

Sommaire

- 1/ APA : un guide pour évaluer les besoins des aidants
- 2/ Expérimentation PAERPA, un nouveau cahier des charges
- 3/ Précarité des personnes âgées, les invisibles de la société.
- 4/ Suppléance et séjour de répit : mise en œuvre de l'expérimentation
- 5/ Alzheimer, de l'impact des jeux vidéo dans la prise en charge de la maladie
- 6/ Handicap et dépendance, la CNSA fait le bilan de l'offre d'accueil et d'accompagnement
- 7/ Dépendance 21% des seniors aidés pour des tâches routinières
- 8/ Pour le conseil de la CNSA, le financement de la future réforme est « atteignable »
- 9/ Personnes âgées : valoriser l'innovation pour vivre l'autonomie
- 10/ Maladie d'Alzheimer : selon France Alzheimer, le déremboursement des médicaments a eu des conséquences néfastes
- 11/ Signature d'une charte européenne de l'avancée en âge
- 12/ A quoi va ressembler l'EHPAD de demain ?
- 13/ Des prothèses auditives bientôt intégralement prises en charge

Dans le cadre de la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV), les équipes médicosociales (EMS) des départements en charge de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ont pour mission de cerner les besoins et la situation des proches aidants des demandeurs ou bénéficiaires de l'allocation. Un guide, publié le 10 décembre par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), a pour vocation d'assister ces évaluateurs pour « mettre en œuvre les nouvelles dispositions relatives aux proches, que ce soit en termes d'évaluation, d'élaboration d'un plan de soutien ou de financement de ce dernier ».

Il rappelle que l'aidant peut parfois être dans une forme de malaise à l'idée de voir son statut consacré, et ce pour diverses raisons : méfiance à l'idée de se sentir enfermé dans un rôle, risque de technicisation du lien, crainte d'une réduction de la relation à un binôme déséquilibré... Il est donc conseillé à l'évaluateur d'être concret en objectivant l'implication réelle dans la vie de la personne âgée, et de ne pas utiliser le vocable d'« aidant » mais plutôt de « personne importante » pour ne pas focaliser l'attention du proche sur ce terme.

Les préconisations de soutien détaillées

A l'issue de l'entretien, l'évaluateur APA doit émettre des préconisations de soutien, que le guide détaille. Pour un complément d'information, il peut conseiller au proche aidant de consulter le site du conseil départemental, ou le portail national d'information pour l'autonomie des personnes âgées et l'accompagnement de leur proche, animé par la CNSA. Ce dernier pourra y trouver des informations utiles, notamment sur les congés du proche aidant salarié du secteur privé (non rémunéré et d'une durée maximale de trois mois), sur le congé de solidarité familiale (qui permet de s'absenter pour accompagner un proche en fin de vie), le don de jour de repos, ou la disponibilité et le temps partiel pour les salariés du public.

Il peut également l'orienter vers des dispositifs de soutien hors APA comme un groupe de parole, un café des aidants ou un soutien psychosocial individuel, qui peuvent parfois être financés au titre de « conventions passées entre les départements ou les associations nationales des aidants et la CNSA », indique le guide.

Au titre du plan d'aide APA, il doit jauger le besoin de répit « concomitamment à l'évaluation de la situation ou des besoins de la personne âgée, à l'occasion d'une première demande, d'une demande de révision de l'APA ou sur demande ponctuelle du bénéficiaire », indique le guide. Si l'aidant est identifié comme indispensable – si son absence compromet la vie au domicile de la personne âgée –, il est possible d'activer le module « répit » qui permet de majorer le plan d'aide au-delà des besoins nationaux.

Enfin, l'évaluateur peut activer un module de relais en cas d'hospitalisation programmée d'un aidant indispensable, qui peut être pérenne si un soutien durable est nécessaire, en cas de chimiothérapie par exemple. Dans les situations d'urgence, et si aucune solution n'est donnée, « le président du conseil départemental propose et, si nécessaire, organise et met en place la solution de relais », rappelle le guide.

2/ Expérimentation PAERPA, un nouveau cahier des charges.

Initialement instituée pour cinq ans par l'article 48 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013, l'expérimentation visant la prise en charge sanitaire-médico-sociale et sociale des personnes âgées en perte d'autonomie (Paerpa) a été prolongée deux fois. Dernière en date : celle de la loi de financement pour 2018 qui la prolonge jusqu'au 31 décembre 2019. Un arrêté du 20 décembre, publié au *Journal officiel* du 23 décembre, fixe le cahier des charges pour cette prolongation. Il en définit les modalités et ouvre la possibilité d'étendre le déploiement des dispositifs « solvabilisation des places d'hébergement temporaire après sortie d'hospitalisation » et « mutualisation des infirmières de nuit » à l'ensemble des territoires participant à l'expérimentation.

« La notion de "personnes âgées en risque de perte d'autonomie" recouvre l'ensemble des personnes de 75 ans et plus pouvant être encore autonomes mais dont l'autonomie est susceptible de s'altérer pour des raisons d'ordre médical ou social », indique le cahier des charges. Celui-ci précise que « des outils déployés spécifiques pourront adapter l'âge des personnes ciblées ou des professionnels concernés en fonction des mesures et des objectifs particuliers ». Objectif de l'expérimentation : « leur permettre de bénéficier de la bonne prise en charge, au bon moment, par les bons professionnels avec les bonnes informations, dans les bonnes structures, et le tout au meilleur coût ».

L'expérimentation a lieu sur 19 territoires, qu'ils soient urbains (Paris, Bordeaux, Rennes) ou ruraux (Corrèze, Corse, Var). Elle est pilotée par un comité national. Au niveau régional, ce sont les agences régionales de santé qui sont chargées d'en assurer le bon suivi et la bonne gouvernance.

Arrêté du 20 décembre 2018 relatif à la prolongation de l'expérimentation visant à la prise en charge sanitaire, médico-sociale et sociale des personnes âgées en risque de perte d'autonomie, NOR : SSAS1835192A, J.O. du 23-12-18.

