

Cette analyse vise à consolider, sur une base chiffrée et documentée, les enjeux et leviers relatifs à l'innovation technologique et à l'habitat des personnes âgées, en particulier lorsqu'elles sont confrontées à une perte d'autonomie, et à formuler des orientations d'investissement de long terme cohérentes avec la trajectoire des finances sociales et l'évolution des besoins.

Le périmètre retenu est volontairement large : démographie, santé (maladies chroniques et affections de longue durée), organisation des soins (poids de l'hospitalisation, montée de l'hospitalisation à domicile), habitat (logement ordinaire majoritaire, dispositifs d'adaptation), préférences des Français (domicile versus établissement), ressources humaines, numérique (télésurveillance, coordination, sécurité des données), et dimension économique (silver économie, structuration d'une filière, souveraineté).

La question du grand âge engage la capacité collective à garantir des conditions de vie, de soins et de protection conformes aux principes de solidarité et de dignité. Elle engage également la soutenabilité des comptes sociaux et la compétitivité d'une filière industrielle et de services appelée à se développer fortement.

I. Transition démographique et structuration des besoins

1) Une structure par âge déjà constituée

Au 1er janvier 2023, 14,5 millions de personnes résidant en France ont 65 ans ou plus, soit 21 % de la population. Cette proportion a augmenté et situe la France au niveau de la moyenne européenne. Elle s'accompagne d'une féminisation croissante aux grands âges (écart de longévité).

Le vieillissement est un phénomène structurel. Il est porté par l'arrivée aux âges élevés des générations nombreuses, et par l'allongement de l'espérance de vie. L'Insee documente l'accélération du vieillissement depuis le milieu des années 2010 avec l'entrée des baby-boomers dans les classes d'âge âgées.

2) Une donnée structurante : le domicile comme lieu de vie majoritaire

Le HCFEA établit que la quasi-totalité (96 %) des personnes âgées de 60 ans ou plus vivent en logement ordinaire, soit environ 17,8 millions de personnes sur 18,5 millions en 2023. Ce chiffre n'est pas un élément de contexte : il constitue la matrice de toute politique publique de l'autonomie. Il implique que l'habitat, ses adaptations et l'organisation des services à domicile forment l'infrastructure réelle du vieillissement.

3) Perte d'autonomie : volumes et projections

La dynamique de la perte d'autonomie est déjà observable. La DREES estime à 2,03 millions le nombre de personnes âgées en perte d'autonomie en 2021, soit 11,2 % des 60 ans ou plus. Pour les projections, il convient d'expliciter le cadre méthodologique : la DREES s'appuie notamment sur le modèle LIVIA (Lieux de vie et autonomie), qui produit des trajectoires selon hypothèses d'évolution de l'espérance de vie sans incapacité et selon les lieux de vie. Ces projections s'interprètent en scénarios, avec des marges d'incertitude, et appellent une prudence de présentation.

II. Chronicité, affections de longue durée et soutenabilité du système de santé

1) ALD : concentration des dépenses et question de soutenabilité

Les données de l'Assurance maladie indiquent qu'en France, environ 20 % des Français sont concernés par une affection de longue durée (ALD), et que ces assurés concentrent 73,4 % des dépenses de l'Assurance maladie, soit 123 Md€. Cette structure de dépense constitue l'un des déterminants les plus robustes de la trajectoire de l'ONDAM et du financement de la Sécurité sociale.

Une clarification méthodologique est indispensable :

- Dépenses des assurés en ALD : elles comprennent la totalité de leurs consommations de soins, y compris des soins non directement imputables à l'ALD.
- Dépenses strictement liées à l'ALD : elles isolent le noyau "pathologie exonérante". Dans la revue IGF-IGAS, ce montant est estimé à 82,6 Md€ (année de référence 2021, périmètre décrit dans le rapport).
- Surcoût du dispositif ALD : il se rapporte au différentiel lié aux exonérations et règles spécifiques.

La comparaison internationale doit être traitée prudemment (définitions non parfaitement superposables), mais l'élément important reste l'observation : la France combine une forte proportion d'assurés en ALD et une forte concentration de la dépense sur ce segment.

