APA peut être utilisée pour l'acquisition d'aides techniques, mais elle est inadaptée et sous-dimensionnée pour financer l'adaptation du logement. Il existe deux circuits de financement extra-légaux de l'adaptation du logement des personnes âgées : - Crédit d'impôt (CGI art. 200 quater A) : les personnes âgées dépendantes et handicapées propriétaires ou locataires (résidence principale) peuvent bénéficier d'un taux de crédit d'impôt de 25% du montant des dépenses plafonnées à 5K€ pour une personne seule et 10K€ pour un couple soumis à imposition commune - ANAH : les aides de l'ANAH bénéficient aux personnes handicapées et dépendantes (propriétaires occupants) pour adapter leur habitat aux besoins de leur autonomie sous conditions de ressources : très modestes (50% du coût de travaux plafonnés à 10K€) et modestes (35% avec un plafond de 7K€). La loi ASV a créé (art. 3, décret 2016-209 du 26/02/2016) la « conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie » (CFPPA). Parmi les 6 axes d'intervention de la CFPPA, le premier est dédié à « l'amélioration de l'accès aux équipements et aux aides techniques individuelles favorisant le soutien à domicile... » Le guide technique de la CFPPA définit ces aides techniques : - Aides techniques inscrites à la liste des produits et prestations remboursables (LPPR) ; - Aides techniques, mobilisant notamment les TIC (technologies de l'information et de la communication) pour l'autonomie et la sécurisation de la vie à domicile et le maintien du lien social ; - Téléassistance ; - Pack domotique, autres technologies et aides techniques, en particulier celles contribuant à la prévention du risque de chute au domicile (barre d'appui dans la salle de bains, rehausseur de w.-c., main courante dans un escalier, etc.). Ces aides techniques bénéficient pour au moins 40 % de leur montant à des personnes âgées autonomes (Gir 6 et 5) et 60% aux personnes âgées classées Gir 4 - 1. L'adaptation de l'habitat n'est pas éligible aux concours dédiés à la CFPPA. Il existe d'autres circuits de financements : - CNAF : financement adaptations logements aux allocataires modestes ; - Communes/Intercos : aide financière adaptation du logement et aides techniques, opérations programmées (OPAH) ; - Bailleurs sociaux : programmes publics d'adaptation des logements de personnes âgées dépendantes et handicapées ; loi ELAN habitat inclusif, Dégrèvement de taxe foncière sur les bâtiments, subvention CNAV.
--	--

7. Les modèles d'organisation : modèle intégré vs externalisé coordonné

L'analyse des actions recensées fait apparaître deux modèles d'organisation des offres de services renforcés en faveur du maintien à domicile : **un modèle intégré vs un modèle externalisé coordonné**.

■ Le modèle intégré :

Ce modèle est récent et en cours de développement en particulier par les grands opérateurs EHPAD du privé lucratif et non lucratif qui se positionnent sur plusieurs segments du marché (i) des soins (SSR, SSIAD, clinique psychiatrique, télémedecine), (ii) de l'aide à domicile (SAAD, SAP)³⁴, (iii) des résidences services seniors ainsi que (iv) d'autres formes d'habitats-services pour personnes âgées en perte d'autonomie (colocation, habitat partagé)³⁵.

Ces stratégies de filières en développement sont motivées par la recherche de la taille critique et surtout de nouveaux gisements de croissance qui sont davantage dans le secteur des services de soins et d'aide à domicile que dans celui des EHPAD en raison du ralentissement depuis 2010 de la création de nouveaux lits médicalisés. Certes, mais elles participent également à la restructuration en profondeur du secteur médicosocial et sa transition de la logique de structures spécialisée à celle de la prestation personnalisée et du parcours de vie et de soins. En dépit de ses faiblesses, le secteur du domicile n'est pas à l'écart de cette dynamique de diversification de l'offre de services et de regroupements des structures. En effet, quelques groupes de taille moyenne émergent sur les territoires se positionnant sur toute la chaîne de valeur du domicile : SAP/SAAD, SSIAD/SPASAD, ESA, MAIA, plateforme de répit des aidants, réseaux de santé, etc. Mais, ils sont plus rares et n'ont pas encore la force de frappe des groupes EHPAD.

Les résultats de notre enquête confirment ces tendances. En effet, ce sont les opérateurs EHPAD recensés dans notre panel qui ont la capacité d'intégrer en interne une offre de services courante et complémentaire orientée vers le domicile la plus grande, grâce à leurs nombreux services internes (accueil information, accueil de jour/nuit, hébergement temporaire, ESA, restauration, ateliers d'animation, etc.) mais également grâce à la gestion d'un SSIAD, SSR, ESA, etc. Ils disposent de moyens matériels et humains en interne pour prendre en charge la sécurité de la personne à son domicile en intervenant en cas d'alerte pour le « lever de doute » et l'assistance grâce à un service de téléassistance et télésurveillance médicale d'un partenaire et un service astreinte infirmière de nuit. Ils peuvent proposer un accueil d'urgence (transport et chambre en EHPAD) pour soulager l'aidant proche ou éviter une hospitalisation évitable.

Mais en même temps, notre analyse des expériences recensées montre que les EHPAD engagés dans ces démarches ne disposent pas en interne de tous les services complémentaires proposés et recourent souvent à des prestataires ou partenaires externes. C'est le cas en particulier des services de téléassistance et télésurveillance médicale et ses outils (capteurs, objets connectés, assistance 24/7, télé-conseil médical), des services de soins à domicile quand ils ne disposent pas d'un SSIAD ou encore le transport accompagné... Ainsi, les opérateurs EHPAD sont plus à même de coordonner une palette de services internes et externes plus ou moins importantes en confiant cette mission à l'équipe du service pilote du projet, en général, le SSIAD, au médecin coordonnateur ou un professionnel dédié à cette fonction dans le cadre du projet.

Ce qui n'est pas le cas des opérateurs mono-exploitants d'EHPAD ou d'un service à domicile qui ne disposent pas d'un panel de services, de moyens matériels et humains suffisants pour déployer une offre complémentaire intégrée ; de ce fait, ils recourent davantage aux prestataires et partenaires externes. C'est le modèle externalisé coordonné.

³⁴ <https://home.kpmg/fr/fr/home/insights/2015/12/ehpad-vers-de-nouveaux-modeles.html>, consulté le 15/10/19

³⁵ Les groupes Korian, DomusVi et Orpea Services se montrent les plus dynamiques dans cette stratégie de filière, mais également les groupes et réseaux du secteur non lucratif comme le réseau Mutualité Française, le groupe VYV

■ Le modèle externalisé coordonné :

Dans le contexte présent du secteur médicosocial marqué par une forte spécialisation, un grand éclatement des services et un fonctionnement en silos, aucun opérateur, même quand il s'agit d'un grand groupe, n'est en capacité, à lui seul, de fournir sur son territoire de proximité la totalité des services nécessaires au renforcement du maintien à domicile. Les opérateurs EHPAD et SAAD recensés doivent contractualiser avec des partenaires ou des prestataires pour les services complémentaires non fournis en interne³⁶ : SSIAD, SPASAD ou SAAD, CCAS/CIAS, CLIC, MAIA, coordination gérontologique, professionnels de santé libéraux, kinésithérapeute, ergothérapeute, HAD, hôpital, téléassisteuse, télémedecine, start up, services de transport, etc.