Source ASH 4 janvier 2019, N°391

3/ Précarité des personnes âgées, les invisibles de la société

LE SECOURS CATHOLIQUE A ACCUEILLI 1,4 MILLION DE PERSONNES EN 2017, dont de plus en plus de seniors, a établi le rapport statistique annuel de l'association « Notre Etat de la pauvreté en France 2018 », publié le 8 novembre. « *Au fil des ans, la hausse lente mais constante des personnes âgées reçues dans nos accueils est une tendance qui se confirme* », explique Daniel Verger, responsable du pôle « études, recherches et opinion » au Secours catholique. Même si leur part reste encore marginale, les personnes de 65 ans et plus accueillies dans les permanences représentent désormais 6 % du total pour les Français et 3 % pour les étrangers. Les plus de 60 ans pèsent 10 % du public aidé par l'association, une part « *en augmentation de près de 5 points* » depuis 2010. Cette hausse a pour principale cause l'insuffisance de ressources financières des retraités et est étroitement lié à la question de l'isolement, puisque 80 % des

personnes âgées reçues vivent seules. « *La situation de fragilité croissante des seniors traduit une précarisation progressive des personnes âgées isolées dont les enfants ont quitté le foyer : 80 % des personnes de plus de 60 ans rencontrées sont des hommes et femmes seuls ou des couples sans enfants cohabitant. Leurs maigres pensions de retraite ou la faiblesse du minimum vieillesse pour ceux n'ayant pas accumulé de droits (notamment les femmes au foyer) ne suffisent plus à couvrir un coût de la vie croissant* », note le rapport du Secours catholique.

7,4 % de retraités pauvres

En France, le taux de pauvreté est resté stable en 2017, s'établissant comme l'année précédente à 14 % de la population, selon une estimation publiée le 9 octobre par l'Insee (Institut national de la statistique et des études économiques). Quelque 8,8 millions de personnes vivent sous le seuil de pauvreté fixé, soit moins de 1 026 € pour quelqu'un vivant seul, moins de 1 539 € pour un couple, ou encore moins de 2 565 € pour un couple avec deux enfants. En 2015, les seniors font deux fois moins souvent que les 25-64 ans partie des plus modestes et sont aussi deux fois moins souvent concernés par la pauvreté monétaire notamment en raison de l'effet redistributif des dispositifs sociaux ciblés sur les personnes âgées (minimum contributif et minimum vieillesse). Ainsi, 25,7 % des moins de 30 ans vivaient sous le seuil de pauvreté, contre 7,4 % des 65 ans ou plus. En 2015, le niveau de vie moyen des seniors était de 25 130 € (2 090 € par mois) contre 24 410 € pour le reste de la population (2 030 € par mois), soit 3 % de plus. Depuis 2008, la part de seniors appartenant aux 20 % les plus modestes a légèrement diminué, de même que la part de pauvres. Le niveau de vie des seniors a nettement progressé jusqu'aux générations 1941-1945. La raison ? L'arrivée à 65 ans de personnes avec des pensions de retraite de plus en plus élevées, en raison de carrières plus complètes et de salaires plus hauts, explique l'Insee. Toutefois, le niveau de vie est plus faible aux « grands âges » : avec 1 993 € par mois en moyenne, les personnes de 75 ans ou plus disposent de 162 € de moins que les 70-74 ans et de 207 € de moins que les 65-69 ans. Le taux de pauvreté est plus élevé à partir de 75 ans (8,1 %) qu'entre 65 et 74 ans (5,9 %). « *Cela traduit la situation relativement plus défavorable des personnes de 75 ans ou plus vivant hors institution. Les retraites des personnes les plus âgées sont plus faibles, notamment en raison d'une proportion plus importante de veuves ayant eu des carrières incomplètes, voire ne bénéficiant que d'une pension de réversion* », décrypte l'Insee, dans son étude 2018 sur « Les revenus et le patrimoine des ménages ». Les retraités vivant sous le seuil de pauvreté sont, en proportion, plus nombreux dans les départements du pourtour méditerranéen et en Corse.

Si les personnes âgées sont moins touchées par la pauvreté que les autres catégories d'âge, il n'en demeure pas moins qu'une fois qu'elles sont pauvres, les chances de s'en sortir sont plus faibles. « *Il est très peu probable que leur situation évolue, alors que les plus jeunes peuvent toujours espérer un avenir meilleur. Au bout de deux ans, les deux tiers des plus de 65 ans sont toujours pauvres, contre 43 % des moins de 65 ans* », précise l'Observatoire des inégalités. Dans son premier rapport sur la pauvreté en France, publié en octobre 2018, l'Observatoire des inégalités souligne également que l'Insee, qui ne prend en compte que les ménages individuels, ne comptabilise pas une grande partie de la population la plus pauvre, dont notamment « *tous ceux qui vivent durablement en collectivité* ». Parmi eux, les 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) qui représentent 10 % des personnes de 75 ans ou plus et un tiers de celles âgées de 90 ans ou plus. Combien d'entre eux sont en dessous du seuil de pauvreté ? « *Il faut y ajouter notamment les immigrés qui vivent dans des foyers de travailleurs, les détenus (70 000 personnes), en passant par les établissements sanitaires de long séjour (pour les personnes lourdement handicapées notamment) où les résidents doivent être rares à disposer de revenus supérieurs au seuil de pauvreté... La société Adoma loge à elle seule 60 000 personnes, dont une grande majorité de travailleurs immigrés âgés aux très faibles ressources* », rappelle l'Observatoire de la pauvreté.

Les immigrés ont un niveau de vie médian inférieur de 35 % à celui des non-immigrés et leur taux de pauvreté approche les 40 %. Et les vieux immigrés n'échappent pas à ce sort. « *Très majoritairement, les travailleurs immigrés ont occupé des emplois peu qualifiés et peu rémunérés, et la modicité des salaires de la période d'activité se répercute dans le niveau des retraites. A cela s'ajoute des périodes de travail fréquemment non déclarées dans l'agriculture et le bâtiment. Cette population perçoit donc souvent l'allocation de solidarité aux personnes âgées. [...] Les femmes âgées immigrées vivant seules ont des ressources particulièrement faibles car généralement leurs carrières ont été très courtes. Ce qui explique qu'elles soient, selon les associations d'aide alimentaire, surreprésentées parmi leurs publics* », peut-on lire, dans une étude de l'Observatoire national de l'action sociale (ODAS)⁽¹⁾. Par ailleurs, à côté de ces personnes âgées en situation de précarité bénéficiant de prestations sociales, il existe une population d'« invisibles », constituée de personnes âgées « pauvres » situées à la lisière des dispositifs d'aide : des personnes au-dessus des seuils des minima sociaux et échappant ainsi à l'action publique mais également des personnes renonçant à ces aides (volontairement ou involontairement).