2) Structure pathologique : concentration sur quelques ensembles

La CNAM et les synthèses statistiques convergent sur une forte concentration : quatre ensembles représentent une très grande part des ALD (cardio-/neuro-vasculaire, diabète, cancers, affections psychiatriques de longue durée). Cette structure est cohérente avec la transition épidémiologique et l'effet de l'âge.

3) Effet âge : gradient de dépense et intensification aux âges élevés

La dépense augmente fortement avec l'âge. Les ordres de grandeur (\approx 4 300 € en moyenne entre 60–69 ans ; \approx 5 600 € entre 70–79 ; \approx 7 700 € entre 80–89) traduisent un gradient marqué. La DREES documente régulièrement cet effet dans ses comptes et panoramas, et la CNAM l'utilise pour étayer la dynamique de soutenabilité.

4) Le "cœur hospitalier" du système et la contrainte de capacité

Les soins hospitaliers représentent une part majeure de la consommation de soins et de biens médicaux, et sont très majoritairement financés par l'assurance maladie obligatoire et l'État. Cette structure traduit un modèle historiquement centré sur l'hôpital, efficace pour l'aigu, moins adapté aux trajectoires longues, pluri-pathologiques et aux besoins d'accompagnement à domicile.

Le sujet n'est pas seulement budgétaire. Il est aussi capacitaire : personnel, plateaux techniques, tensions sur les urgences, continuité des soins, accessibilité territoriale.

5) Une dynamique de dépenses largement prédéterminée

Les travaux de la Caisse nationale de l'Assurance maladie confirment que la trajectoire des dépenses de santé est aujourd'hui largement prédéterminée par des facteurs structurels, au premier rang desquels figurent le vieillissement de la population, la montée en charge des affections de longue durée et la progression de la prévalence des poly pathologies.

La CNAM souligne que la dynamique de l'ONDAM n'est plus principalement liée à des facteurs conjoncturels (épidémies, chocs exogènes), mais à des déterminants profonds, relativement insensibles aux ajustements de court terme. Dans ce contexte, les marges de manœuvre fondées uniquement sur la régulation des volumes ou la compression tarifaire apparaissent limitées et potentiellement contre-productives à moyen terme.

Les personnes en ALD, représentant pour rappel environ 20 % des assurés, concentrent plus de 73 % des dépenses, et expliquent l'essentiel de l'accélération observée. La CNAM insiste sur le fait que cette concentration relève d'une transformation durable de l'état de santé de la population.

6) Prévention, suivi et télésurveillance

La Caisse nationale de l'Assurance Maladie identifie la prévention comme une priorité stratégique pour ralentir la progression des maladies chroniques, en s'appuyant sur des approches personnalisées de dépistage et de suivi des patients. Il souligne la nécessité de renforcer les parcours coordonnés et l'accès à des dispositifs de prévention et d'accompagnement des personnes chroniques, même si les évaluations exhaustives de l'impact de la télésurveillance sur les hospitalisations évitables et l'observance sont encore en cours de consolidation dans la littérature scientifique.

Les programmes de télésurveillance et de suivi centrés sur des pathologies chroniques spécifiques, comme l'insuffisance cardiaque, ont montré dans certaines études françaises des associations avec une réduction des hospitalisations et une amélioration des trajectoires cliniques, ce qui illustre les opportunités d'intégrer ces technologies dans les parcours de soin. Toutefois, la CNAM rappelle que l'impact de ces dispositifs dépend fortement de leur inscription dans des organisations professionnelles claires, de leur articulation avec les soins de ville et de la capacité des équipes à interpréter et à agir sur les données collectées. La technologie ne produit pas d'effet autonome ; elle amplifie une organisation existante.

III. De la logique curative à la logique de trajectoire de santé

Les données issues de la CNAM et de la DREES convergent vers un constat central : le système de santé français reste majoritairement structuré autour d'une logique curative, centrée sur la prise en charge d'épisodes aigus, alors même que la dynamique des dépenses est dominée par des pathologies chroniques évolutives.

La concentration des dépenses sur les personnes en ALD traduit une accumulation de prises en charge successives, souvent tardives, après installation de la maladie et de ses complications. Cette organisation limite la capacité du système à infléchir les trajectoires de santé à un stade précoce.