Cependant, la coordination est moins aisée que dans le cas du modèle intégré : un EHPAD ou un SAAD fonctionnant en mono-exploitation ne dispose pas des moyens matériels et humains en interne suffisants pour assurer la coordination entre les nombreux partenaires ou prestataires. En outre, cette coordination nécessaire des services a un coût en temps et en ressources, difficile à imputer au modèle économique très contraint des services courants.

Ces deux modèles de coordination, intégré vs externalisé coordonné, présentent des atouts et des faiblesses, des opportunités et des risques.

Analyse comparée des deux modèles

	Modèle intégré	Modèle externalisé coordonné
Atouts	- Maîtrise de la chaîne de valeur offre courante et offre complémentaire - Optimisation des services et ressources - Capitalisation et gains économiques (% de marché, CA...)	- Capacités d'adaptation de l'offre sur le territoire - Faible mobilisation de fonds propres - Synergie et partage des risques avec partenaires externes
Faiblesses	- Mobilisation de fonds propres	- Coordination externe énergivore - Capitalisation et gains économiques faibles
Opportunités	- Développer une gamme d'offres diversifiées - Prendre des parts de marché - Capter de nouvelles ressources - Développer des compétences - Innovation - Notoriété	- Proposer une gamme d'offres diversifiées - Prendre des parts de marché - Capter de nouvelles ressources - Développer des compétences - Innovation - Notoriété
Risques	- Offre complémentaire (investissements, commercialisation, exploitation) difficile à rentabiliser - Risque économique	- Risque de qualité et de rupture de services - Risque d'image - Risque économique - Risque juridique

L'opérateur pilote d'une démarche de services complémentaires pour renforcer le maintien à domicile se porte garant de la mise en œuvre des services, de leur qualité et de leur continuité. Il est l'interlocuteur unique de l'usager, une personne âgée, en situation de handicap ou un patient chronique

³⁶ A noter l'échec d'un porteur d'un dispositif EHPAD hors les murs d'imposer aux personnes âgées participant à l'expérimentation ses propres services de soins et d'aide à domicile, ainsi que le service de téléassistance de son partenaire. Les personnes âgées ont préféré garder leurs auxiliaires de vie et infirmières (un intervenant à domicile est une personne de confiance, une relation qui se construit dans la durée) et l'idée de résilier son téléassisteuse pour un nouveau pouvait les freiner (démarches à faire, installations de nouveaux matériels, réapprendre à utiliser un nouveau service, etc.).

ou en convalescence et de ses aidants proches. Il s'agit d'un engagement global même si techniquement et juridiquement il n'endosse pas toute la responsabilité sur toutes les composantes de l'offre complémentaire quand elles sont confiées à des partenaires ou prestataires avec lesquels il a préalablement contractualisé la répartition des missions et des obligations respectives.

Toutefois, que se passe-t-il en cas de dysfonctionnements de l'organisation des services (agenda, tâches, personnels), des équipements techniques (téléassistance, télésurveillance, objets connectés, réseau Internet, etc.) et de la gestion des risques (alerte, lever de doute, secours) ? Qui porte la responsabilité d'une moindre qualité du service rendu vis-à-vis de l'utilisateur, ou de sa rupture et ses conséquences (sécurité, santé, bien-être) pour l'utilisateur ? S'engager dans des démarches innovantes d'offres de services nécessitant des externalisations de services avec l'intervention de partenaires ou de prestataires n'est pas sans risque pour l'opérateur pilote en termes d'image quand ce n'est pas un risque commercial, voire juridique.

Pour conclure, ces deux modèles de coordination intégré vs externalisé coordonné, ne sont ni alternatifs ni exclusifs, bien au contraire, ils se croisent et se combinent. Ce sont là, dans l'état actuel de l'organisation et la structuration du secteur, deux conditions indispensables pour véritablement prétendre proposer une offre de services renforcés orientés vers le domicile.

8. La coordination des interventions à domicile et le modèle de référent unique, « Care Manager »

La coordination est un enjeu majeur en particulier dans le secteur du domicile. Les cloisonnements et l'émiettement des services de soins et d'aide à domicile sur les territoires entraînent pour les usagers un manque de lisibilité des aides et des offres de services adaptés à leurs situations et à leurs besoins, une complexité des démarches pour y accéder et des ruptures des prises en charge préjudiciables à leur qualité de vie. Quand il ne s'agit pas de perte de chance.

La coordination n'est pas une question nouvelle ; elle est née avec la mise en place des premières politiques publiques destinées aux personnes âgées, autant dire avec le rapport Laroque (1963). Depuis, elle a donné lieu à un empilement de dispositifs divers censés coordonner les interventions des professionnels et des structures de soins et d'aide. La coordination n'est pas une question univoque ; elle peut varier d'un dispositif à l'autre dans son objet et ses objectifs, son périmètre d'action et ses modalités d'organisation, son financement et sa gouvernance.

Pour schématiser, nous proposons de la définir selon trois niveaux :

- **Coordination des parcours complexes** : divers dispositifs ont été mis en place ces dernières années (MAIA, PTA, PPS/PAERPA, etc.) pour gérer des situations complexes, apporter un soutien aux professionnels concernés et coordonner leurs interventions qui sont en général ponctuelles et ciblées ;
- **Coordination interne au service** : au sein de chaque service, en EHPAD, dans un SSIAD ou un SAAD, une fonction de coordination est censée organiser les interventions des professionnels du service. Mais il s'agit d'une coordination essentiellement interne même si elle doit prendre en compte des intervenants externes (médecin traitant, hôpital, services sociaux...) ;
- **Coordination externe générale** : elle porte sur l'ensemble des publics cibles à l'échelle d'un territoire, le département ou la commune, ou d'un territoire infra avec l'objectif d'assurer la cohérence des politiques publiques, la mise à disposition des services et leur accessibilité par les usagers (CLIC, SMS-département, CCAS/CIAS, MDPH, Maison de l'autonomie, Coordination gérontologique, CPTS, plateforme de répit, réseaux de santé, etc.).

Ces trois types de coordination ont tous leur légitimité ; toutefois, la première s'adresse aux professionnels intervenant sur les cas complexes pour une durée limitée, la seconde met en jeu l'organisation interne d'un service ou une structure, quant au dernier, il s'agit davantage de l'organisation de l'écosystème des services. Mais aucune des trois n'est centrée sur l'usager dans son parcours de vie et de soins, et sur ses aidants proches dans leur rôle au quotidien.

Et c'est ce que semblent esquisser, chacune à sa manière, les initiatives recensées dans le cadre de notre étude : pour assurer des services renforcés en faveur du maintien à domicile, une « coordination renforcée » est nécessaire. Au-delà de l'articulation des services courants et complémentaires, des services internes et externes, cette coordination renforcée propose un accompagnement personnalisé et dans la durée sur un périmètre transverse plus ou moins large selon les initiatives (voir chapitre Offres de services). On peut voir là l'émergence en France d'un service de *Care manager* développé depuis longtemps dans les pays de l'Europe du Nord.