La pauvreté des personnes âgées n'est pas que monétaire. Elle est également relationnelle. L'isolement peut être tantôt un facteur aggravant, tantôt une conséquence de la précarité. Selon une étude de la Fondation de France, en 2014, 1,5 million de personnes de plus de 75 ans étaient en situation d'isolement relationnel, soit une personne âgée sur quatre. L'association Les Petits Frères des pauvres révélait dans son étude « Solitude et isolement, quand on a plus de 60 ans en France en 2017 », que 300 000 Français de plus de 60 ans sont en situation de mort sociale. Ils ne rencontrent quasiment jamais ou très rarement d'autres personnes et cumulent ainsi les quatre types d'isolement : familial, amical, voisinage, réseau associatif. Les femmes de plus de 75 ans et aux revenus modestes sont particulièrement concernées. « *La pauvreté, cumulée avec l'avancée vers le grand âge, exacerbe l'invisibilité des personnes âgées isolées. L'isolement social accélère les pertes d'autonomie notamment chez les plus âgés et augmente les dysfonctionnements des prises en charge. Plusieurs études ont ainsi démontré que cet isolement est la cause de nombreux non-recours aux soins ou entraîne des aides inadaptées* », analyse l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale (ONPES). Alors que de plus en plus de démarches administratives se dématérialisent, Les Petits Frères des pauvres a également alerté, en septembre dernier, sur les incidences de l'exclusion numérique sur cette population fragilisée. « *L'exclusion numérique [...] met un nombre important de nos aînés encore plus en marge de la société et les isole davantage dans notre monde hyper connecté* », « *y compris pour les plus jeunes comme les 60-69 ans, encore nombreux à être non-utilisateurs* », soulignent les auteurs de l'étude. Cette exclusion touche plus particulièrement les plus de 80 ans – soit plus de 1,7 million de personnes – et les personnes aux revenus inférieurs à 1 000 €.

Ehpad trop chers

Existe-il un lien entre le nombre important de personnes dépendantes qui restent à domicile et le taux de pauvreté ? C'est ce que semble attester une étude de l'Insee de juin 2018 sur la perte d'autonomie des seniors qui vivent à leur domicile. Si la part de seniors à domicile est évidemment plus importante dans les régions comptant le moins de places d'Ehpad par habitant de 75 ans ou plus, elle s'explique également par le taux de pauvreté. 6,3 % des personnes de 60 ans ou plus, vivant à domicile, sont en situation de perte d'autonomie en France, hors Mayotte. En métropole, la part de seniors à domicile en perte d'autonomie est particulièrement élevée dans les Hauts-de-France (7,5 %), en Corse (7,4 %), en Occitanie (7,1 %) et en Provence-Alpes-Côte d'Azur (6,8 %). En revanche, les Pays de la Loire et la Bretagne sont les régions qui ont les plus faibles proportions de seniors en perte d'autonomie à domicile, mais également celles qui sont également moins touchées par les difficultés sociales. Les taux de pauvreté par tranches d'âge y sont inférieurs à 8 % chez les seniors de 60 ans ou plus. Les régions dans lesquelles les personnes âgées connaissent le plus de difficultés sociales (Corse, Hauts-de-France, Occitanie, départements et régions d'outre-mer) sont celles où elles résident le plus souvent à domicile et où les situations de perte

d'autonomie à domicile sont les plus fréquentes. La part de seniors à domicile en perte d'autonomie est également particulièrement élevée en Guadeloupe (11,8 %), en Martinique (11,3 %), à La Réunion (10,9 %) et, dans une moindre mesure, en Guyane (8,2 %). « A une moindre échelle, on retrouve en outre-mer les mêmes liens entre perte d'autonomie à domicile, difficultés sociales et offre de places en institutions qu'en métropole », note l'étude. Vieux, pauvres et malades... la triple peine pour une partie des personnes âgées.

Source ASH 4 janvier 2019, N°3091

4/ Suppléance et séjour de répit : mise en œuvre de l'expérimentation

Dans son article 53, la loi n° 2018-727 du 10 août 2018 pour un Etat au service d'une société de confiance crée une expérimentation permettant la mise en œuvre de prestations de suppléance à domicile du proche aidant et de séjours de répit aidant-aidés. Le décret d'application de ces dispositions vient d'être publié au *Journal officiel* du 30 décembre : il est donc applicable depuis le 31 décembre. Le texte précise notamment « les conditions dans lesquelles l'établissement ou le service employant ou plaçant le salarié volontaire participant à l'expérimentation s'assure de l'effectivité du repos compensateur lorsque celui-ci est accordé pendant l'intervention », incluses dans un cahier des charges dédié. Celui-ci précise en introduction que « l'expérimentation vise à diversifier l'offre de répit en permettant à des services d'aide à domicile intervenant en mode prestataire ou mandataire de mobiliser, pour le relayage, un seul intervenant plusieurs jours consécutifs au domicile de la personne aidée en relais de l'aidant ».

Trois types d'établissements et services sont éligibles à la mise en œuvre de l'expérimentation (cahier des charges, 4.1) :

- Illes établissements ou services d'enseignement qui assurent, à titre principal, une éducation adaptée et un accompagnement social ou médico-social aux mineurs ou jeunes adultes handicapés ou présentant des difficultés d'adaptation ;
- Illes établissements et les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale ;
- Illes établissements et les services qui accueillent des personnes handicapées, qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale ou bien qui leur assurent un accompagnement médico-social en milieu ouvert.

L'article 1^{er} du décret pose les modalités de l'attribution du repos compensateur : « Lorsque l'organisation de l'intervention a pour effet de réduire ou supprimer la période minimale de repos quotidien et le temps de pause du salarié, un repos compensateur lui est octroyé. » En outre, « pour chaque période d'intervention, la durée du repos compensateur est égale à celle du repos quotidien et du temps de pause dont le salarié n'a pu bénéficier ». Le repos peut être octroyé en totalité à l'issue de la période d'intervention et, en partie seulement, pendant la période d'intervention.

Selon une enquête Handicap-Santé réalisée en 2008 auprès des aidants informels, 8,3 millions de personnes aidaient régulièrement au moins un de leurs proches à domicile en raison d'un problème de santé ou d'un handicap.

Source ASH 11 janvier 2019, N°3092

5/ De l'impact des jeux vidéo dans la prise en charge de la maladie

LA MALADIE D'ALZHEIMER SE CARACTERISE PAR UN DECLIN DE LA MEMOIRE, de la capacité d'apprentissage et d'autres domaines cognitifs, avec une progression graduelle des symptômes cognitifs et comportementaux. Aujourd'hui, la France compte près de 900 000 personnes atteintes de cette maladie et, en 2020, si rien ne change, elles seront environ 1,25 million (un Français sur quatre de plus de 65 ans devrait être touché). En raison des contraintes que cette pathologie cause dans la réalisation des activités de la vie quotidienne, elle a un impact très important sur l'autonomie des patients qui en sont atteints. Pour prendre en charge cette problématique, il existe à ce jour diverses thérapies non médicamenteuses, dont l'utilisation des nouvelles technologies. Et, en particulier, des jeux vidéo : ce qu'on appelle les *serious games*, à savoir le développement de jeux dits « sérieux », avec un but précis (une vocation médicale, dans le cas présent). Une pratique qui est en plein développement. Mais, pour l'heure, il n'existe encore que peu d'études scientifiques montrant les bénéfices que peuvent apporter ces *serious games* sur les fonctions cognitives et la qualité de vie des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée.