La notion de healthspan, entendue comme la durée de vie passée sans incapacité majeure ni altération fonctionnelle significative, fournit un cadre conceptuel pertinent pour repenser cette organisation. Elle ne se substitue pas à l'objectif d'allongement de la durée de vie, mais en constitue un complément qualitatif.

1) Temporalité de la prévention

Les travaux disponibles montrent que les déterminants majeurs de la dépendance à âge élevé se constituent bien en amont, souvent dès la quarantaine ou la cinquantaine : sédentarité, facteurs métaboliques, troubles psychiques non pris en charge, isolement social progressif, habitat inadapté, ruptures de parcours de soins.

Une politique crédible de prévention de la dépendance implique :

- une intervention précoce, idéalement dès le milieu de vie ;
- une articulation entre prévention primaire (modes de vie), secondaire (dépistage, suivi) et tertiaire (éviter les aggravations) ;
- un accès effectif aux soins, condition préalable à toute prévention.

La CNAM souligne que les actions de prévention produisent leurs effets sur un horizon long, ce qui rend leur financement et leur pilotage plus complexes dans un cadre budgétaire annuel.

2) Rôle du numérique dans la prévention

Les outils numériques offrent des leviers spécifiques pour la prévention :

- suivi longitudinal des indicateurs de santé ;
- détection des signaux faibles ;
- personnalisation des interventions ;
- continuité de l'information entre acteurs.

Toutefois, leur efficacité dépend d'une intégration dans des parcours cliniques et sociaux existants, et d'une capacité des professionnels à s'approprier ces outils dans leur pratique quotidienne.

3) Dispositifs de prise en charge de la chronicité à l'international

Les comparaisons internationales montrent des approches différenciées de la prise en charge des maladies chroniques. Certains pays ont développé des dispositifs plus restrictifs de reconnaissance administrative de la chronicité, combinés à des politiques de prévention et de suivi renforcées en amont.

La France se distingue par un dispositif ALD étendu, qui offre une protection financière élevée aux assurés, mais qui contribue également à une forte concentration de la dépense et à une dynamique budgétaire soutenue.

Les comparaisons internationales doivent être interprétées avec prudence. Les différences de structure démographique, de culture familiale, de financement de la protection sociale et de gouvernance territoriale limitent la transposabilité directe des modèles.

L'enjeu pour la France reste l'adaptation de principes généraux aux spécificités nationales.

IV. Le domicile comme pivot des parcours : préférences, offres et organisations

1) Préférence des Français : domicile versus établissement

La DREES établit que 74 % des Français ne souhaitent pas vivre dans un établissement pour personnes âgées en cas de perte d'autonomie, contre 53 % en 2001. Cette inflexion est structurante : elle modifie la demande sociale, reconfigure l'acceptabilité des politiques publiques, et impose de penser le domicile comme un lieu de vie et de soins.

2) EHPAD : offre, limites, tensions

En 2022, la France compte environ 7 500 EHPAD, offrant près de 615 000 places. La DREES souligne la structuration de l'offre, y compris la part du privé lucratif et l'existence de grands groupes. L'offre, même significative, ne peut absorber seule l'augmentation de la dépendance, compte tenu des coûts, des contraintes de recrutement et des limites d'acceptabilité sociale.

3) HAD : montée en charge et rôle de pivot

La DREES établit qu'au 31 décembre 2023, 293 établissements d'HAD peuvent prendre en charge simultanément 24 100 patients, soit +4,1 % par rapport à fin 2022. Le panorama DREES précise également que l'HAD représente 7,7 % des capacités d'hospitalisation complète de court et moyen séjour (hors psychiatrie). Ces données objectivent un mouvement organisationnel : prise en charge plus intégrée, continuité entre hôpital, ville et domicile, nécessité de coordination, et potentiel de désengorgement de certaines filières hospitalières.

4) Le domicile comme levier d'efficience identifié par la CNAM

Dans ses orientations stratégiques, la CNAM identifie explicitement le renforcement des prises en charge à domicile comme un levier d'efficience à la fois médicale, organisationnelle et économique. Cette orientation repose sur plusieurs constats convergents :

- la prise en charge précoce et continue des pathologies chroniques réduit les risques de décompensation aiguë ;
- les hospitalisations non programmées constituent un facteur majeur de coût et de rupture des parcours ;
- la coordination des acteurs est plus efficace lorsque l'information circule en amont des épisodes aigus.