8.1 Le Care manager : un rôle essentiel, pour les seniors et leurs aidants

Le service de « care manager » existe depuis longtemps dans les pays de l'Europe du Nord et au Québec. Plus récemment, d'autres pays d'Europe (Allemagne, Autriche, Belgique, Espagne, Italie) et le Japon se sont également dotés de ce type de service.

Tableau benchmark international – Case & Care Management

	Belgique	Italie	Allemagne	Europe du Nord	Québec
Info orientation	Centre de coordination (CASD)	Point unique d'accès (Municipalité)	Assurance ASLD (Caisses d'assurance maladie) Landers / Municipalités (PA démunies)	Point unique d'accès (Municipalité) Médecin traitant	Point unique d'accès Centre local de services communautaires (CLSC)
Structure de coordination	Centre de coordination (CASD)	Commission pluridisciplinaire (Autorité sanitaire locale /Municipalité)	Service médical de ASLD et Caisses régionales Landers / Municipalités (PA démunies)	Municipalité (Équipe pluridisciplinaire)	CLSC (domicile et hôpital)
Cadre légal et financement	Régions	Région et municipalité	Assurance de soins de longue durée (ASLD) / assurance professionnelle Landers / Municipalités (PA démunies)	Impôts locaux (80%) : Municipalité + Comté (région) État (10%)	Sécurité sociale (État, Régions régionales)
Care manager	Équipe de coordination avec référent (infirmier) : Évaluation Orientation Plan d'aide Coordination des services Suivi de situation	Infirmière ou A.S. (selon dominante du plan d'assistance : soins/aide) : Évaluation Plan d'aide Orientation Coordination des services Suivi de situation	Service ASLD Landers/Municipalités (PA démunies) : Équipe médicosociale avec AS référente	<i>Municipal care assessor</i> : coordonne l'équipe évaluation, plan d'aide, <i>Municipal care manager</i> : suivi et monitoring	Équipe pluridisciplinaire (évaluation, plan d'aide) Care manager : suivi et monitoring, intervenant pivot ou gestionnaire de cas (infirmier, pharma, etc.)
Services coordonnés	Services internes : Aide à domicile Soins infirmiers Services externes Accueil en établissement (médicosocial, sanitaire)	Aide à domicile Soins infirmiers Accueil de jour Accueil en établissement (médicosocial, sanitaire)	Aide à domicile Soins infirmiers Accueil en établissement (médicosocial, sanitaire)	Tous services : Aide à domicile Soins infirmiers, médicaux et paramédicaux et psychosociaux Hôpital HAD Réadaptation Logement, aides techniques	Tous services centrés sur le domicile : Aide à domicile Soins infirmiers, médicaux et paramédicaux, psychosociaux Adaptation logement et aides techniques
Situations PA	Situations complexes (au moins deux services sollicités)	PA dépendantes Situations complexes	PA dépendantes Situations complexes	PA dépendantes Situations complexes	PA dépendantes Situations complexes
Outils de coordination	Dossier médical unique				SI – CLSC – Régions régionales – État (base de données :)

					usagers, services, coûts, qualité) Dossier médical unique Téléconsultation Télésurveillance
--	--	--	--	--	---

Sa définition peut varier d'un pays à l'autre³⁷, mais on distingue en général deux types de professionnels :

- Le *care assessor* : il coordonne les équipes médico-sociales chargées de l'évaluation de la perte d'autonomie, l'élaboration du plan d'aide et sa mise en œuvre ;
- Le *care manager* : référent unique de proximité, il assure le suivi personnalisé des bénéficiaires, les aide à trouver des solutions adaptées à leur situation et à leurs besoins, intervient en cas d'urgence et veille sur la coordination des services.

En termes d'organisation, le *care manager* peut être un professionnel spécialisé, un professionnel pivot (le plus significatif selon la situation du bénéficiaire) parmi plusieurs intervenants ou encore une équipe pluridisciplinaire.

La démarche du service *care manager* tend ces dernières années à se généraliser dans le secteur de la santé pour accompagner notamment les patients chroniques, addictifs (tabagisme, drogue) ou atteints d'obésité pour lesquels des *Life Management Programs* sont mis en place avec des services de types « *health coach* » ou « *health trainer* ».

En France, les missions du *care assessor* sont assurées essentiellement par les équipes médicosociales du département, et parfois par la commune/EPCI via le CCAS/CIAS ou encore les services sociaux territoriaux des caisses de retraite pour les personnes âgées autonomes (Gir 6 et 5). Néanmoins, le service de « *care manager* » n'existe pas vraiment en tant que tel et le terme est peu utilisé ; ses missions étant assurées partiellement et sans définition formalisée par différents intervenants : assistante sociale, travailleurs sociaux, infirmier(ère), coordinateur de services à domicile, auxiliaire de vie, etc. À noter que le coordinateur - appelé également « gestionnaire de cas » au sein des MAIA³⁸ - instauré par le Plan national Alzheimer (2008) pourrait s'apparenter au *care manager*, mais ses missions sont centrées uniquement sur les cas complexes et pour une durée ponctuelle.

Enfin, et sans sous-estimer le rôle de ces professionnels qui font œuvre de *care manager*, en France, ce sont surtout les aidants proches qui assurent essentiellement et dans la durée cette mission³⁹. En effet, ils sont plus de 11 millions⁴⁰ (tous bénéficiaires confondus) dont 58% sont des femmes, 76% ont moins de 65 ans et 43 % moins de 50 ans et 52 % en activités professionnelles⁴¹. Outre le soutien moral, ils apportent des aides dans les actes essentiels de la vie quotidienne (entretien du logement, préparation des repas, courses, etc) ; ce sont les proches aidants qui vont à la recherche d'informations, sélectionnent les services adaptés, coordonnent leurs interventions au domicile, préparent une hospitalisation et le retour à domicile, assurent le suivi des comptes et des démarches administratives (banque, services d'impôts, services sociaux, hôpital, assurance, etc.), et interviennent en cas d'urgence pour trouver une solution. Enfin, leur soutien financier n'est pas à négliger.

En résumé, sans eux, le maintien à domicile de leurs proches, enfant, conjoint ou parents, en perte d'autonomie, en situation de handicap ou malades, ne peut pas fonctionner. Cette contribution

³⁷ HCFEA, Politiques de soutien à l'autonomie des personnes âgées : quelques comparaisons internationales, 2019 ; Institut Montaigne, Faire du bien-vieillir un projet de société, Logement, patrimoine et emploi des seniors, rapport, 2015

³⁸ MAIA (Méthode et non pas maison de l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer) est le premier et sans doute l'unique dispositif intégré, reposant sur la concertation, un guichet unique, des outils multidimensionnels, un plan de services individualisés, un système d'information partagé, et une organisation territoriale bien définie.

