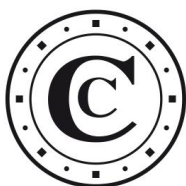


Cour des comptes



LA PRÉVENTION DE LA PERTE D'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES

Construire une priorité partagée

Rapport public thématique

Novembre 2021

Sommaire

Procédures et méthodes	5
Synthèse	9
Récapitulatif des recommandations	17
Introduction.....	19
Chapitre I Une politique inadaptée à l'enjeu démographique.....	21
I - Des résultats médiocres alors que les besoins sont croissants	21
A - Une situation préoccupante	22
B - Un objet flou, des concepts débattus.....	25
C - L'absence de consensus sur les résultats à attendre d'une politique de prévention.....	27
II - Des interventions encore trop dispersées malgré un début de structuration	30
A - Des acteurs nombreux	31
B - Une quantification approximative des montants mobilisés.....	39
C - Malgré des avancées, une coordination encore difficile	42
Chapitre II Un diagnostic commun sur les bonnes pratiques à privilégier.....	47
I - Permettre le maintien à domicile dans un logement adapté.....	47
A - Une politique encore trop orientée sur les travaux	47
B - Un objectif de rationalisation toujours repoussé	52
II - Prévenir les chutes et leur récurrence, promouvoir l'activité physique et lutter contre l'isolement	55
A - Une politique de prévention des chutes trop timide au regard des enjeux	55
B - Le rôle majeur de l'activité physique.....	61
C - L'enjeu de la lutte contre l'isolement des personnes âgées.....	65
III - Sensibiliser les professionnels pour modifier les pratiques	67
A - Une surveillance et une prise en charge accrues en ville	68
B - De l'ordre de 400 000 cas de dépendance évitables chaque année	69

Chapitre III Une politique publique à redéfinir et à réorganiser	75
I - Bâtir une offre de prévention graduée selon trois niveaux	75
A - Sensibiliser le plus grand nombre.....	75
B - Détecter et prendre en charge les publics vulnérables	78
C - Accompagner les plus démunis	86
II - Resserrer et clarifier la gouvernance	88
A - Conforter le département, chef de file local.....	89
B - Faire de la CNSA le maître d'ouvrage national, garantissant l'équité territoriale	91
Conclusion générale	97
Liste des abréviations	99
Annexes	101
Réponses des administrations et organismes concernés	157

Procédures et méthodes

En application de l'article L. 143-6 du code des juridictions financières, la Cour des comptes publie chaque année un rapport public annuel et des rapports publics thématiques. Le présent rapport est un rapport public thématique sur une politique publique.

Ces travaux et leurs suites sont réalisés par l'une des six chambres que comprend la Cour ou par une formation associant plusieurs chambres et/ou plusieurs chambres régionales ou territoriales des comptes.

Trois principes fondamentaux gouvernent l'organisation et l'activité de la Cour ainsi que des chambres régionales et territoriales des comptes, donc aussi bien l'exécution de leurs contrôles et enquêtes que l'élaboration des rapports publics : l'indépendance, la contradiction et la collégialité.

L'indépendance institutionnelle des juridictions financières et l'indépendance statutaire de leurs membres garantissent que les contrôles effectués et les conclusions tirées le sont en toute liberté d'appréciation.

La contradiction implique que toutes les constatations et appréciations faites lors d'un contrôle ou d'une enquête, de même que toutes les observations et recommandations formulées ensuite, sont systématiquement soumises aux responsables des administrations ou organismes concernés ; elles ne peuvent être rendues définitives qu'après prise en compte des réponses reçues et, s'il y a lieu, après audition des responsables concernés.

La collégialité intervient pour conclure les principales étapes des procédures de contrôle et de publication.

Sauf pour les rapports réalisés à la demande du Parlement ou du Gouvernement, la publication d'un rapport est nécessairement précédée par la communication du projet de texte que la Cour se propose de publier aux ministres et aux responsables des organismes concernés, ainsi qu'aux autres personnes morales ou physiques directement intéressées. Dans le rapport publié, leurs réponses sont présentées en annexe du texte de la Cour.

Tout contrôle ou enquête est confié à un ou plusieurs rapporteurs. Le rapport d'instruction, comme les projets ultérieurs d'observations et de recommandations, provisoires et définitives, sont examinés et délibérés de façon collégiale, par une formation comprenant au moins trois magistrats. L'un des magistrats assure le rôle de contre-rapporteur et veille à la qualité des contrôles.

L'instruction de cette enquête, effectuée par deux rapporteurs¹, s'est déroulée entre juillet 2020 et mars 2021.