C'est l'une des missions principales de Cobtek (Cognition Behaviour Technology), une équipe d'accueil de l'université Nice-Sophia-Antipolis, dont le Centre mémoire de ressources et de recherche (CMRR) du CHU de Nice est l'un des membres fondateurs. « *Les jeux vidéo envahissent désormais notre quotidien et, dans les prochaines années, il y aura une génération de seniors gamers. Il y a donc un intérêt à étudier de près l'impact de ces jeux sur la mémoire et sur les troubles du comportement. Or, et c'est source de polémique, nous manquons de recommandations, d'études homogènes sur l'utilisation de ces solutions* », confirme Renaud David, médecin au CMRR.

Des études pour « standardiser » ces jeux vidéo

Présent au Congrès national des unités de soins, d'évaluation et de prise en charge Alzheimer, qui a eu lieu les 12 et 13 décembre à Issy-les-Moulineaux (Hauts-de-Seine), ce spécialiste des symptômes psychologiques et comportementaux dans les pathologies neurodégénératives est intervenu justement pour démontrer l'apport des *serious games* dans la prise en charge de la maladie d'Alzheimer. « *Afin de standardiser, de généraliser ces solutions, nous les étudions en observant de près les opportunités, leurs forces, leurs faiblesses et/ou leurs menaces, poursuit-il. L'un des atouts majeurs est que ces jeux permettent de renforcer l'implication et la motivation des personnes âgées. Les craintes, elles, sont que ces solutions numériques remplacent petit à petit le soignant. Les premiers réticents sont donc souvent les soignants, les personnels sanitaires, plutôt que les personnes âgées.* »

C'est en ce sens que l'équipe Cobtek développe, depuis 2014, le site MeMo (Memory Motivation), qui fait l'objet d'un protocole de recherche clinique. Concrètement, cette plateforme en ligne propose gratuitement des exercices d'entraînement utilisables, à leur domicile, par les patients souffrant de

troubles cognitifs. « Les exercices sont conçus pour travailler une fonction cognitive précise, en limitant au maximum les interférences d'autres troubles potentiels, tout en gardant un aspect ludique et, si possible, écologique, explique Renaud David. Les jeux sont créés pour que la difficulté s'adapte aux performances de l'utilisateur, afin de limiter la mise en échec tout en étant stimulants. »

Arriver à accaparer l'attention de la personne malade

« L'objectif est d'arriver à connaître quel impact l'utilisation de toutes les capacités cognitives peut avoir sur certains troubles du comportement. En effet, pour des troubles très fréquents comme l'apathie, la dépression et l'anxiété, voire l'agitation, peut-être que certaines nouvelles opportunités s'offrent à nous et peuvent être une alternative ou, au moins, un complément aux thérapies actuellement utilisées », détaille encore le médecin, avant d'affirmer : « Quand on compare des sujets apathiques et non apathiques, les résultats obtenus sont assez intéressants. En effet, sur le ressenti quant à l'utilisation de solutions numériques, on observe quelques différences entre les apathiques et les non-apatiques, mais les sujets apathiques arrivent globalement à trouver un intérêt à des choses pour lesquelles, a priori, ils n'en ont pas. Ils sont ainsi capables de rester assez longtemps sur leur tablette pour jouer, alors que ces personnes sont connues pour être sans motivation, sans implication. »

Car ces jeux n'ont d'intérêt que s'ils arrivent à accaparer l'attention de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer. C'est à cette fin qu'ils sont personnalisés au maximum. « Sinon, comme pour les solutions classiques, on se dirige vers un échec de la prise en charge », précise Renaud David, avant de conclure : « De manière générale, les

serious games permettent de personnaliser l'approche, de proposer des interactions multiples, de diffuser l'accès aux soins et à des solutions parfois seulement réservées à des personnes proches d'un hôpital. Grâce à de simples jeux vidéo, davantage de malades peuvent être traités. Ce n'est pas négligeable. » Dans les faits, l'étude clinique en cours aidera à « valider l'efficacité des exercices MeMo d'un point de vue cognitif et des activités de vie quotidienne, ce qui permettrait d'en favoriser la diffusion et de renforcer l'accessibilité à ce type de prise en charge non médicamenteuse auprès des personnes âgées souffrant de troubles neurocognitifs ».

Source ASH 11 janvier 2019, N°3092

6/ Handicap et dépendance, la CNSA fait le bilan de l'offre d'accueil et d'accompagnement

La Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) dresse un panorama général, à partir de données allant jusqu'à fin 2017, de l'offre d'accueil et d'accompagnement pour les personnes âgées, les enfants et adultes en situation de handicap. Des réalisations concomitantes à la publication d'un guide méthodologique de la mesure de l'activité des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Du côté des personnes âgées, l'offre « en forte croissance depuis 10 ans » (+ 51 % pour un total de 750 000 places médicalisées) est encore dominée par l'hébergement permanent : les dispositifs concourant à l'accompagnement en milieu ordinaire ne concernent que 2 places sur 10. Le nombre total de places disponibles s'élève à 123 pour 1 000 personnes âgées, et seulement 16 279 nouvelles places devraient être créées d'ici 2022. L'offre spécifiquement dédiée à Alzheimer représente un quart des crédits programmés.

Concernant les personnes handicapées, on dénombre 494 354 places (deux fois plus qu'il y a 10 ans) en établissements et services, dont 158 901 pour les enfants. Le secteur est encore largement associatif, puisque 89 % des places sont recensées en établissements privés à but non lucratif. D'ici à 2021, 6 889 nouvelles places sont programmées, et concerneront majoritairement les adultes et l'établissement.

Le guide méthodologique, quant à lui, rappelle que « *l'organisation territoriale de l'offre d'accompagnement et son contenu doivent évoluer* » pour coller au projet de vie de la personne, dans le cadre de la « réponse accompagnée pour tous ». La transformation de l'offre médico-sociale doit ainsi prévenir les ruptures de parcours, développer des réponses inclusives et faire évoluer les prestations de services pour mieux répondre aux besoins. En bref, les distinctions entre établissements et services doivent être gommées « *au profit d'une réflexion globale sur les modalités d'accompagnement dans leur ensemble* ».