³⁹ DREES, Brunel M., Latourelle J., Zakri M., Un senior à domicile sur cinq aidé régulièrement pour les tâches du quotidien, Études et Résultats, numéro 1103, 2019.

⁴⁰ <https://www.ocirp.fr/actualites/les-chiffres-cles-sur-les-aidants-en-france>, consulté le 15/10/19

⁴¹ enquête : DREES, Handicap-Santé "Aidants informels" (HSA), 2008, portant sur 5 000 aidants informels de proches ayant déclaré « avoir des difficultés dans les actes de la vie quotidienne », c'est l'unique chiffre officiel dont nous disposons à ce jour.

informelle solidaire représenterait environ 11 milliards d'euros par an d'économies⁴² sur le budget de la Nation.

Un senior à domicile sur cinq aidé régulièrement pour les tâches du quotidien

En 2015, 3 millions de personnes âgées de 60 ans ou plus vivant à domicile déclarent être aidées régulièrement pour les activités de la vie quotidienne, en raison de leur âge ou d'un problème de santé, d'après l'enquête Capacités, aides et ressources des seniors (CARE) de la DREES qui interroge 15 000 personnes à domicile. Elles reçoivent le plus souvent une aide pour le ménage et les courses. Près de la moitié des seniors aidés le sont uniquement par leur entourage, tandis que 19 % le sont uniquement par des professionnels, le tiers restant recevant une aide mixte, c'est-à-dire à la fois par des aidants professionnels et de l'entourage. Alors que les seniors les plus autonomes sont aidés en majorité uniquement par leur entourage, l'aide mixte devient prépondérante pour les plus dépendants. Quand les seniors sont aidés par un membre de l'entourage, 87 % d'entre eux le sont au moins par le conjoint ou les enfants. Un senior aidé sur deux déclare un seul aidant. Environ une femme aidée sur cinq et presque un homme aidé sur deux le sont uniquement par leur conjoint. Le nombre d'aidants augmente avec le niveau de dépendance. La moitié des seniors les plus dépendants sont aidés plus de 53 heures par semaine, contre moins de 4 heures pour la moitié des plus autonomes.

Source : DREES, Études & Résultats, 02/2019

Zoom sur les difficultés des aidants

- Les aidants font part de difficultés à concilier leur rôle avec leur vie professionnelle pour 44 %, avec leur vie personnelle et familiale pour 43 %, avec leur vie sociale pour 41 %.
- 75 % déclarent fatigue et stress dus à leur rôle d'aidant.
- 3 sur 4 déclarent que leur activité d'aidant a un impact important sur leur vie professionnelle (trois quarts des sondés consacrent en moyenne seize heures à la personne aidée).
- 66 % déclarent investir en moyenne 2049 € par an en frais de transport, aménagement du domicile, aide à domicile, frais de santé...

Source : Baromètre 2017 de la Carac ; enquête réalisée du 22 février au 3 mars 2017 par téléphone auprès d'un échantillon représentatif de 1 022 aidants familiaux âgés de 40 à 75 ans (55 ans en moyenne) et actifs pour 59 % d'entre eux

Cependant, toutes les enquêtes et sondages d'opinion le montrent : ce rôle est difficile à tenir dans la durée et la charge ressentie est vécue comme un « fardeau » qui a des conséquences négatives sur leur vie familiale, personnelle et sociale, leur vie professionnelle pour les aidants actifs, sur leur santé et leur situation financière. Il s'agit là d'un enjeu social et économique majeur d'autant que le potentiel d'aide des proches devra diminuer à l'avenir en raison de la diminution de la taille des fratries et sans doute de l'affaiblissement des solidarités familiales.

L'analyse des initiatives recensées par notre étude fait apparaître l'émergence de ce service de coordination renforcée et personnalisée comme un point clé de leur caractère innovant et un levier essentiel pour favoriser l'autonomie à domicile des personnes âgées, en situation de handicap ou encore des patients chroniques. Ce service inclut systématiquement l'aide aux aidants proches. Notre étude benchmark a également permis de repérer quelques initiatives⁴³ qui se positionnent uniquement sur ce segment en proposant un service de *care manager* dédié uniquement aux aidants en particulier en activité professionnelle (plateforme téléphonique, portail numérique avec espace personnel). Toutefois, les pratiques de mise en œuvre de ce service *care manager* sont marquées par une grande hétérogénéité dans la définition du service lui-même, son objet, son périmètre et son cadre organisationnel. De même que les termes utilisés pour désigner les professionnels dédiés à ce service et leurs métiers d'origine diffèrent d'une action à l'autre.

⁴² Laboratoire d'économie et de gestion des organisations de santé de l'université Paris-Dauphine dans le cadre de l'étude Share

⁴³ Responsage, Prev&Care, Tilia

8.2 Le « Care Manager », un métier à mieux définir et valoriser

Ces missions peuvent varier d'une action à l'autre sans qu'il ne soit proposé une définition formelle ; c'est le cas de la majorité des actions recensées et en particulier celles portées par des opérateurs de services (EHPAD et domicile). Dans ce cas-là, il peut désigner les **simples missions liées à la coordination des services** prévus dans le cadre d'actions de renforcement du maintien à domicile même si elle est centrée sur les usagers. À l'opposé, les actions portées ou impulsées par les trois départements définissent de manière explicite l'objet, les objectifs et le périmètre des missions du service de care manager avec des nuances bien marquées :

- Soit un **service de coaching téléphonique** motivationnel inspiré des démarches de type « *health coach* » ou « *health trainer* » en direction de patients chroniques et de seniors autonomes, mais signalés avec une fragilité repérée, c'est le cas notamment de Isere@Dom (Isère) ;
- Soit, un **service « sentinelle » spécifique** dédié à des personnes âgées en perte d'autonomie et de patients chroniques ou en convalescence à domicile bénéficiant d'un plan d'aide ou de soins : le **réfèrent sentinelle** assure les missions de suivi des indicateurs de vigilance (télésurveillance appuyée sur des capteurs et objets connectés à domicile) afin d'anticiper les risques de glissement vers des situations complexes ou de ruptures entraînant des hospitalisations, dans les deux cas de figure, il signale les professionnels compétents (médecin traitant, équipe médicosociale, MAIA, plateforme de répit). C'est uniquement le cas du dispositif Isere@Dom.
- Soit, un « **accompagnant** » dont les missions sont de type social⁴⁴ : repérage de personnes isolées et en situation de fragilité, appels et visites de convivialité, signalement aux services sociaux pour intervention, mise en relation avec les services et les associations, organisation des déplacements, aide dans les démarches administratives, etc. C'est le cas de l'accompagnant postier dans le cadre de l'action impulsée par le département des Landes en partenariat avec La Poste, et celle de la coordinatrice de la Plateforme numérique de service du bien vieillir de La Moselle.