Un comité d'experts constitué à cet effet s'est réuni trois fois au cours de l'enquête. Ce comité était composé du président de la société française de gériatrie et gérontologie (SFGG), d'une directrice de recherche à l'institut national d'études démographiques (Ined), du directeur général de la mutualité française, précédemment directeur de Carsat puis directeur de l'action sociale de la Cnav, d'une représentante de l'association nationale des directeurs d'action sociale et de santé des départements et métropoles (Andass), d'un directeur de centre communal d'action sociale (CCAS) et d'un économiste de la santé. Les constats de l'enquête ont été partagés avec le comité d'experts ; les projets de recommandations lui ont été présentés et ses observations et remarques ont été intégrées à ce document. Son apport a été déterminant.

Un modèle de projection des dépenses de santé (Pandore) a été établi par la direction des méthodes et des données de la Cour des comptes afin d'estimer les dépenses évitées par le gain d'une année supplémentaire d'espérance de vie sans incapacité. Il a été combiné avec des données du système national des données de santé (SNDS) appariées à celles de l'enquête Care ménages² (dépenses de santé par classe d'âge et par type de pathologie). La méthodologie et les résultats sont présentés en annexe 1.

Une convention a par ailleurs été conclue avec le département d'information médicale et la cellule d'évaluation médico-économique du CHU de Toulouse pour la réalisation d'une étude sur les chutes des personnes âgées. Cette convention comporte un premier volet, *via* les bases nationales du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), sur les hospitalisations communément associées aux chutes des personnes âgées, et un second, *via* l'échantillon généraliste des bénéficiaires (EGB) de la caisse nationale d'assurance maladie, sur les parcours de soins des « patients chuteurs » en amont et en aval de l'hospitalisation liée à la chute. La méthode et les résultats ont été présentés au cours d'une dizaine de réunions à un groupe d'experts spécialistes du sujet des chutes, constitué d'un gériatre, d'un économiste de la santé et de deux experts de Santé publique France³.

¹ Elle a bénéficié du concours du centre d'appui métier et de celui d'un stagiaire, étudiant en ingénierie de la santé.

² Enquête Capacités, aides et ressources des seniors en ménages (Care) de la Drees sur les conditions de vie des personnes âgées, leurs difficultés à réaliser les activités de la vie quotidienne et les aides qu'elles reçoivent.

³ Les principaux enseignements de cette étude figurent en annexe 2.

Une approche d'analyse comparée a été engagée incluant le Japon, la Suède, le Danemark, la Norvège, le Royaume-Uni, les Pays-Bas et l'Espagne, notamment grâce au concours du réseau des conseillers des affaires sociales⁴. Une vingtaine de personnalités de ces pays ont été auditionnées, parmi lesquelles des enseignants-chercheurs, gériatres et cadres d'institutions de santé publiques et privées.

En France, deux territoires ont fait l'objet d'un focus particulier : la Haute-Garonne par des échanges avec le gérontopôle de Toulouse, la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (Carsat) de Midi-Pyrénées, la mutualité sociale agricole (MSA) Midi-Pyrénées Sud, la caisse primaire d'assurance maladie (Cpam) de Haute-Garonne, l'agence régionale de santé (ARS) Occitanie, la Ville de Toulouse, le département de Haute Garonne et la région Occitanie ; la Bourgogne-Franche-Comté par des échanges avec la Carsat, les deux caisses de MSA, le pôle de gérontologie et d'innovation, de l'Agirc-Arrco, l'ARS, le maire de Lavoncourt (70), le président du département de Saône-et-Loire⁵, la mutualité française ainsi qu'avec des acteurs locaux du secteur habitat.

Pour disposer d'une vision globale de leur action sociale, des questionnaires ont été adressés aux 16 Carsat.

En complément, des contacts ont été pris avec les conseils départementaux de Seine-et-Marne, de Seine-Maritime, de l'Yonne, des Landes et de la Sarthe et avec les Carsat de Normandie et des Hauts-de-France.

Au total, des entretiens ont été menés⁶ avec plus de deux cents interlocuteurs.

⁴ Les observations en résultant irriguent l'ensemble du rapport. Un tableau comparatif synthétique a été établi en annexe 3 avec un zoom particulier sur la situation du Japon.

⁵ Entendu principalement en tant que vice-président de l'Assemblée des départements de France.

⁶ Principalement en visio-conférence du fait de la crise sanitaire.

Le projet de rapport a été préparé, puis délibéré le 6 septembre 2021 par la sixième chambre de la Cour, présidée par M. Morin, président de chambre, et composée de MM. Rabaté, de La Gueronnière, conseillers maîtres, Mme Mondoloni, conseillère maître et MM. Seiller, Houdebine et Burckel, conseillers maîtres, ainsi que, en tant que rapporteurs, M. Diricq, conseiller maître, Mme Assous, conseillère référendaire et Mme Apparito, vérificatrice et, en tant que contre-rapporteuse, Mme Hamayon, présidente de section, conseillère maître.

Le comité du rapport public et des programmes de la Cour des comptes, composé de M. Moscovici, premier président, Mme Camby, rapporteure générale du comité, MM. Morin, Andréani, Mme Podeur, MM. Charpy, Gautier et Bertucci, présidents de chambre, MM. Martin, Meddah, Lejeune, Advielle, Mmes Bergogne et Renet, présidents de chambre régionale des comptes, ainsi que Mme Hirsch, Procureure générale, a été consulté sur ce rapport le 13 septembre 2021. Le premier président en a approuvé la publication le 22 novembre 2021.