Source ASH 8 février 2019, N°3097

7/ Dépendance 21% des seniors aidés pour des tâches routinières

Trois millions de personnes âgées, soit une sur cinq, déclarent recevoir une aide régulière à la réalisation d'actes essentiels de la vie quotidienne en raison de leur vieillesse ou de leur état de santé dégradé. C'est le résultat de l'enquête « Capacités, aides et ressources des seniors » (Care) de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) réalisée en 2015 à partir d'un échantillon de 15 000 personnes. Ramené au nombre de bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) – 748 000 bénéficiaires fin 2015, destinée à financer une assistance à ces tâches quotidiennes, ce chiffre est quatre fois plus élevé. Concrètement, l'aide n'est uniquement professionnelle que dans 19 % des cas (4 % des cas pour les personnes très dépendantes), elle provient seulement de l'entourage pour 50 % des sondés, et est mixte pour le reste.

La partie informelle de cet appui – le plus souvent assurée par un conjoint (38 %) ou des enfants (55 %) –, qui concerne la moitié des seniors aidés, est en moyenne de cinq heures par semaine, même si les personnes les plus dépendantes (GIR 1 à 2) estiment être aidées à hauteur de 35 heures. Toutes aides confondues, la moitié des seniors déclarent au moins 8 heures par semaine.

Sans surprise, cette assistance augmente avec l'âge et le niveau de perte d'autonomie. Elle concerne 10 % des personnes âgées entre 60 et 74 ans, 40 % passé 75 ans.

Source ASH 15 février 2019, N°3098

8/ Pour le conseil de la CNSA, le financement de la future réforme est « atteignable »

DÉBUT DÉCEMBRE, LE CONSEIL DE LA CNSA (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie) a adopté à l'unanimité les principes clefs qui structureront sa contribution à la future loi « autonomie », à savoir « *l'affirmation de la pleine et entière citoyenneté de la personne quels que soient son âge, sa situation de santé ou de handicap, son lieu et son mode de vie* » et l'affirmation du « *chez-soi* » qui détermine la

capacité de la personne à vivre au cœur de la société. Depuis, trois commissions spécialisées (l'approche domiciliaire, les financements et la transformation de l'offre) ont continué à travailler afin de structurer et finaliser cette contribution à la réforme. Ce 6 février, Marie-Anne Montchamp, la présidente de la CNSA, lors d'un petit-déjeuner de presse, a fait un point sur la situation. Elle a tout d'abord rappelé que « *la question de l'avancée en âge est une question sociétale* », « *prioritaire* ». C'est pourquoi, le premier principe clef de la contribution du conseil de la CNSA est que la future loi doit être une loi d'orientation, plus ambitieuse qu'une simple loi.

« Des scénarios chiffrés le 18 avril »

Ensuite, Marie-Anne Montchamp a fait savoir que les travaux du conseil n'étaient pas arrêtés, « *qu'il continuera à approfondir sa réflexion, et en particulier dans deux domaines : l'approche domiciliaire et la question des financements qui nécessitent de mobiliser tous les acteurs de manière beaucoup plus précise et détailler* ». Indiquant que « *l'objectif est de présenter la version définitive de la contribution, notamment des scénarios chiffrés, le 18 avril à l'issue de la prochaine réunion du conseil* », la présidente de la CNSA a estimé que le financement de cette réforme est « *atteignable* » : « *Nos équilibres économiques et sociaux peuvent supporter cet investissement.* » Mais pour cela l'ancienne secrétaire d'Etat auprès de la ministre des Solidarités et de la Cohésion nationale sous Nicolas Sarkozy assure « *qu'il ne faut pas raisonner comme aujourd'hui, qu'il faut transformer nos pratiques, nos mécanismes, qu'il faut mutualiser des choses, qu'il faut sortir des raisonnements en silos...* ».

« *La société française ne doit pas se désespérer sur ce sujet [le financement de la réforme, ndlr], c'est atteignable et avec un très fort retour à l'économie réelle, a-t-elle insisté. Ce ne sont pas des financements perdus, ce sont des financements qui soutiennent l'économie, l'emploi. Il y a un vrai effet de retour, y compris sur les territoires.* » De plus, Marie-Anne Montchamp indique que « *favoriser l'émergence d'une solution en financement soutenable, convenable, passe par un changement du droit commun. C'est donc dans la fabrique du droit commun qu'il faut intégrer le point de vue de l'âge. Cela veut donc dire que sur des questions d'urbanisme, de logement, d'accès aux services, d'accès aux droits... nous interrogeons la conception du droit commun comme nous avons tenté de le faire pour les personnes en situation de handicap.* »

« *Dans les réflexions sur le financement, nous ne pouvons pas faire l'impasse sur l'évaluation du coût de la transformation, estime encore la présidente de la CNSA. Qu'est-ce que cela veut dire concrètement, financièrement et budgétairement, que d'imaginer un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes en approche domiciliaire ? Qu'est-ce que cela veut dire concrètement, financièrement et budgétairement, que d'imaginer un domicile d'origine vraiment adapté à la personne âgée ? Ce coût de la transformation, si nous ne l'évaluons pas, rendra la marche de la réforme trop haute et inatteignable.* ». D'où la nécessité de le rappeler...

Source ASH 15 février 2019, N°3098

9/ Personnes âgées : Valoriser l'innovation pour vivre l'autonomie

La Cnav, l'Agirc-Arrco, la CCMSA, France Active et la Banque des Territoires ont lancé, le 20 février, le pôle VIVA Lab. Il s'agit d'un dispositif de soutien aux innovations technologiques, techniques et

organisationnelles, dans le champ de la prévention de la perte d'autonomie et du bien vieillir. Plus concrètement, « *l'objectif est la détection, l'émergence et le déploiement de nouvelles solutions innovantes et d'une nouvelle génération d'aides techniques, destinée à prévenir la perte d'autonomie du plus grand nombre de personnes retraitées encore autonomes, à domicile ou en résidence* ». À chaque année sa thématique ; pour 2019, il s'agit de « *la lutte contre l'isolement et l'accès au numérique, enjeux majeurs de l'accompagnement en faveur du bien vieillir* ».