Le domicile, lorsqu'il est correctement équipé, suivi et intégré dans une organisation coordonnée, apparaît comme un lieu pertinent pour une part croissante des soins, y compris pour des patients présentant des pathologies complexes ou des dépendances fonctionnelles modérées à sévères.

V. Territoires et habitat : leviers structurels du maintien à domicile

1) Coordination territoriale des acteurs

La réussite du virage domiciliaire repose sur une coordination renforcée entre acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux à l'échelle territoriale. Les agences régionales de santé, les départements, les communes et les acteurs associatifs jouent un rôle central dans cette orchestration.

2) Organisation des soins à domicile

Plusieurs pays européens ont investi précocement dans les soins à domicile et les formes intermédiaires d'habitat, avec une articulation étroite entre services sociaux et sanitaires. Ces modèles reposent souvent sur :

- une forte coordination locale ;
- une responsabilisation accrue des acteurs territoriaux ;
- une intégration plus poussée des technologies de suivi.

Ces expériences montrent que le maintien à domicile peut être une option soutenable, sous réserve d'un investissement initial conséquent et d'une gouvernance claire.

3) L'habitat comme déterminant de santé et d'autonomie

Le logement est un déterminant central des trajectoires : risques de chute, isolement, dénutrition, difficultés d'accès aux soins, épuisement de l'aidant. Les politiques d'adaptation du logement constituent un investissement à rendement social élevé : elles réduisent des risques coûteux et fréquents, et prolongent l'autonomie.

La notion d'habitat doit être entendue au sens large : logement, immeuble, accessibilité, voisinage, services de proximité, transports, urbanisme favorable à l'âge. Cette extension est indispensable pour traiter la perte d'autonomie comme un phénomène systémique.

4) MaPrimeAdapt' et crédit d'impôt : architecture et échéances

L'État a structuré un dispositif d'aide à l'adaptation via MaPrimeAdapt'. Le site du Ministère de l'Économie précise que le crédit d'impôt d'autonomie continue de financer certains travaux d'adaptation pour les personnes non éligibles à MaPrimeAdapt' jusqu'au 31 décembre 2025. Le service public rappelle également les paramètres du crédit d'impôt (taux, plafonds, horizon temporel). Ces éléments ont des implications opérationnelles :

- lisibilité et accès effectif aux dispositifs ;
- risque de rupture de soutien en cas de non-prolongation ;
- articulation avec les politiques locales (départements, caisses, acteurs de l'habitat).

5) Continuité et lisibilité des dispositifs publics

La lisibilité des dispositifs d'aide constitue un facteur clé de leur efficacité. Les échéances actuelles posent la question de la continuité de l'action publique.

Une stratégie crédible suppose des dispositifs stables dans le temps, connus des bénéficiaires et des professionnels, et articulés avec les politiques territoriales (départements, collectivités locales, caisses).

6) Vieillissement et disparités territoriales

Le vieillissement ne se distribue pas de manière homogène sur le territoire. Les zones rurales et certains territoires périurbains présentent une proportion plus élevée de personnes âgées, conjuguée à une offre de soins souvent plus fragile.

Ces territoires cumulent plusieurs vulnérabilités : éloignement des services, pénurie de professionnels, logements anciens peu adaptés, mobilité réduite. Ils constituent des espaces prioritaires pour les politiques d'adaptation de l'habitat et de développement des services à domicile.

7) Urbanisme favorable à l'âge

La question de l'habitat ne peut être dissociée de celle de l'environnement. Un urbanisme favorable à l'âge intègre l'accessibilité des espaces publics, la proximité des services, la qualité des transports, la sécurité des cheminements.

Ces éléments conditionnent directement la capacité des personnes âgées à maintenir une autonomie fonctionnelle et sociale, indépendamment même de leur état de santé.

VI. Numérique et technologies de l'autonomie : promesses, conditions et risques

1) Briques technologiques utiles au domicile

Les technologies pertinentes pour l'autonomie à domicile se structurent autour de fonctions :

- sécurité physique (détection de chute, alertes) ;
- suivi médical et télésurveillance (constantes, observance, signaux faibles) ;
- coordination des intervenants (partage d'information, plans de soins, continuité) ;
- prévention (activité, sommeil, nutrition) ;
- soutien cognitif et neuro-psychiatrique (stimulation, repérage des troubles) ;
- lien social (communication facilitée, lutte contre l'isolement).