Synthèse

La prévention de la perte d'autonomie a été amplement abordée depuis dix ans dans des travaux parlementaires⁷, de chercheurs et de spécialistes d'horizons divers et dans des rapports administratifs. Les analyses sont souvent convergentes, notamment pour souligner l'importance du vieillissement prévisible de la population mais aussi l'aspiration de celle-ci à vivre, de manière autonome, à domicile le plus longtemps possible.

Cependant, les acteurs de la prévention sont dispersés et leurs interventions sont souvent concurrentes. Cette situation est à l'origine d'une insuffisance marquée d'efficacité de cette politique et d'une forme d'inertie des acteurs. Le présent rapport vise à identifier et analyser les points de blocage, puis à tracer les pistes susceptibles de remédier à ce défaut d'efficacité.

La situation actuelle : on vit plus vieux en France qu'ailleurs mais pas nécessairement en meilleure santé

L'enquête de la Cour se situe en amont de la perte d'autonomie puisqu'elle traite de sa prévention. En termes médico-sociaux, la cible ainsi visée est celle des personnes encore autonomes pour les actes essentiels de la vie (GIR 6)⁸ ou nécessitant seulement une aide ponctuelle (GIR 5). Des comparaisons ont été menées avec sept autres pays et la Cour s'est également appuyée sur un comité d'experts.

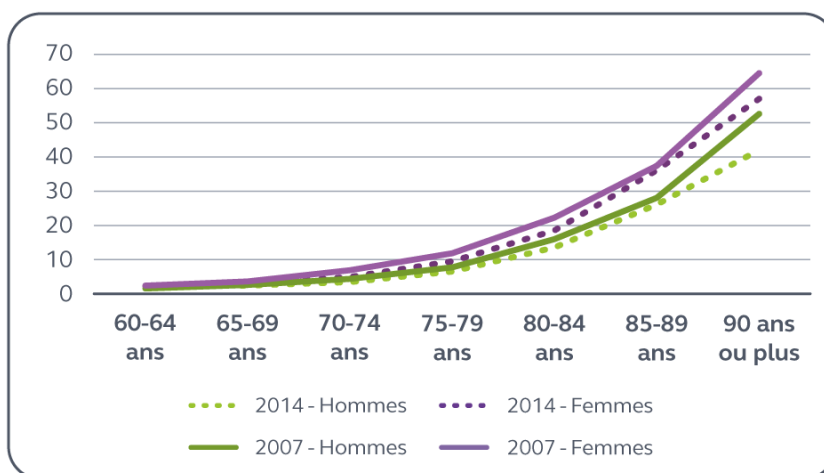
La population française vieillit, comme celle des pays de l'OCDE en général, et ce vieillissement va s'accélérer avec l'arrivée des classes nombreuses du *baby boom* à l'âge où survient le plus souvent la perte d'autonomie, soit au-delà de 85 ans. La France comptait 100 centenaires en 1900, 1 120 en 1970 ; ils sont actuellement 26 300 et approcheront 200 000 en 2060.

⁷ Dont le rapport d'information de M. Bernard Bonne et Mme Michelle Meunier pour la commission des affaires sociales du Sénat sur la prévention de la perte d'autonomie (mars 2021) qui propose notamment d'inscrire le maintien à domicile dans le droit positif, d'organiser des visites de prévention à 75 ans et d'unifier les outils d'évaluation de la situation des personnes.

⁸ Les degrés de perte d'autonomie sont classés en six groupes iso-ressources (GIR) auxquels correspondent des besoins d'aides différents. Seuls les GIR 1 à 4 ouvrent droit à l'APA. La personne relevant des GIR 5 (besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage) ou 6 (encore autonome pour les actes essentiels de la vie courante) n'a pas droit à l'APA mais peut demander une aide à sa caisse de retraite.

Bien qu'elle augmente statistiquement avec l'âge (graphique 1), la perte d'autonomie n'est pas la conséquence inéluctable du vieillissement. Par conséquent sa prévention est à la fois indispensable, compte tenu de l'évolution démographique attendue, et réalisable.