Notre analyse fait néanmoins apparaître plusieurs troncs communs à toutes les pratiques dans ce domaine :

- Accueil information orientation ;
- Accompagnement dans les démarches ;
- Évaluation (situation de la personne, besoins, habitat) ;
- Suivi régulier des usagers, repérage des situations à risque et alerte ;
- Médiation avec les services (prise de rendez-vous, alerte, choisir les bons intervenants) ;
- Lien social, activités du bien vieillir ;
- Lien avec l'aidant proche (communication, alerte, concertation) ;
- Coordination des interventions mises en place par l'opérateur et ses partenaires.

Une diversité des termes employés pour désigner le professionnel dédié :

- Réfèrent unique ;
- Réfèrent sentinelle ;
- Réfèrent M@DO ;
- Réfèrent de proximité ;
- Professionnel accompagnateur ;
- Infirmière coordinatrice ;
- Coordinateur/trice ;
- Conseillère coordinatrice ;

⁴⁴ Cet accompagnement de type social se trouve au cœur du dispositif « habitat inclusif » (art. D. 281-1-1 du CASF) de la loi ELAN (2019).

- Care manager ;
- Accompagnant postier.

Dans notre panel d'actions, hormis le cas de l'accompagnant postier, ces professionnels sont essentiellement des infirmier(ère)s libérales et SSIAD (adossé ou non à un EHPAD), des assistant(e)s gérontologiques et coordinateur(trice)s des services à domicile, et rarement des auxiliaires de vie, médecins coordonnateurs ou gestionnaires de cas. Ils peuvent être salariés membres de l'équipe du service pilote de l'action (EHPAD, SSIAD ou SAAD) ou recrutés spécialement pour assurer le service de *care manager*.

Les qualités requises :

- Bonne connaissance des besoins de l'âge, de la maladie et de la dépendance ;
- Bonne connaissance de l'organisation des services et de leur écosystème (cadre légal, acteurs, circuits de financement et aides sociales) ;
- Expertise opérationnelle, réseau relationnel et capacités de mobiliser rapidement les solutions existantes ;
- Sens de l'organisation en autonomie, capacités de coordination.

La **confiance** est une condition essentielle : discrétion, neutralité, bienveillance, respect de la vie privée et du libre choix de la personne aidée. C'est pourquoi il est indispensable que le *care manager* soit un professionnel connu, sinon reconnu, par l'utilisateur du service et ses aidants proches.

D'autres professionnels répondent plus ou moins bien à ces qualités et peuvent ainsi jouer ce rôle : auxiliaire/assistante de vie, assistante sociale, CESF, travailleurs sociaux, pharmacienne.

Le *care manager* est un métier d'avenir à consolider et à valoriser ; trois enjeux majeurs doivent être soulignés :

- Le métier de *care manager* appuyé sur des outils numériques et une organisation en autonomie est un **métier attractif** sur le marché des services d'aide à la personne, notamment auprès des jeunes BAC 2 ou BAC 3 dans les formations médicales, paramédicales, médicosociales, sociales et en économie sociale⁴⁵ ;
- Le métier de *care manager* favorise l'**évolution de carrière** pour les professionnels médicaux, paramédicaux, médicosociaux et sociaux (VAE, formation continue) ;
- Le métier de *care manager*, c'est des **créations d'emplois** à la clé : sur les 4,3 millions aidants proches d'un conjoint ou parent en perte d'autonomie, si 10 % acceptent de déléguer une partie de leurs missions à un care manager à raison de deux heures par semaine, on pourrait créer environ 27 000 ETP, le double pour 20 %, etc.

Le rapport « *Plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand âge* » remis le 29/10/2019 à la ministre des Solidarités et de la Santé par Myriam El Khomri reconnaît l'intérêt et le caractère innovant de ce nouveau métier dans sa *Mesure 51 : Innover dans la coordination territoriale des acteurs par la promotion d'un nouveau métier : « care manager »*.

Dans ce cadre et dans la perspective de déploiement futur de cette mesure, il nous paraît utile dès à présent de faire jouer le levier des expérimentations de projets de services renforcés du maintien à domicile pour réaliser un état des lieux des pratiques, élaborer un référentiel métier, définir les besoins en formation et tester des financements pouvant pérenniser ce service. Ce dernier point est déterminant,

⁴⁵ Par exemple : BTS SP3S Services et Prestations des Secteurs sanitaire et social ; BTS Economie sociale familiale ; Diplôme d'Etat d'ASS ou autre diplôme social (DE ASS ou DE CESF ou DEES par exemple) ; Diplôme d'Etat d'infirmier ; Licence professionnelle (gérontologie ; encadrement des établissements et services d'aide à la personne).

À noter que l'on voit émerger des formations spécifiques telles que le TC APSA, technicien coordinateur de l'aide psychosociale à l'aidant, dispensée à l'université de Bordeaux depuis 2010. Le rôle du TC Apsa est « d'accompagner l'aidant dans le labyrinthe administratif, sanitaire et social, de soulager son angoisse en répondant à ses interrogations et en proposant des solutions adaptées aux besoins du couple aidant-aidé ». Il travaille sur la qualité de vie et chemine avec les familles et les proches de personnes présentant une dépendance liée au handicap, à une maladie chronique et/ou au vieillissement pathologique.

car c'est précisément l'obstacle majeur au développement du service de *care manager* : la coordination centrée sur l'usager dans son parcours de soins et de vie et ses aidants proches est un « service » qui n'est pas reconnu, pas nomenclaturé ni par les services à la personne ni par les services d'aide et de soins (hors MAIA, CPTS), et donc pas financé (assurance maladie, APA – PCH, aides extra-légales, Crédit d'impôt).

Il semble que les bénéficiaires, les premiers concernés, non plus, ne sont pas prompts à prendre en charge le coût de ce service.

CONCLUSION

Les dispositifs analysés dans cette étude, portés par des opérateurs EHPAD, SAAD ou des collectivités, expérimentent sur le terrain, dans leurs périmètres d'action, selon leurs ressources et leurs partenariats territoriaux, de nouvelles formes de production et de mise à disposition de services renforcés en faveur du maintien à domicile de personnes en situation de fragilité en raison de l'âge, du handicap ou de la maladie.

Ces initiatives se présentent toutes comme des démarches innovantes : innovations de services, innovations numériques et innovations des modèles juridiques, économiques et organisationnels :

■ **Innovations de services** : ces dispositifs font émerger un socle plus ou moins commun de services indispensables au renforcement du maintien à domicile. Cette approche personnalisée et intégrée s'appuie sur une coordination effective des interventions centrées sur les usagers et leurs aidants proches. En ce sens, ces dispositifs esquissent les contours d'un nouveau service appuyé sur un nouveau métier, celui du care manager, bien connu en Europe du Nord et au Japon.

■ **Innovations numériques** : bien que de manière inégale, ces dispositifs s'appuient quasi systématiquement sur le numérique ; au-delà des systèmes d'information métiers et soins, de nouveaux outils et solutions numériques sont mises à la disposition à la fois des professionnels de terrain, des bénéficiaires et de leurs aidants. Le déploiement de ces solutions a pour objectifs : (i) une information centralisée, (ii) une sécurité renforcée, (iii) un accompagnement à distance pour les usagers à domicile et (iv) une meilleure coordination pour les professionnels. Pour jouer ce rôle de levier de transformation organisationnelle de la prise en charge des personnes âgées à domicile, le numérique fait face aux enjeux d'interopérabilité et de financement.