Le bénéfice attendu dépend d'une condition : l'intégration dans des parcours et dans une organisation humaine. Sans médiation, sans formation, sans interopérabilité, le rendement est faible.

2) Fracture numérique : risque social et nécessité de médiation

Le risque principal du virage numérique réside dans l'inégalité d'accès et d'usage. Les déterminants sont connus (âge, ressources, isolement, littératie, troubles cognitifs). Les politiques publiques doivent intégrer la médiation, l'ergonomie, l'assistance de proximité. La logique de "faire avec" et, lorsque nécessaire, de "faire à la place" est déterminante dans les situations de fragilité.

3) Données personnelles, cybersécurité, confiance

Le déploiement massif de dispositifs connectés à domicile élève le niveau d'exigence en matière de sécurité :

- sécurité des objets et des infrastructures ;
- protection des données de santé ;
- conformité RGPD ;
- contrôle des accès et traçabilité ;
- résilience en cas d'incident.

La CNIL rappelle l'enjeu de structuration de la silver économie dans un cadre de confiance, compte tenu des données sensibles et de publics vulnérables.

4) Intelligence artificielle et analyse prédictive

Les outils d'intelligence artificielle offrent des perspectives en matière de détection précoce des risques, d'analyse des trajectoires de soins et d'anticipation des décompensations. Leur usage dans le champ du vieillissement suppose toutefois une grande prudence, compte tenu de la sensibilité des données et des enjeux éthiques.

5) Neurotechnologies et accompagnement cognitif

Les technologies de stimulation cognitive, de suivi des troubles neurodégénératifs et d'accompagnement des pathologies psychiatriques de longue durée constituent un champ en développement. Elles peuvent contribuer à retarder la perte d'autonomie fonctionnelle et à améliorer la qualité de vie, sous réserve d'une intégration dans des parcours médico-psychosociaux structurés.

6) Acceptabilité sociale et confiance

L'acceptabilité des technologies repose sur la confiance. Celle-ci se construit par la transparence sur les usages des données, la clarté des bénéfices attendus, la simplicité des interfaces et la présence d'un accompagnement humain.

VII. Silver économie : structuration d'une filière stratégique

1) Définition et périmètre selon Bercy

Le Ministère de l'Économie définit la silver économie comme l'ensemble des activités économiques et industrielles bénéficiant aux seniors (60 ans et plus), visant à améliorer la qualité de vie, garantir l'autonomie le plus longtemps possible et contribuer à l'allongement de l'espérance de vie.

Cette définition officielle présente trois conséquences :

- la silver économie est transversale (santé, habitat, mobilité, sécurité, services, numérique) ;
- elle structure un marché solvable et croissant ;
- elle invite à articuler stratégie industrielle et objectifs sociaux.

2) Filiale économique et objectif de souveraineté

La silver économie est une opportunité industrielle dans un contexte de concurrence internationale sur les technologies de santé, les plateformes et les standards. Le risque de dépendance technologique est réel : le domicile connecté, la télésurveillance, les algorithmes prédictifs, les solutions de coordination peuvent devenir des infrastructures critiques. Il semble indispensable d'intégrer une doctrine de souveraineté : interopérabilité, standards, données hébergées et traitées dans des conditions sécurisées, capacités industrielles nationales et européennes.

3) Dimension générationnelle : les personnes âgées de demain

Les politiques publiques tendent à projeter sur "les vieux de demain" des préférences issues des générations antérieures. Les cohortes qui atteindront le grand âge à partir de 2035–2050 auront une trajectoire sociale et technologique différente : usages numériques plus ancrés, attentes de qualité de service, choix résidentiels plus variés, configurations familiales plus diversifiées, rapport au couple et au lien social plus composite.

La notion de "healthspan" prend une place croissante : recherche d'une durée de vie en bonne santé, prévention plus précoce, suivi plus personnalisé. Cette transition demeure hétérogène selon les catégories sociales. Elle exige des politiques d'éducation à la santé, d'accès aux soins, de prévention territorialisée, et d'accompagnement.