Graphique n° 1 : prévalence de la perte d'autonomie entre 2007 et 2014 par sexe



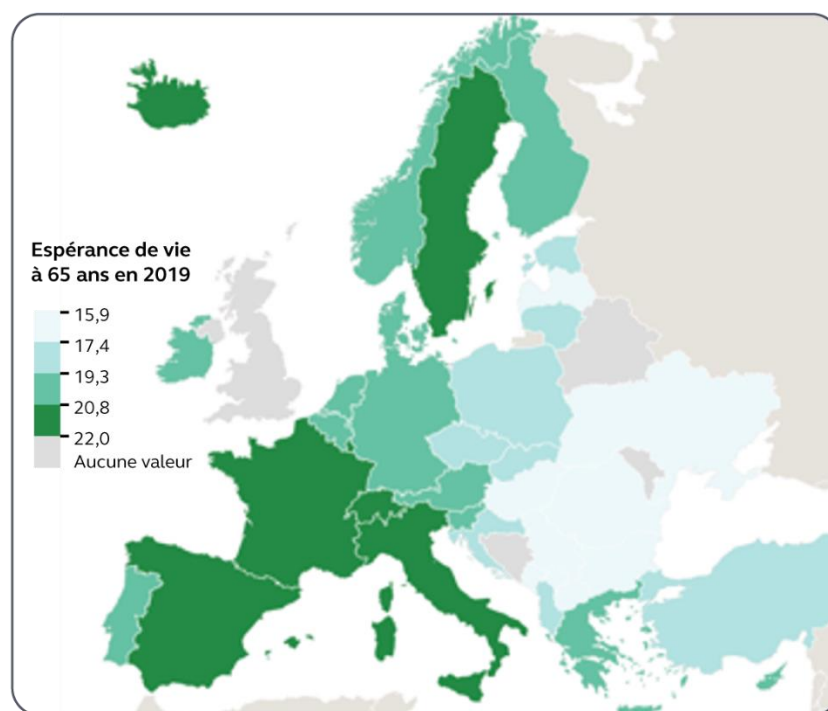
Source : Cour des comptes d'après données Drees

Note de lecture : la prévalence d'un score Vie Quotidienne Santé > 40⁹ est de 12 % chez les femmes de 75-79 ans en 2007 contre 10 % en 2014.

En son état actuel, cependant, le dispositif français de prévention n'apporte pas la démonstration de son aptitude à faire face aux problèmes à venir. Il doit être amélioré.

L'espérance de vie à 65 ans est certes plus longue en France que dans les autres pays européens. En revanche, les années de vie en bonne santé représentent la moitié seulement de cette durée espérée alors que bien d'autres pays – onze en Europe – font mieux.

⁹ Le « score VQS » est calculé pour synthétiser en un seul chiffre les difficultés rencontrées par les personnes âgées (limitation fonctionnelle physique, sensorielle, cognitive, maladie chronique). Un senior déclarant de fortes limitations pour de nombreuses activités aura ainsi un score VQS élevé. Une personne ayant un score VQS supérieur à 40 est en situation de perte d'autonomie (source : M. Brunel – A. Carrère, « Incapacités et perte d'autonomie des personnes âgées en France : une évolution favorable entre 2007 et 2014 », cahiers de la Drees n° 13, mars 2017).

Carte n° 1 : espérance de vie à 65 ans en 2019

Source : Cour des comptes d'après données Eurostat

La Cour a calculé qu'un gain d'un an d'espérance de vie sans incapacité (EVSI) ferait économiser un montant d'environ 1,5 Md€ à l'assurance maladie¹⁰. Outre le bénéfice individuel et collectif pour les personnes concernées, ces enjeux financiers légitiment pleinement l'intervention publique en matière de prévention de la perte d'autonomie.

¹⁰ La Cour a estimé grâce au modèle Pandore de projection des dépenses de santé, le gain d'une année d'espérance de vie sans incapacité sur la période 2021-2031. En l'absence de données sur les dépenses médico-sociales moyennes par âge, cette estimation ne prend pas en compte les économies en matière d'APA, d'hébergement ou d'accueil de jour liées à l'amélioration d'un an de l'EVSI. Elle est donc minorée.

La dispersion des intervenants prive de ses effets opérationnels une politique pourtant consensuelle sur le fond

Les acteurs participant, sous une forme ou sous une autre, à la prise en charge de la prévention de la perte d'autonomie sont très nombreux (conseils départementaux, caisses de retraite, agences régionales de santé, caisses primaires d'assurance maladie, Agence nationale de l'habitat, communes et établissements de coopération intercommunale, conseils régionaux, bailleurs sociaux, mutuelles, associations...). Un début de restructuration a certes eu lieu en 2015 avec la création, par la loi d'adaptation de la société au vieillissement (dite loi ASV) du 28 décembre 2015¹¹, des conférences des financeurs, présidées par les présidents des conseils départementaux. L'action sociale des caisses de retraite, quant à elle, a entamé un processus d'association en « inter-régimes »¹². L'ensemble est cependant encore foisonnant, administrativement complexe, désordonné dans sa progression. On ne sait du reste pas évaluer le montant des dépenses engagées au titre de la prévention de la perte d'autonomie. La Cour l'estime à près de 1,5 Md€ par an, dont près de 460 M€ pour les « aides techniques » (fauteuils, déambulateurs, cannes...) de l'assurance maladie et près de 300 M€ pour l'action sociale de la Cnav.