■ **Innovations des modèles juridiques, économiques et organisationnels** : ces dispositifs expérimentent, non sans difficultés et limites, des montages juridiques, organisationnels et une ingénierie financière combinant le cadre légal et réglementaire et les circuits de financement existants, mais aussi des leviers institutionnels dérogatoires, des partenariats innovants et dans certains cas, une véritable approche marché ; En ce sens, ils contribuent à la dynamique de restructuration de l'organisation des services sur les territoires et plus globalement à la réflexion collective de renouvellement des politiques nationales grand âge.

Bien qu'innovantes, les expérimentations recensées, notamment celles portées par les opérateurs EHPAD et services à domicile, sont récentes, limitées dans leur couverture et la pérennité de leur business model n'est pas assurée. A ce stade, leur ambition et leur capacité à jouer le rôle de « pivot » sur leur territoire n'est pas acquise.

D'une part, en dépit des atouts de l'EHPAD, dans les faits, et hormis l'action M@DO⁴⁶, l'envergure des offres de services déployées par la majorité des initiatives recensées de type « EHPAD hors les murs » ou « EHPAD pôle ressources » reste relativement modeste se limitant le plus souvent aux services existants orientés vers le domicile. Aujourd'hui, rares sont les opérateurs d'EHPAD qui sont en mesure de déployer une offre complète de services centrés sur le domicile. A quoi ressemblera l'EHPAD de demain et d'après-demain ? Continuité ou rupture, EHPAD ancien modèle, EHPAD spécialisé dans la grande dépendance, en particulier neurodégénérative, ou plateforme de services ouverte sur le domicile ? Une chose est sûre : ces tendances et orientations ne sont pas forcément incompatibles entre elles et peuvent trouver les conditions d'un développement cohérent précisément dans la logique de plateforme de services ; c'est-à-dire dans la mesure où l'EHPAD doit se positionner dans une organisation territoriale de proximité et dans un continuum de services de soins et d'accompagnements de personnes âgées dans leur parcours de vie.

D'autre part, les services de soins et d'aide à domicile peuvent légitimement prétendre au rôle de « pôle ressources » ; ils possèdent de nombreux atouts pour cela : proximité plus grande sur les territoires, ADN de la culture du domicile, travail en autonomie des intervenants, organisation des services, médiation avec les autres professionnels des services de santé. Ils ont des capacités d'analyse des situations, peuvent faire remonter des informations importantes et pertinentes et de ce fait, jouer un rôle de « care manager ».

Toutefois, les services de soins et d'aide à domicile, dans le contexte actuel, n'ont pas la « force de frappe » que peuvent avoir les groupes EHPAD. Le modèle économique des services à domicile est fragile et ils ont rarement la taille critique pour investir et innover, en particulier dans le numérique.

Dans l'état actuel du marché, la question n'est pas tant de savoir si c'est l'EHPAD, le SAAD, le SSIAD ou le SPASAD qui pourrait (ou aurait la légitimité de) jouer le rôle « pivot » mais celle de la nécessité **d'organiser sur les territoires une offre de services diversifiée, personnalisée et mieux coordonnée**. Comme l'affirme le HCAAM (Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie) dans son rapport⁴⁷ « Il ne s'agit pas d'organiser la présence ou le maintien d'un type d'offreur sur un territoire, en supposant que sa présence permettra de répondre aux besoins des personnes âgées alentour mais d'organiser l'accès de ces personnes, sur chaque territoire, à des services pertinents et de qualité ». Or cette transformation, si elle repose uniquement sur l'initiative des opérateurs sera lente, risque d'être inégale sur les territoires et, en tout état de cause, ne permettra pas le véritable décollage d'une **filière de services de soins et d'aide à la personne en environnement numérique**.

L'étude montre clairement que les agences régionales de santé et les départements ont un rôle structurant et déterminant à jouer pour répondre à ces enjeux. En effet, les initiatives portées par les trois départements (Isère, Landes et Moselle) impliquant des partenariats stratégiques avec un large panel d'acteurs de l'écosystème (CNAM-ARS, CDC, CARSAT, communes/interco, région, opérateurs télécom, assistant, gestionnaires de services d'aide à la personne, éditeurs de logiciels, start-up, living lab, etc.) montrent la voie à suivre : **création de plateformes de services santé - autonomie à domicile appuyées sur (i) des infrastructures techniques et numériques, (ii) des services numériques partenaires et (iii) des services de soins et d'aide à domicile**.

⁴⁶ Voir fiche M@DO (ci-dessus, page 28).

⁴⁷ HCAAM, Système de santé et personnes âgées fragiles ou en perte d'autonomie à l'horizon 2030, Novembre 2018.

L'objectif de la stratégie nationale e-santé 2020 est d'accompagner les acteurs du système de soins dans le virage numérique et de permettre à la France de rester à la pointe en matière d'innovation. Le secteur médicosocial est partie prenante de cette stratégie. La démarche de plateformes numériques de services santé – autonomie est sans conteste un levier important pour opérer et accélérer cette transition numérique et par là-même de répondre aux enjeux de la transition démographique et épidémiologique. Par ailleurs, ces projets de plateformes numériques doivent impérativement s'interfacer avec les dispositifs de partage de l'information et de coordination de la prise en charge des patients entre professionnels mis en place par les agences régionales de santé.

Notre étude fait le constat de la montée en puissance de ce type de projets chez un nombre croissant de collectivités, d'entreprises et d'opérateurs de services. Or, si les projets mis en place et en cours d'élaboration peuvent être autant d'occasions d'innover, de tester différents modèles stratégiques, fonctionnels, technologiques, économiques et juridiques, le risque n'est pas moins grand de dispersion des énergies et des ressources rares, et in fine de déboucher sur autant de solutions locales ou fermées avec les inconvénients intrinsèques. **Dès lors, il est impératif de disposer d'une plateforme nationale pour générer l'interopérabilité et assurer un modèle économique viable grâce à la mutualisation des ressources, infrastructures, outils et services.** L'articulation entre la plateforme nationale, les agences régionales de santé, les collectivités et les acteurs de proximité pourra seule assurer une réponse simultanée et de qualité sur tout le territoire répondant ainsi au risque de fracture territoriale et d'inégalité d'accès au service.

Enfin, l'enjeu, pour notre pays, nos territoires et nos entreprises, est également de **saisir les opportunités économiques, industrielles et technologiques du développement d'un marché européen et international de la santé et de la Silver Économie.** A défaut, ce marché risque, à terme, de passer sous domination des grands distributeurs mondiaux de solutions numériques, en particulier les « GAFAM ».

REMERCIEMENTS

Cette étude a été réalisée sous la direction de Alexandre PETIT, Président ALOGIA et Mohammed MALKI, Directeur Conseil associé ALOGIA.