4) Chaîne de valeur et acteurs

La silver économie repose sur une chaîne de valeur complexe associant :

- acteurs industriels (habitat, technologies, dispositifs médicaux) ;
- entreprises de services ;
- acteurs du numérique ;
- collectivités territoriales ;
- organismes de protection sociale.

Cette diversité d'acteurs nécessite une coordination renforcée et une visibilité stratégique de long terme pour sécuriser les investissements.

5) Innovation et diffusion

L'enjeu n'est pas uniquement l'innovation technologique, mais la capacité à diffuser des solutions éprouvées à grande échelle. Les obstacles identifiés concernent :

- la fragmentation des financements ;
- l'absence de standards interopérables ;
- la difficulté d'évaluer l'impact réel des solutions.

6) Emploi et territoires

La silver économie présente un potentiel significatif de création d'emplois, notamment non délocalisables, dans les services à la personne, l'adaptation de l'habitat et la maintenance des équipements, et peut constituer, à ce titre, un levier de revitalisation pour certains territoires vieillissants. Cette dynamique d'emploi repose toutefois sur une articulation étroite entre trois ensembles de métiers indissociables : les métiers du soin, les métiers du maintien à domicile et les métiers technologiques.

Les métiers du soin (médecins, infirmiers) et du maintien à domicile (aides à domicile, intervenants médico-sociaux, coordinateurs) constituent le socle humain des parcours ; ils sont aujourd'hui confrontés à une pénurie structurelle, qui constitue à la fois un goulot d'étranglement et un facteur limitant majeur, notamment en raison d'enjeux d'attractivité, de reconnaissance et de conditions de travail. Les métiers technologiques, qu'il s'agisse du développement, du déploiement, de la maintenance ou de l'accompagnement des outils numériques et des dispositifs d'autonomie, ne se substituent pas à ces fonctions humaines, mais en deviennent des métiers d'appui et d'interface, indispensables à l'effectivité du virage domiciliaire.

Dans cette configuration, la technologie peut améliorer l'efficience et la coordination, faciliter le partage d'information entre professionnels, réduire certains déplacements inutiles, renforcer la surveillance des signaux faibles, améliorer l'organisation du travail, alléger des tâches administratives et renforcer la sécurité des intervenants. Elle ne compense cependant ni l'insuffisance des effectifs ni la fragilité des vocations ; elle amplifie une organisation existante et suppose, pour produire des effets durables, une politique de ressources humaines cohérente, intégrant conjointement les métiers du soin, du domicile et de la technologie dans une stratégie de formation, d'attractivité et de qualité de vie au travail.

7) Implications macro-économiques et soutenabilité

La transformation de l'habitat et des modes de prise en charge du vieillissement constitue un enjeu macro-économique majeur. Elle conditionne :

- la trajectoire des finances sociales ;
- la capacité à contenir la progression des dépenses liées aux ALD ;
- la soutenabilité de l'offre hospitalière ;
- la dynamique d'une filière économique en croissance.

L'absence d'investissement structurel exposerait le système à un risque de déséquilibre progressif, marqué par une accumulation de coûts évitables et une dégradation de la qualité de prise en charge.

VIII. Financement du vieillissement à domicile : investissements et arbitrages de long terme

1) Une logique d'investissement plus que de dépense

L'analyse économique conduit à considérer l'adaptation de l'habitat, la structuration des services à domicile et le déploiement des technologies d'autonomie comme des investissements à rendement différé, plutôt que comme des dépenses de fonctionnement. Les comparaisons internationales et les évaluations ex post montrent que le report de l'entrée en institution de quelques années génère des économies substantielles sur les dépenses médico-sociales et hospitalières, tout en améliorant la qualité de vie des personnes concernées.

Cette logique d'investissement est particulièrement pertinente dans un contexte de contrainte budgétaire : elle suppose un effort initial, mais contribue à infléchir durablement la trajectoire des dépenses.