**Tableau n° 1 : estimation des dépenses de prévention
de la perte d'autonomie (2019 ou 2020 selon la source)**

Financeurs	M€
Conférence des financeurs	203
Action sociale Cnav ¹³	297
Action sociale Agirc-Arrco ¹⁴	135
Action sociale MSA	42
Action sociale CNRACL	130
Action sociale fonction publique de l'État	2,3
Adaptation logement y compris crédits d'impôts	224
Aides techniques assurance maladie	458
Total	1 491

Source : calculs Cour des comptes d'après données des administrations et des organismes de sécurité sociale

¹¹ Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

¹² L'inter-régimes des caisses de retraite consiste en la coordination, à compter de 2011, de la Cnav, de la mutualité sociale agricole (MSA) et du régime social des indépendants (RSI) afin de délivrer une information commune aux retraités et d'organiser des actions et des ateliers collectifs de prévention.

¹³ Hors dépenses « habitat et cadre de vie » figurant dans la ligne « Adaptation logements ».

¹⁴ Régime de retraite complémentaire des salariés de l'agriculture, du commerce, de l'industrie et des services.

Des pans entiers de la politique de prévention échappent encore à la concertation. Aussi les usagers sont souvent confrontés à une multiplicité d'interlocuteurs et au risque bien réel de découragement. Par exemple, la reconnaissance mutuelle des classements en GIR entre caisses de retraite et départements, prévue par la loi ASV, n'est toujours pas effective, ce qui conduit à des évaluations redondantes et à renvoyer les demandeurs d'un guichet à l'autre. Autre exemple, les caisses d'assurance maladie et de retraites ont développé deux dispositifs différents de sortie d'hôpital.

Sur le fond, pourtant, il y a des sujets consensuels.

Tel est le cas des comportements à recommander ou inculquer aux personnes. On considère communément que les moments charnières pour infléchir préventivement les habitudes se situent, d'une part, vers 40-45 ans et, d'autre part, au moment du départ en retraite (par exemple pour l'exercice physique). Il faut aussi promouvoir une activité physique suffisante pour les personnes âgées, à moduler en fonction de leur état. Le défaut de mise en œuvre de la prescription médicale d'activité physique adaptée aux patients souffrant de maladies chroniques, autorisée depuis 2017 mais qui n'a pas connu le succès escompté, souligne l'importance des efforts à réaliser en ce domaine.

Il existe également un consensus pour insister sur la prévention des chutes des personnes âgées, cause de plus de 10 000 décès de personnes de plus de 65 ans tous les ans. La France connaît une incidence des accidents frappant l'extrémité du fémur plus forte que le Royaume-Uni, les Pays-Bas ou le Danemark. Le surcoût de dépenses de santé associées à la prise en charge des « patients chuteurs » dépasse, selon les travaux menés par le CHU de Toulouse en collaboration avec la Cour, 900 M€ dans la seule année qui suit l'accident. On peut agir dans le sens de la prévention, notamment en limitant la iatrogénie¹⁵ médicamenteuse, en aménageant le domicile, en faisant pratiquer une activité physique adaptée, mais la France néglige ce domaine d'action ; elle n'a d'ailleurs plus d'objectif de santé publique en la matière et pas de suivi centralisé (recommandation n° 2).

¹⁵ L'iatrogénie est définie comme la conséquence néfaste pour la santé résultant de l'intervention médicale (erreurs de diagnostic, prescription inadaptée, complications d'un acte thérapeutique) ou de l'utilisation d'un produit de santé. On note en particulier le lien entre l'usage des psychotropes et l'occurrence des chutes. Les chercheurs estiment par ailleurs qu'environ de 400 000 cas de dépendance iatrogène, acquise lors d'un séjour hospitalier, seraient évitables chaque année chez les personnes âgées de 75 ans et plus.

L'objectif, consensuel lui aussi, de favoriser le maintien à domicile grâce à l'adaptation du logement se heurte à plusieurs facteurs d'inertie ou d'inefficience : trop grande complexité pour les bénéficiaires potentiels, absence de suivi (ni le besoin ni le nombre de logements adaptés ne sont connus), compétence technique fragmentaire des agents chargés des diagnostics à domicile (recommandation n° 1).

Enfin, deux domaines de la prévention n'ont encore fait l'objet que d'une esquisse de prise de conscience : la lutte contre l'isolement des personnes âgées, accélérateur de perte d'autonomie, et la sensibilisation des professionnels de santé au dépistage des pathologies du grand âge et aux techniques de maintien des capacités fonctionnelles¹⁶ (recommandation n° 3).