Que toutes les personnes citées ci-dessous qui ont contribué par leurs réflexions, analyses et propositions, lors des entretiens individuels ou des échanges en réunions de travail ainsi que par leurs réponses au questionnaire et des contributions écrites, puissent se reconnaître dans ce rapport.

Qu'elles soient toutes chaleureusement remerciées.

Les auteurs assument seuls l'entière responsabilité des analyses, des propositions du rapport et d'éventuelles erreurs.

■ Agences Régionales de Santé

Agences Régionales de Santé	Prénom, nom	Fonction
Auvergne-Rhône-Alpes	Marie Hélène LECENNE	Directrice Autonomie
Bourgogne-Franche-Comté	Anne-Laure MOSER	Directrice Autonomie
Bretagne	Stéphane MULLIEZ	Directeur Général Adjoint
Centre-Val-de-Loire	Pierre Marie DETOUR	Directeur Général Adjoint
Corse	Joseph MAGNAVACA	Directeur du Médico-Social
Grand-Est	Gwenola REY	Direction Autonomie - personnes âgées
Guadeloupe	Patrice RENIA	Directeur Offre Médico-Sociale
Guyane	Manon MORDELET	Directrice Autonomie
Hauts-de-France	Monique RICOME	Directrice Générale
Ile-de-France	Aurélien ROUSSEAU	Directeur Général
Martinique	Nathalie MARRIEN	Directrice de l'autonomie
Normandie	Carole GARCES	Direction Autonomie - personnes âgées
Nouvelle-Aquitaine	Sahid ACEF	Directeur délégué à l'Autonomie
Occitanie	Cendrine BLAZY	Direction de l'offre de Soins et de l'Autonomie
Océan Indien	Régis THUAL	Directeur Pôle Offre de Santé
Pays de la Loire	Delphine MARTINEAU	Direction Autonomie - personnes âgées
Provence-Alpes Côte d'Azur	Fabien MARCANGELI	Directeur Offre Médico-Sociale

■ Départements

Départements	Prénom, nom	Fonction
Hauts de Seine (92)	Elodie CLAIR	Directrice Générale Adjointe aux Solidarités - Département des Hauts-de-Seine (92)
Isère (38)	France LAMOTTE	Direction de l'autonomie Département et chef de projet
Moselle (57)	Christophe MULLER	Chargé de Mission Ingénierie de Projets Innovants et chef de Projet Silver Economie
Yvelines (78)	Dr Albert FERNANDEZ	Directeur Général Adjoint aux Solidarités - Département des Yvelines (78)

■ Opérateurs de services

Opérateurs de services	Prénom, nom	Fonction
Ad senior	Arnaud MAIGRE	Directeur Général - Groupe AMA
ALDS Fédération	Laetitia BILQUEZ-FAUQUET	Déléguée générale
Assitalliance Home Care	Nicolas BARET	Fondateur
Association Case Gran Moun	Maryse POMPEE	Directrice
Association Fil à Soi	Eléonore KERZAK	Chef de projet - Direction de l'Autonomie des Personnes
EHPAD La Madeleine	Sylvain CONNANGLE	Directeur
EHPAD Le Bois Doucet	Marianne PANNETIER	Directrice
EHPAD Léon Dubédat	Marine JOSLET	Directrice
EHPAD@DOM	Murielle JAMOT	Directrice Métiers et formation - Croix Rouge Française
HAD 47	Caroline BARATET	Directrice
Hopital Gériatrique - Les Magnolias	Isabelle BURKHARD	Directrice
ISERE@DOM	Emmanuelle CHIFFLOT	Responsable projet - Département de l'Isère (38)
M@DO	Dominique MONNERON	Président - Fondation Partage & Vie
Maison de Santé Protestante Bagatelle	Olivier FREZET	Directeur DomCare Aldance et du Pôle Action Sociale et Formation
SCIC Solidarité Versailles Grand Age	Corinne BEBIN	Adjointe au maire en charge de la Santé et des Affaires sociales, Vice Présidente CCAS et Présidente de la SCIC
Senior Connect +	Maryse DUVAL	Directrice Générale Groupe SOS Séniors
SynergieMed	Nicolas HURTIGER	Président Directeur Général - Groupe ZEPHYR
XL Autonomie	Raphaël TAMPONNET	Directeur (SEMOP Conseil départemental des Landes et Groupe La Poste)

■ Opérateurs numériques

Opérateurs Numériques	Prénom, nom	Fonction
Bluelinea	Laurent LEVASSEUR	Président du Directoire
Dome	Stéphane BERTIN	Directeur Technique
E-lío	Thierry CHEVALIER	Fondateur
Otono-me	Carole ZISA-GARAT	Président et co-fondatrice
Prev&Care	Berangere PENAUD	Présidente et co-fondatrice
Sénioradom	Thierry ROUSSEL	Fondateur

■ Acteurs institutionnels

Acteurs Institutionnels	Prénom, nom	Fonction
ADF	Jean-Michel RAPINAT	Chargé des politiques sociales
AG2R La Mondiale	Magalie DORAY	Responsable Action Sociale - Nouvelle Aquitaine
AGEVILLAGE	Anne DE VIVIE	Directrice Générale
AGIRC-ARRCO	Anne SAINT LAURENT	Directrice de l'action sociale
ANAP	Jacques-Henri VEYRON	Chargé de la contractualisation médicosociale
CNSA	Julie MICHEAU	Directrice Scientifique
Conseil National PAERPA	Alexandre FARNAULT	Chef de projet National - Direction de la Sécurité Sociale
DGCS	Camille BRUNAT	Chargée de mission "Parcours Santé"
FEPEM	Jean-Rémy ACAR	Directeur
FESP	Olivier PERALDI & Guillaume STAUB	Directeur Général - Vice Président
FNADEPA	Marie Hélène CHALS	Directrice Adjointe
FNAQPA	Didier SAPY	Directeur Général
HAS	Delphine DUPRE-LEVEQUE	Conseiller auprès de la Direction - qualité de l'accompagnement social et médico-social
HCFEA	Sylvain DENIS	Membre Conseil de l'âge
Mutualité Française	Guénaëlle HAUMESSER	Directrice Adjointe de la Direction de l'Offre de Soins, de l'Autonomie et des Parcours
Société Française de Gériatrie et de Gérontologie	Pr Olivier GUÉRIN	Président
SFGG	Jean-Pierre AQUINO	Délégué général
SYNERPA	Pauline MEYNIEL - Stéphane BORIN	Responsable pôle et Conseiller Technique - Médico-social

■ Experts

Experts	Prénom, nom	Fonction
INVIE 78	Asmae CHOUTA	Directrice
INVIE 78	Sophie COURANT	Coordinatrice Pôle Innovation, R&D, Cheffe de Projet E-Tonomy
Gérontopole de Toulouse	Pr. Yves ROLLAND	Médecin Gériatre
Public Impact Management	Jean BALL	Directeur Associé



Cette étude a été réalisée par la Direction de l'Investissement de la Banque des Territoires, et plus particulièrement par Héliéo Costa-Elias et Virginie Trosset, responsable investissement e santé et vieillissement, sous la direction d'Antoine Troesch, directeur de l'Investissement à la Banque des Territoires.