2) Mobilisation de l'épargne et instruments financiers

La question du financement de long terme appelle une réflexion sur la mobilisation de l'épargne des ménages et des investisseurs institutionnels. Plusieurs leviers peuvent être envisagés :

- fléchage d'une partie de l'épargne longue (assurance-vie, épargne retraite) vers des fonds dédiés à l'habitat adapté et aux infrastructures de services ;
- incitations fiscales ciblées pour les investissements dans le logement adapté, les résidences intermédiaires et les équipements favorables à l'autonomie ;
- partenariats public-privé encadrés, permettant de mutualiser le risque et d'accélérer la diffusion des solutions.

Ces mécanismes doivent être conçus avec prudence afin de préserver l'accessibilité financière pour les ménages modestes et d'éviter une segmentation excessive de l'offre.

3) Gouvernance et pilotage stratégique

La complexité des enjeux appelle un pilotage interministériel associant les champs de la santé, de l'habitat, du numérique, de l'économie et des solidarités. Ce pilotage doit s'appuyer sur des indicateurs robustes, permettant de suivre l'impact des politiques sur la qualité de vie, la soutenabilité budgétaire et l'égalité d'accès.

IX. Orientations stratégiques et recommandations

1) Gouvernance et pilotage

La mise en cohérence des politiques relatives au vieillissement suppose un pilotage interministériel permanent, associant les ministères chargés de la Santé, des Solidarités, du Logement, du Numérique et de l'Économie, seule modalité à même de dépasser les cloisonnements sectoriels actuels. Ce pilotage doit s'inscrire dans une logique pluriannuelle, fondée sur la définition d'objectifs chiffrés en matière d'adaptation du logement et de maintien à domicile, condition nécessaire à la fois de la lisibilité de l'action publique et de la crédibilité des trajectoires budgétaires.

2) Investir dans l'habitat et sécuriser les instruments publics

L'investissement dans l'habitat constitue un levier structurant, à la croisée des enjeux de prévention, de qualité de vie et de soutenabilité des dépenses. Un programme national d'investissement peut ainsi s'appuyer sur des objectifs chiffrés d'adaptation des logements, fondés sur un ciblage par âge, par niveau de dépendance (GIR) et par situations de fragilité, ainsi que sur une articulation claire entre MaPrimeAdapt¹, le crédit d'impôt et les financeurs locaux.

La standardisation de "packs" d'adaptation, intégrant des dimensions d'ergonomie, de domotique utile et de sécurité, doit être pensée non comme une fin en soi, mais comme un moyen de massifier les adaptations, sous réserve de la mise en place de dispositifs de médiation et d'accompagnement garantissant l'effectivité des usages. La question des échéances revêt ici un caractère critique : leur intégration dans la stratégie budgétaire et dans la continuité des dispositifs conditionne l'impact réel des politiques menées, ce qui implique de sécuriser dans la durée les aides à l'adaptation de l'habitat.

3) Organisation des soins : virage domiciliaire, capacités et coordination

Le virage domiciliaire ne saurait être appréhendé comme une simple alternative à l'hospitalisation, mais comme une recomposition des parcours de soins, fondée sur la montée en charge de l'hospitalisation à domicile (HAD) et des prises en charge à domicile. Cette évolution implique une coordination numérique interopérable, une articulation effective entre l'hôpital, la ville et le domicile, ainsi qu'une organisation territoriale différenciée, tenant compte des inégalités territoriales.

Les données de la DREES — 293 établissements d'HAD, 24 100 patients pris en charge simultanément, soit 7,7 % des capacités — illustrent à la fois la réalité du mouvement engagé et les marges de progression encore disponibles. Elles conduisent à identifier deux priorités indissociables : le renforcement des capacités de l'HAD et des services de soins à domicile, et le déploiement de plateformes territoriales de coordination, à la fois interopérables et sécurisées, seules à même d'assurer la continuité des parcours.

4) Numérique et données : standards, protection et médiation

Le numérique constitue un levier transversal, susceptible d'amplifier l'efficience des organisations sans produire d'effet autonome. Son déploiement suppose la définition de standards nationaux pour les technologies d'autonomie, la garantie d'un haut niveau de protection des données personnelles, et le financement de dispositifs de médiation numérique

à destination des personnes âgées. L'absence de ces conditions ferait du numérique un facteur d'inégalités supplémentaires plutôt qu'un outil de transformation.