Source ASH 1^{er} Mars 2019, N°3100

10/ Maladie d'Alzheimer, selon France Alzheimer le déremboursement des médicaments a eu des conséquences néfastes

DEPUIS LE 1^{ER} AOÛT, et après de longs mois de discussions et de polémiques, quatre médicaments anti-Alzheimer (Aricept, Ebixa, Exelon et Reminyl) jugés inefficaces ne sont plus remboursés, alors qu'ils l'étaient auparavant à hauteur de 15 %. Sept mois après cette décision prise par la ministre de la Santé, Agnès Buzyn, sur la base d'une évaluation de la Haute Autorité de santé (HAS), l'association France Alzheimer assure, dans un communiqué du 21 février, que ce déremboursement a eu « *des conséquences néfastes pour les malades* ». « *Les familles sont démunies et cette décision dangereuse n'a fait qu'accroître leur détresse financière, psychologique et médicale* », dénonce-t-elle encore. « *Proches aidants comme personnes malades attestent de l'efficacité de ces médicaments et de l'effet catastrophique d'une interruption brutale du traitement* », affirme l'association, qui se base sur une consultation menée auprès de plus de 2 500 personnes (2 463 aidants et 84 malades).

Selon France Alzheimer, « *pour 80 % des répondants, l'argument d'inefficacité des médicaments anti-Alzheimer avancé par le gouvernement est infondé* ». Et d'ajouter : « *Au-delà de l'aggravation évidente de l'état de santé, cet arrêt de traitement a également de lourdes conséquences sur la capacité du maintien à domicile de la personne malade, pourtant privilégiée par les pouvoirs publics*. » Autre conséquence déplorée par l'association, « *l'arrêt du remboursement implique une augmentation alarmante du "reste à charge" pour les familles* ». Et ce, alors même « *qu'aucun moyen financier supplémentaire pour la recherche, pour le développement de structures et de dispositifs de prise en soin, ni même pour la mise en place de solutions de répit pour les aidants n'a été évoqué par les pouvoirs publics* ». Dernière conséquence : « *Le déremboursement rompt le lien thérapeutique précieux existant entre le médecin et son patient*. »

L'association ajoute qu'elle va financer « *une étude clinique à hauteur de 200 000 euros* ». Avant de préciser : « *Elle étudiera pendant trois ans, sur une importante cohorte de patients à un stade léger ou modéré de la maladie, l'impact sur les capacités cognitives de la prise quotidienne du Donépézil, comparé à celui de la prise d'un placebo. (...) Ce projet a pour but de fournir de nouveaux résultats concrets pouvant mener à la décision de rembourser à nouveau ces médicaments*. »

Source ASH 1^{er} Mars 2019, N°3100

11/ Signature d'une charte européenne de l'avancée en âge

« LE VIEILLISSEMENT, C'EST UN PEU COMME LE CHANGEMENT CLIMATIQUE. Nous y sommes, mais on ne peut pas être complètement certain que les pouvoirs publics aient bien mesuré que nous y sommes. En tout cas, ils n'ont pas encore pris pleinement la mesure de tout ce que cela implique, en particulier sur le sort réservé aujourd'hui aux personnes âgées. » Ces mots ont été prononcés le 27 février par Guillaume Quercy, lors de la signature de la Charte européenne de l'avancée en âge. Parmi les premiers signataires de ce texte, il y a Pascal Champvert, Annie de Vivie, Romain Gizolme, Edouard de Hennezel ou Alicia Issaka...Autant de personnalités engagées dans les secteurs de l'inclusion et de l'autonomie. « Lutter contre l'âgisme, c'est améliorer les conditions de vie des plus âgés (...). Il faut par conséquent réaffirmer et garantir que chaque moment de la vie a toute son importance, et que les droits des personnes soient assurés de façon effective et continue quel que soit l'âge », affirment les signataires. C'est pourquoi ils font cinq « propositions opérationnelles » : « mettre en place une politique éducative sur l'avancée en âge » ; « développer la participation et la citoyenneté des personnes âgées, notamment celles des plus vulnérables » ; « créer un ministère dédié au Vieillissement et une prestation autonomie dans chaque pays de l'Union » ; « créer des organismes nationaux de contrôle des discriminations par l'âge, en application des principes prévus par l'article 21 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne » et enfin « nommer un commissaire européen au Vieillissement ».

Source ASH 8 Mars 2019, N°3101ç

12/ A quoi va ressembler l'EHPAD de demain ?

En 2018, la situation a atteint son paroxysme avec deux jours de grève nationale inédits. Après cette mobilisation, Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la Santé, avait dévoilé un plan d'actions afin notamment de recruter davantage de personnels soignants et médicaux. Le président de la République annonçait une grande concertation nationale et une nouvelle loi « grand âge et autonomie ». Les conclusions de la première étant attendues pour février, et la seconde ne devrait être présentée aux députés qu'à l'automne. Mais, déjà, chacun y va de ses recommandations.

Ainsi, l'Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles, le Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge ou encore le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie ont rendu publiques leurs propositions. L'un des postulats communs à toutes ces préconisations est que l'Ehpad est en crise et qu'il faut le réformer. Mais, au-delà de la structure en tant que telle et des services dispensés, Marie-Anne

Montchamp, présidente de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, estime qu'il faut mener « *un vrai projet de société de nature à changer réellement notre modèle de protection sociale* ». Pascal Champvert, président de l'Association des directeurs au service des personnes âgées, ne dit pas autre chose.

MODÈLE DE MAISON DE RETRAITE ÉLABORÉ DANS LES ANNÉES 1990 pour succéder à l'hospice, l'Ehpad (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) est en crise, « *à bout de souffle* ». Le manque criant de moyens auquel il est confronté fait ressurgir la vieille image dégradante du mouiroir que pouvait représenter l'hospice. Selon une enquête publiée en novembre 2017 par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), environ 728 000 personnes vivent en Ehpad en France, avec une moyenne d'âge de 85 ans. Si, à l'origine, le projet était médico-social, d'où l'insistance sur les projets de vie et d'établissement, le fort accroissement du niveau de dépendance du public accueilli (plus d'une personne sur cinq est touchée par la maladie d'Alzheimer ou apparentée, selon la CNSA) a changé la donne : désormais la médicalisation l'emporte sur l'accompagnement de la perte d'autonomie. De même, le vieillissement croissant de la population et le souhait majoritaire des personnes de vieillir à domicile ou d'y rester le plus longtemps possible induisent une évolution du public accueilli en établissement et de leurs besoins d'accompagnement.

« *Le modèle même de l'Ehpad doit [...] être repensé à partir des meilleures innovations et expérimentations, en vue d'offrir un service plus qualitatif, centré sur les besoins du résident et des personnels, à la fois sur le plan des soins, sur celui de l'innovation technologique et du développement des alternatives à une surmédicalisation et surmédication* », indique ainsi le rapport des députées Monique Iborra (LREM) et Caroline Fiat (LFI). Publié en mars 2018, ce texte formule 31 propositions pour « *sortir de l'opposition* » entre l'Ehpad « *lieu de soins* » et l'Ehpad « *lieu de vie* », « *sans négliger l'un au profit de l'autre* ». Pour beaucoup, « *l'Ehpad de demain devra être réservé à des personnes en plus grande perte d'autonomie, et il faudra construire et envisager un Ehpad plus médicalisé, qui se rapprochera davantage des unités de soins de longue durée* », estime Annie Vidal, députée de Seine-Maritime et membre de la commission des affaires sociales.