A propos de la Banque des Territoires

Créée en 2018, la Banque des Territoires est un des cinq métiers de la Caisse des Dépôts. Elle rassemble dans une même structure les expertises internes à destination des territoires. Porte d'entrée client unique, elle propose des solutions sur mesure de conseil et de financement en prêts et en investissement pour répondre aux besoins des collectivités locales, des organismes de logement social, des entreprises publiques locales et des professions juridiques. Elle s'adresse à tous les territoires, depuis les zones rurales jusqu'aux métropoles, avec l'ambition de lutter contre les inégalités sociales et les fractures territoriales. La Banque des Territoires est déployée dans les 16 directions régionales et les 35 implantations territoriales de la Caisse des Dépôts afin d'être mieux identifiée auprès de ses clients et au plus près d'eux.

Pour des territoires plus attractifs, inclusifs, durables et connectés.

www.banquedesterritoires.fr |  @BanqueDesTerr



Bibliographie

Ambassade France et pays nordiques, L'innovation au service du "bien-vieillir", séminaire d'échanges franco-nordique, lundi 19 mars 2018 à Paris

ANAP, Repères organisationnels et de dimensionnement en surface en EHPAD, Retour d'expériences, Décembre 2016

Aquino Jean-Pierre et Bourquin Marc, Les innovations numériques et technologiques dans les établissements et services pour personnes âgées, France Silver Eco, juillet 2019

ARS Centre-Val de Loire, Évaluation de l'activité de coordination du parcours des personnes âgées, Dossier de presse, Parcours Santé des aînés, 2019

Article R6316-1, Créé par [Décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010 - art. 1](#)

Bouygues construction, Bien vieillir chez soi, Anticiper le logement pour demain, 2016

CDC, Autonomie, innovation numérique et territoires » Retour d'expériences pour une meilleure conduite des projets de e-santé à destination des personnes âgées, Rapport d'étude 2012

CDC, @autonomie et bien vieillir Habitat, territoires et numérique, Rapport d'étude 2013

CNSA Innovation, Rapport final : Et nos voisins européens, comment font-ils ? Thématique : Organisations et ressources territoriales pour le maintien à domicile de personnes très dépendantes, Réseau de l'habitat partagé et accompagné, 2017

CNSA, La situation des EHPAD en 2017, Analyse de la gestion des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et de la prise en charge des résidents, 2019

CNSA, Rapport d'étude : Et nos voisins européens, comment font-ils ? Étude des pratiques d'accompagnement des personnes en situation de handicap et de perte d'autonomie, Pôle services à la personne Provence-Alpes-Côtes d'Azur, Le réseau des structures de services aux domiciles, Septembre 2018

CODA STRATEGIES, CNSA, DGE, PIPAME, PROSPECTIVE L'avenir du marché de la téléassistance et des services associés, Études Économiques, Ministère de l'économie et des finances, Ministère des affaires sociales et de la santé, 2017

Conseil d'analyse économique, Bozio A., Gramain A., Martin C., Quelles politiques publiques pour la dépendance ? Numéro 35, 2016

CREAI Pays de la Loire, ARS Pays de la Loire, L'EHPAD de demain : vers la création de pôles ressources gérontologiques locaux, 2018

DREES, Brunel M., Latourelle J., Zakri M., Un senior à domicile sur cinq aidé régulièrement pour les tâches du quotidien, Études et Résultats, numéro 1103, 2019

DREES, En 2018, l'espérance de vie sans incapacité est de 64,5 ans pour les femmes et de 63,4 ans pour les hommes, Études & Résultats, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Ministère des Solidarités et de la santé, numéro 1127, 2019

DREES, Handicap-Santé "Aidants informels" (HSA), 2008

DREES, L'état de santé de la population en France, Santé publique France, 2017

Generatio, Les enjeux du vieillissement : EHPAD hors les murs & Domicile connecté

Dr. H. Engel et Dr. D. Engels, Case Management dans les différents systèmes d'aide nationaux pour les personnes âgées - Ministère pour la famille, les personnes âgées, les femmes et les jeunes – RFA 1999.

HCAAM, Système de santé et personnes âgées fragiles ou en perte d'autonomie à l'horizon 2030, Novembre 2018

HCAAM, Contribution à la Stratégie de transformation de notre système de santé, 2018

HCFEA, Politiques de soutien à l'autonomie des personnes âgées : quelques comparaisons internationales, 2019

HCFEA, La prise en charge des aides à l'autonomie et son incidence sur la qualité de vie des personnes âgées et de leurs proches aidants, 2017

Institut Montaigne, Faire du bien-vieillir un projet de société, Logement, patrimoine et emploi des seniors, rapport, 2015

KMPG, « EHPAD, vers de nouveaux modèles ? », 2015

Kuhn-Lafont A. et Broussy L., Objectif grand âge : éviter l'hôpital. Profil des personnes âgées hospitalisées, causes et effets de l'hospitalisation des personnes âgées, solutions pour prévenir les hospitalisations évitables, Matières Grises, Le think Tank, 2019

Les Échos Études, Les stratégies digitales des EHPAD, Le numérique au service de l'efficience des établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes (EHPAD connectés, télémédecine, digitalisation du parcours de soins, EHPAD à domicile, nouveaux services...), 2018

Libault D., Concertation, grand âge et autonomie, Ministère des solidarités et de la santé, Avril 2019

LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, NOR: SASX0822640L

LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (1), NOR: AFSX1404296L, Version consolidée au 16 octobre 2019

Matières grises, Le Think Tank & Capgemini invent, Biancarelli G., Bouvier M., Burgade L., Kuhn-Lafont A., Lacheray M., GRAND ÂGE ET NUMÉRIQUE : OBJECTIF 2030, Rattraper le retard français, Les études de Matières Grises - #3, 2019

Mechkat C., Demain l'habitat ? Entre la société à trois et à quatre générations, Décembre 2018

Ministère des solidarités et de la santé, Dossier de presse, Concertation Grand âge et autonomie, 28 mars 2019

Ministère des solidarités et de la santé, Feuille de route "accélérer le virage numérique", Dossier d'information, Conférence ministre - Paris, le jeudi 25 avril 2019

Mutualité française, Les enjeux du vieillissement de la population, EHPAD hors les murs & domicile connecté, Novembre 2018

Mutualité française, Place de la santé, L'observatoire > Santé, perte d'autonomie : impacts financiers du vieillissement, Octobre 2018

Santé et Services sociaux Québec, Les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie dans six pays de l'OCDE, Collection Études et analyses, Aout 2001

Sociovision, Ifop , à la demande de la FESP en partenariat Saint-Gobain, Malakoff Médéric Humanis et IRSAP, Seniors : « Marché et habitat inclusif, quelle offre de services ? », 2019

Synerpa, Les seniors : le chantier de la décennie, Repères pour 2025, Mai 2015

Syntec Numérique, La révolution du bien vieillir, Comment le numérique transforme l'action sociale et accélère le développement de la Silver Économie, Livre blanc 2015



banquedesterritoires.fr