5) Financement : une logique d'investissement de long terme

La soutenabilité des politiques de l'autonomie appelle un changement de regard sur leur financement. L'adaptation de l'habitat, la prévention de la dépendance et l'organisation des services à domicile relèvent d'une logique d'investissement social de long terme, dont les effets se mesurent sur la trajectoire globale des dépenses. Dans cette perspective, l'exploration de mécanismes de fléchage de l'épargne longue vers des investissements favorables à l'autonomie apparaît pertinente, de même que l'inscription explicite de la prévention dans une logique d'investissement social, malgré des retours différés.

6) Ressources humaines : attractivité et conditions de travail

La réussite du virage domiciliaire est conditionnée par une contrainte majeure de ressources humaines. L'amélioration de l'attractivité des métiers du domicile constitue un préalable, que l'intégration des outils numériques peut venir soutenir en améliorant les conditions de travail, en réduisant certaines tâches administratives et en renforçant la coordination, sans jamais se substituer à l'effort indispensable de structuration et de valorisation des métiers.

7) Silver économie : articulation entre politique industrielle et politique sociale

La silver économie doit enfin être envisagée comme un cadre stratégique intégré, articulant politique sociale et politique industrielle. L'enjeu consiste à relier les besoins sociaux — en termes d'autonomie, de dignité et d'accès — aux contraintes de soutenabilité liées aux affections de longue durée et au vieillissement, tout en s'appuyant sur une stratégie industrielle et d'innovation, telle que définie par Bercy, capable de structurer une filière créatrice de valeur, d'emplois et de souveraineté.

Conclusion

Le vieillissement de la population française constitue une transformation durable, prévisible et largement documentée, dont les paramètres sont connus à l'avance, et qui s'inscrit dans une dynamique sanitaire dominée par la chronicité et la concentration de la dépense. Cette configuration pose un double enjeu : maîtriser une trajectoire de dépenses largement prédéterminée tout en adaptant l'organisation du système de santé et de l'accompagnement aux besoins de long terme des personnes âgées.

Dans ce contexte, le domicile s'impose comme le pivot de l'action publique, à la fois parce qu'il constitue le lieu de vie majoritaire des personnes âgées et parce que les préférences collectives confirment cette orientation. L'évolution des organisations de soins accompagne ce basculement, avec le développement des prises en charge à domicile, qui ouvre des perspectives en termes de continuité des parcours et d'efficience, sans pour autant rendre caduque une offre en établissement qui demeure nécessaire mais contrainte. L'enjeu central n'est donc pas un arbitrage binaire entre domicile et institution, mais la capacité à organiser un continuum de prises en charge, coordonné à l'échelle territoriale et adapté à la diversité des situations de perte d'autonomie.

L'adaptation de l'habitat apparaît, dans cette perspective, comme un levier majeur de prévention et de soutenabilité. Elle suppose des dispositifs publics lisibles et stables dans le temps, articulés avec les acteurs locaux, et conçus comme des investissements sociaux permettant de retarder la perte d'autonomie et de limiter les ruptures de parcours. De même, le numérique et les technologies de suivi offrent des solutions importantes pour améliorer la coordination, la prévention et la qualité de l'accompagnement, à condition d'être intégrés dans des organisations humaines solides, assortis de garanties élevées en matière de protection des données, et accompagnés de dispositifs de médiation afin de prévenir les inégalités d'accès.

La réussite de cette stratégie repose enfin sur deux conditions transversales. La première concerne les ressources humaines, dont la pénurie constitue un facteur limitant majeur : l'innovation technologique peut soutenir les professionnels et améliorer l'organisation du travail, mais elle ne se substitue ni à une politique ambitieuse de métiers ni à l'amélioration des conditions de travail et de l'attractivité des professions du soin et du domicile. La seconde tient à la structuration de la silver économie, qui offre un cadre économique et industriel permettant de transformer le vieillissement en opportunité, à condition d'articuler étroitement besoins sociaux, soutenabilité des financements et stratégie industrielle et d'innovation, dans un cadre de confiance, de solidarité et de souveraineté.

Au total, l'enjeu n'est pas seulement de contenir les dépenses liées au vieillissement, mais de construire un modèle soutenable et cohérent, fondé sur l'anticipation, l'investissement et la coordination des politiques publiques, capable d'accompagner les générations présentes et futures dans un vieillissement digne, sécurisé et socialement équilibré.