« Dix ans pour modifier le modèle »

Mais, concrètement, à quoi ressemblera cet Ehpad du futur ? Quelles réponses aux besoins et attentes des personnes âgées en établissement ? Se dirige-t-on vers la fin des établissements tels que nous les connaissons actuellement ? Autant de questions auxquelles ont répondu les intervenants de deux colloques organisés les 22 et 23 janvier à Paris. « *Nous avons l'impression que les Ehpad sont un modèle immuable, un modèle architectural. C'est-à-dire que, aujourd'hui, si vous avez envie de construire un Ehpad, il y a des spécialistes pour cela. Ils vous le livrent clé en main*, déplore Jean-Marc Blanc, directeur de la fondation i2ml (Institut méditerranéen des métiers de la longévité). *Commencer une histoire à partir d'un bâtiment pour y mettre des personnes à l'intérieur, des vieux d'un côté, des salariés de l'autre, ce n'est pas la bonne méthode. En effet, le bâtiment est fait pour durer de manière immuable. Quand vous essayez de le faire évoluer, c'est compliqué et ça coûte très cher. En revanche, les personnes qui vont y entrer, 10, 20 ou 30 ans après, je peux vous garantir qu'elles n'auront pas les mêmes attentes et les mêmes besoins.* »

Selon Pierre Jeandel, directeur médical de l'Association des Foyers de province, « *nous avons dix ans pour modifier [le modèle] dans la mesure où en 2030 nous aurons une population bien différente et qu'il faut anticiper cette évolution. Ce qui est certain, c'est que le modèle actuel est à bout de souffle, que le côté monolithique de l'Ehpad est un schéma qui a vécu même s'il a rendu énormément de services.* » Et d'affirmer : « *L'Ehpad c'est fini. Dans le futur, nous aurons une structure qui servira uniquement à accueillir*

la grande perte d'autonomie, pour ne pas dire uniquement les démences. » Un point de vue partagé par le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie qui, dans un rapport publié le 9 janvier, estime que, « à l'horizon 2030, la priorité pour les Ehpad [...] est au renforcement de l'accompagnement leur permettant de prendre en charge dans des conditions convenables leurs résidents et de faire face à des situations de plus en plus lourdes. [...] Les Ehpad vont être amenés à mobiliser plus d'aides-soignants, d'infirmiers, de spécialistes des troubles cognitifs, voire de personnels formés davantage au soin relationnel qu'au soin technique. » Benoît Calmels, délégué général de l'Unccas, ne dit pas autre chose. Selon lui, « l'Ehpad deviendra un lieu surmédicalisé, quasiment une annexe de l'hôpital. Les Ehpad ne seront plus des maisons de retraite et il ne faut plus les penser comme cela. Il s'agira pratiquement d'une forme d'établissement palliatif, dans lequel on accompagnera la personne âgée de la manière la plus digne possible. »

Pierre Jeandel nuance toutefois cette vision : « Je ne pense pas que l'Ehpad de demain va se résumer à une structure qui s'inscrira dans la très grande dépendance. Je ne le vois pas uniquement comme un retour à une unité spécialisée. Très vraisemblablement, il y a une ouverture à faire de l'Ehpad vers le domicile. L'Ehpad est sans aucun doute un lieu qui, notamment par sa capacité de maillage territorial et ses compétences, a un rôle à jouer vis-à-vis de la population âgée. Ainsi, on voit actuellement de plus en plus d'appels d'offres surfer sur des projets d'Ehpad hors les murs ou même de travail à domicile. » Présent lors du 11e colloque national de la Fnadepa, Jean-Jacques Coiplet, directeur général de l'ARS Pays-de-la-Loire, a une vision quelque peu différente. « L'Ehpad de demain c'est celui d'aujourd'hui, certifie-t-il. Celui qui est au rendez-vous des besoins, qui anticipe les attentes et qui a bien compris qu'il [...] vaut mieux anticiper que subir. [...] Dans ce parcours de vie qui est le nôtre, où nous aspirons très majoritairement à vivre et finir nos jours à la maison, il y a des situations (perte d'autonomie, maladie, difficulté des aidants) qui font que, parfois, on ne peut ou ne veut plus rester à la maison. On a et on aura donc encore besoin de réponses protectrices complémentaires de cette attente de la vie à domicile. »

S'inscrire dans une dynamique de territoires

Et de poursuivre : « Au fond, l'Ehpad de demain est celui qui va réussir à être une plateforme permettant d'offrir des prestations d'accompagnement et de prévention, mais aussi d'engager des réponses à domicile, de soutenir des aidants, de développer la télémédecine, de faire les ponts avec la médecine ambulatoire, le lien avec l'hôpital. Bref il est extrêmement important que l'Ehpad s'inscrive dans une dynamique de territoires, de mutualisation et de coopération. En effet, je pense que l'Ehpad d'aujourd'hui ne peut pas, ne peut plus rester seul sur son territoire. Cependant, peu importe les coopérations, les conventions, l'Ehpad doit être une des réponses. » Entre les équipes d'Ehpad à domicile, les accueils de jour, les accueils séquentiels, l'hébergement temporaire, les résidences autonomie, les résidences services seniors... il existe déjà de nombreuses alternatives à l'Ehpad sur le territoire. Une évolution nécessaire mais qui n'est, pour le moment, pas encore assez bien organisée, assez bien structurée estime Jean-Pierre Riso, le président de la Fnadepa : « Il faut mieux articuler les habitats alternatifs en évitant des concurrences néfastes à tous, les adapter à leur territoire et aux attentes des personnes, les préserver des contraintes fragilisant leur existence. Nous devons imaginer l'Ehpad de demain sans nier les réalités des Ehpad d'aujourd'hui, leur histoire, leur structuration et leur organisation. Nous devons proposer, en nous inspirant de nos succès, des évolutions de nos établissements vers une plus grande ouverture sur le domicile, les territoires et les partenaires locaux. »