Mieux structurer la prévention

L'offre de prévention est actuellement dispersée et inégalitaire. Il faut la repenser. La Cour préconise de construire une offre *graduée* de services, qui comporterait trois niveaux :

- au premier niveau : une information générale accessible par des campagnes de communication grand public, une meilleure articulation entre information nationale et information des collectivités territoriales, et la création d'une plateforme téléphonique d'information ;
- au deuxième niveau : une politique « d'aller vers »¹⁷, assortie de la possibilité d'une visite conseil à domicile réalisée par des professionnels formés aux problématiques de prévention, pour ceux qui en font la demande ;
- un troisième niveau, réservé aux plus précaires socialement ou aux personnes isolées, avec des plans d'aide déployés par l'action sociale des caisses de retraite, qui doit être, à cet effet, repensée et plus homogène. Ce point fait l'objet également d'une recommandation (n°4).

¹⁶ C'est-à-dire la capacité à réaliser les activités de la vie quotidienne.

¹⁷ Ce concept, formulé initialement en matière de lutte contre la pauvreté, est utilisé dans de nombreuses politiques sociales pour inciter les professionnels à aller au-devant des usagers pour lutter contre le non-recours aux prestations, aux soins, etc.

L'amélioration de l'impact de cette politique imposera de clarifier les rôles des acteurs locaux et nationaux. Le pilotage devrait être renforcé pour assurer l'intégration de la prévention dans les objectifs fondamentaux de la branche autonomie. Il est ainsi proposé de :

- conforter le département dans son rôle de chef de file, responsable de la politique de prévention sur son territoire, en lien étroit notamment avec l'agence régionale de santé et la Carsat (recommandation 4) ;
- au niveau national, permettre à la CNSA de moduler les crédits qu'elle verse aux départements, dans l'objectif d'une plus grande équité territoriale, et la doter de ressources suffisantes, afin qu'elle assure son rôle de pilote national de la politique de prévention de la perte d'autonomie (recommandations 5 et 6).

Récapitulatif des recommandations

1. Amplifier et suivre l'adaptation des logements tout en simplifiant les aides et en uniformisant les procédures (*ministères des solidarités et de la santé et du logement*).
2. Définir un objectif de santé publique ambitieux de diminution de l'incidence des chutes et des décès induits, en donnant aux agences régionales de santé les outils leur permettant de mobiliser les leviers identifiés pour y parvenir, dont un recueil statistique systématique des chutes (*ministère des solidarités et de la santé*).
3. Encourager les professionnels de santé à infléchir leurs pratiques (détection des signes de fragilité, prescription d'activité physique adaptée, réexamen de la pertinence des médicaments, etc.) via des incitations financières (*ministère des solidarités et de la santé et Cnam*).
4. Construire une offre graduée de prévention de la perte d'autonomie que le département serait chargé de mettre en œuvre sur son territoire (*ministère des solidarités et de la santé*).
5. Moduler les crédits versés par la CNSA aux départements en fonction de l'atteinte d'objectifs clairs, dans l'objectif d'une plus grande équité territoriale, (*CNSA*).
6. Doter la CNSA, pilote national de la politique de prévention de la perte d'autonomie, des ressources suffisantes pour mener à bien ses missions, au besoin par redéploiement de moyens humains des caisses nationales de sécurité sociale et mettre à sa disposition les données nécessaires, relatives à l'accès des retraités à l'offre de prévention, de l'ensemble des caisses (*ministères des solidarités et de la santé et du budget*).

Introduction

Plus de vingt rapports ont traité en dix ans de la prévention de la perte d'autonomie. Les plus récents, dont le présent rapport partage nombre des constats, ont été publiés au printemps 2021¹⁸. Malgré cette abondante production assortie de propositions nombreuses, la prévention de la perte d'autonomie occupe toujours une place marginale et en tout état de cause peu lisible dans les politiques publiques.

Alors que les constats et les actions efficaces font largement consensus, la Cour a cherché à identifier les points de blocage et à tracer des pistes de progrès opérationnelles de nature à améliorer la vie d'un quart de la population française aujourd'hui et demain d'un tiers.

En 2020, près de 18 millions de personnes ont en effet plus de 60 ans. Pour autant, le vieillissement est loin d'être synonyme de dépendance. Seuls 8 % d'entre elles sont bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). La présente enquête, dont l'objet se situe en amont de la perte d'autonomie, examinée par la Cour en 2016¹⁹, s'intéresse principalement aux personnes classées en GIR 5 et 6²⁰ vivant à domicile.

À l'intersection du sanitaire et du social et intégrant l'environnement de vie de la personne, la politique de prévention de la perte d'autonomie n'a pas d'objectif clairement défini. Les enjeux démographiques liés à la

¹⁸ Le rapport d'information du Sénat par M. Bernard Bonne et Mme Michelle Meunier sur la prévention de la perte d'autonomie (mars 2021), le rapport de Luc Broussy remis au Gouvernement « *Nous vieillirons ensemble : 80 propositions pour un Pacte entre générations* » et également celui de l'Institut Montaigne « *Bien vieillir : faire mûrir nos ambitions* » (mai 2021).