Alors que Dominique Libault, président du Haut Conseil du financement de la protection sociale, doit rendre les conclusions de la concertation « grand âge et autonomie » courant février et qu'une nouvelle loi autonomie est attendue pour la fin de l'année, la place de l'Ehpad est donc au cœur des réflexions. Structures surmédicalisées ou établissements hors les murs ouvert vers le domicile, unités d'accueils ultra-spécialisées ou pôles de ressources, ce qui est certain c'est que, comme l'indique Marie-Anne Montchamp,

présidente de la CNSA, « le phénomène auquel nous assistons n'est pas franco-français. C'est toujours intéressant d'aller voir ce que font les autres. Mais je ne fais pas partie de ceux qui pensent que l'on peut copier ce qu'il se fait ailleurs. Chaque pays a sa manière de voir les choses. Chacun a son histoire particulière. » Dès lors, « permettre à la personne âgée de finir sa vie chez elle veut dire que, à un moment, nous nous interrogeons aussi sur notre politique du logement. Si on ne se pose pas la question des transports, de l'accessibilité des petites et moyennes villes et des villages, comment peut-on imaginer demain soutenir un modèle inclusif ? Des modèles existent. Il faut juste ne pas avoir peur, ne pas être trop conservateur, trop frileux et les généraliser. »

Source ASH 1 février 2019, N°3096

13/ Des prothèses auditives bientôt intégralement prises en charge

En France, 6 millions de personnes souffrent de difficultés d'audition. Un tiers d'entre elles environ est appareillé alors que près de la moitié pourrait l'être, un taux inférieur à celui observé dans d'autres pays européens. Pour permettre à davantage d'assurés de corriger leurs troubles de l'audition, la prise en charge des aides auditives (ou prothèses auditives) a évolué depuis le 1er janvier 2019.

Il s'agit de la première étape de la réforme dite « 100 % santé », visant à améliorer l'accès aux soins optiques, dentaires et d'audiologie.

Concernant les prothèses auditives, la réforme se traduit dès à présent par un plafonnement des prix de vente, qui seront progressivement réduits. Parallèlement, l'augmentation du niveau de remboursement de l'Assurance Maladie permettra de rendre l'achat d'une prothèse auditive moins coûteux pour les assurés. À compter de 2021, tous les assurés pourront bénéficier d'un « panier de soins » pris en charge intégralement par l'Assurance Maladie et les complémentaires santé.

Lever les freins à l'appareillage

La **surdité, ou hypacousie**, est la diminution de la capacité à percevoir les sons (diminution de l'ouïe). On parle aussi de baisse de l'audition. En l'absence d'équipement auditif, elle peut être gênante dans la vie quotidienne et présente, pour l'adulte comme pour l'enfant, un risque d'isolement, voire de développement de troubles cognitifs.

Quand aucune opération médicale ou chirurgicale n'est possible ou souhaitée, et en l'absence de contre-indication, une aide auditive, ou prothèse auditive, peut permettre d'améliorer la perception des sons par la personne touchée. Cependant, le montant important restant à la charge de l'assuré constituait jusqu'à présent un frein à l'appareillage des assurés, notamment les plus modestes. Selon le ministère des Solidarités et de la santé, le reste à charge supporté par l'assuré s'élève en moyenne à 1700 € pour appareiller deux oreilles, soit plus de la moitié du coût des prothèses.

Les prothèses auditives et leur adaptation, leur entretien et les accessoires sont **remboursés par l'Assurance Maladie** sur la base de 60 % d'un tarif forfaitaire qui varie suivant l'âge et le handicap. Depuis le 1er janvier 2019, une prothèse type pour un adulte est remboursée à hauteur de 180 € par l'Assurance Maladie, contre 120 € précédemment. L'assurance complémentaire de chaque assuré intervient ensuite, selon les conditions de son contrat.

Comment se faire prescrire une prothèse auditive intégralement prise en charge ?

Avant tout appareillage, l'assuré en perte d'audition qui voudra bénéficier du panier « 100 % santé » devra disposer d'une prescription médicale, et d'un devis détaillé (appareil, adaptation par un audioprothésiste et suivi durant la vie de la prothèse, accessoires) par l'audioprothésiste de son choix.

La prise en charge médicale est adaptée à l'âge du patient :

- **enfant de plus d'un an et de moins de 6 ans** : un médecin oto-rhino-laryngologue (ORL) spécialisé dans les cas touchant des enfants effectue des tests physiques, d'audition et comportementaux avant toute prescription d'appareillage. Après installation par un audioprothésiste, le médecin revoit l'enfant et guide les parents pour une bonne utilisation. En parallèle, l'enfant bénéficie d'un bilan orthophonique ;
- **enfant de plus de 6 ans et adulte** : un médecin généraliste formé au soin des affections et anomalies de l'oreille et de l'audition ou un médecin ORL réalise un bilan physique et des mesures d'audition afin de prescrire l'appareillage le plus adapté. L'assuré choisit ensuite sa ou ses prothèse(s) auditive(s) avec l'accompagnement d'un audioprothésiste.

Toutes les aides auditives sont-elles complètement remboursées ?

Aujourd'hui, un appareil auditif coûte 1 500 € en moyenne par oreille, soit 3 000 € pour deux oreilles, en prenant en compte l'ensemble de l'offre auditive. Jusqu'en 2021, le montant restant à la charge de l'assuré diminuera progressivement, jusqu'à la prise en charge totale. Ainsi, un assuré devra régler 200 € de moins par oreille en 2019 par rapport à un appareillage de même nature en 2018 (passant de 1 700 € à sa charge pour deux oreilles à 1 300 €).

En 2020, les frais à engager diminueront encore de 250 € par oreille (soit $1300 - (250 \times 2) = 800$ € pour deux oreilles).

En 2021, les appareils du panier labellisé « 100 % santé » seront pris en charge à 100 %.

Bénéficiaire de la CMUC-C ?

Depuis le 1er janvier 2019, les assurés bénéficiant de la CMU-C n'ont plus aucun frais à avancer, leur équipement 100 % santé audiologie est intégralement pris en charge au titre du tiers payant.

En dehors de ce panier « 100 % santé », l'assuré qui le souhaitera pourra s'équiper de prothèses avec des caractéristiques techniques encore supérieures. Celles-ci seront alors :

- prises en charge par l'Assurance Maladie, sur une base de remboursement identique à celle du panier « 100 % santé » ;
- avec un complément de remboursement par l'assurance complémentaire de l'assuré, s'il en a une.

Cette prise en charge totale (Assurance Maladie et complémentaire) est plafonnée à 1 700 € par oreille à appareiller.

Les prix de ces prothèses restent libres et seront modérés par les contrats « responsables et solidaires » des complémentaires santé (2).

(1) [Arrêté du 14 novembre 2018](#).

(2) Avis relatif à la tarification des aides auditives visées à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale [publié au Journal officiel du 28 novembre 2018](#).



De 2019 à 2021, le reste à charge moyen de l'assuré diminue progressivement jusqu'à une prise en charge à 100 %.

Source : ministère des Solidarités et de la santé.

ECHO CLIC