¹⁹ Rapport public thématique « Le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie : Une organisation à améliorer, des aides à mieux cibler », La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

²⁰ La grille nationale Aggir (Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressources) permet de mesurer le degré de perte d'autonomie. Les degrés de perte d'autonomie sont classés en six groupes iso-ressources (GIR) auxquels correspondent des besoins d'aides différents. Seuls les GIR 1 à 4 ouvrent droit à l'APA. La personne relevant des GIR 5 (besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage) ou 6 (encore autonome pour les actes essentiels de la vie courante) n'a pas droit à l'APA mais peut demander une aide à sa caisse de retraite.

croissance continue de classes d'âge élevé et le souhait qu'elles manifestent sans ambiguïté de demeurer aussi longtemps que possible à domicile, conduisent à réfléchir aux moyens de structurer des actions de prévention aujourd'hui trop dispersées et à fixer des objectifs qu'une politique mieux coordonnée et accessible à tous permettrait d'atteindre.

Le paysage est en effet singulièrement éclaté entre des acteurs de statuts très différents (collectivités locales, organismes de sécurité sociale, opérateurs publics, etc.), chacun menant, parfois concurremment, un type d'interventions en faveur d'une catégorie de bénéficiaires.

Cette trop grande dispersion des efforts rend parfois vain le foisonnement d'idées. C'est à une clarification des enjeux et des moyens à mettre en œuvre que la Cour invite les pouvoirs publics et à la fixation d'objectifs opérationnels pour accroître l'efficacité des interventions.

Ces éléments, conjugués à l'absence de pilotage national clair et à l'hétérogénéité des moyens déployés localement, expliquent la lenteur des progrès effectifs depuis dix ans, en dépit de la création des conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie par la loi d'adaptation de la société au vieillissement (dite ASV) du 28 décembre 2015 (chapitre 1).

Paradoxalement, les bonnes pratiques, identifiées par les chercheurs et les professionnels pour préserver aussi longtemps que possible les capacités fonctionnelles des personnes âgées font largement consensus. La qualité de l'environnement, et tout particulièrement un logement adapté, le maintien de relations sociales, la pratique d'une activité physique, y participent très largement. À la croisée de ces sujets, la prévention des chutes concentre des enjeux centraux en termes financiers et de santé publique (chapitre 2).

Ces bonnes pratiques doivent désormais être proposées au plus grand nombre et prioritairement aux personnes rendues plus vulnérables par leurs conditions de vie passées ou présentes, leurs difficultés sociales ou économiques. Ce besoin de systématisation de l'offre de prévention suppose un effort conséquent de structuration et de simplification. Un meilleur ciblage et une gradation des interventions en fonction des besoins des demandeurs serait de nature à élargir l'accès à l'offre sans la diluer.

La redéfinition des rôles respectifs des acteurs locaux et nationaux permettrait par ailleurs d'améliorer la lisibilité et par là l'impact de cette politique. L'action sociale des caisses de retraite, insuffisamment structurée et coordonnée, gagnerait à être mieux intégrée. La place des départements en chefs de file de la politique locale de prévention devrait être confortée, ainsi que la capacité de la CNSA à en assurer un pilotage national renforcé (chapitre 3).

Chapitre I

Une politique inadaptée à l'enjeu démographique

I - Des résultats médiocres alors que les besoins sont croissants

Le paradoxe français tient à ce que l'espérance de vie, parmi les plus élevées dans le monde, s'accompagne d'incapacités au-delà de 65 ans plus fréquentes que dans de nombreux pays. Cette situation est d'autant plus préoccupante que les générations nombreuses du baby-boom commencent à atteindre des âges élevés.

Si le vieillissement n'induit pas systématiquement une perte d'autonomie, la définition de celle-ci n'est pas aisée. Pour mieux appréhender les patients les plus à risque, les gériatres ont développé le concept de fragilité clinique, en amont de la dépendance. L'objectif est le même que celui mis en avant par l'organisation mondiale de la santé (OMS), promouvant le concept de fragilité fonctionnelle : repérer et cibler les personnes pour lesquelles il est possible d'agir avant que la perte d'autonomie ne s'installe durablement.

Dans un pays où la place de la prévention est limitée et compte tenu des difficultés à mesurer les résultats d'une politique de prévention, l'objectif opérationnel même de cette politique fait encore débat.

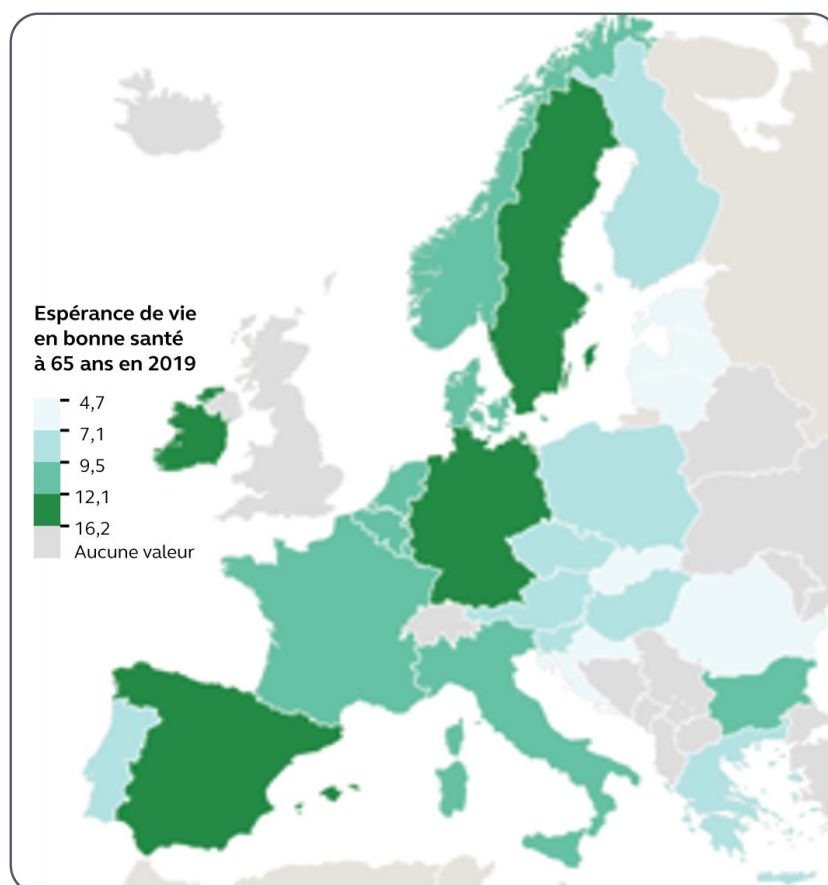
A - Une situation préoccupante

Avec des différences significatives entre régions (cf. annexe 4), la France est engagée dans un processus de transition démographique, caractérisé par une augmentation de la longévité et par une croissance forte des classes d'âge les plus élevées. Seule une faible part des personnes âgées de plus de 85 ans est dépendante mais la prévalence de la perte d'autonomie croît de manière exponentielle avec l'âge. Or, le nombre de personnes âgées de plus de 85 ans devrait doubler d'ici 2050. Un premier défi se situe en 2030, au moment de l'arrivée des générations nombreuses du baby-boom à l'âge où la prévalence de la perte d'autonomie devient plus importante.

En 1970, l'espérance de vie était, dans la plupart des pays européens, de 65 ans. En 2020, malgré une diminution liée à la pandémie de covid 19 de près de 6 mois par rapport à 2019, elle est de 85,3 ans pour les femmes et 79,5 ans pour les hommes. Dans les conditions de mortalité de 2020, les femmes de 80 ans peuvent espérer vivre encore 11 ans en moyenne et les hommes 9 ans²¹.

À 65 ans, les femmes, en France, ont encore 23,7 années à vivre (les hommes ont pour leur part une espérance de vie à 65 ans de 19,6 années), ce qui situe la France au 1^{er} rang des pays européens.

²¹ En 1907, en France 2 % des femmes atteignaient l'âge de 90 ans, un siècle plus tard c'est le cas de 40 % des femmes. La population ne vieillira pas forcément au-delà de l'espérance de vie maximale observée (120 ans aujourd'hui), mais plus de personnes atteindront ces âges extrêmes.

Carte n° 2 : espérance de vie en bonne santé à 65 ans en 2019

Source : Cour des comptes d'après données Eurostat

L'espérance de vie sans incapacité (EVSI), ou « années de vie en bonne santé », mesure le nombre d'années passées sans limitation d'activité²². La situation française est paradoxale : les Français vivent plus longtemps que les autres Européens mais en moins bonne santé que la plupart d'entre eux.

²² À l'échelle européenne, les données recueillies pour calculer l'EVSI reposent sur la réponse – nécessairement subjective – à une question : « Êtes-vous limité depuis au moins six mois à cause d'un problème de santé, dans l'activité que les gens font habituellement ? Oui, sévèrement limité(e)/ oui, limité(e) / non, pas du tout limité(e) » (sont considérées comme sans incapacité les personnes répondant à cette question « non, pas du tout limité(e) »). Pour l'enquête 2015, en France, l'échantillon était composé de 11 390 ménages.

Les années de vie en bonne santé représentent en effet en France la moitié seulement de ces années de vie supplémentaires. En Europe, 11 pays présentent un résultat plus favorable ; en Suède, les années de vie sans incapacité représentent 78 % de l'espérance de vie.

Or, toute année d'espérance de vie sans incapacité supplémentaire représente un gain financier non négligeable que la Cour a évalué à 1,5 Md€ par an sur les seules dépenses de santé. Outre le bénéfice individuel et collectif pour les personnes concernées, ces enjeux financiers légitiment l'intervention publique en matière de prévention de la perte d'autonomie.

1,5 Md€ de dépenses de santé évitées pour une année gagnée d'espérance de vie sans incapacité sur la période 2021-2031

Entre 2013 à 2021, les Français ont gagné, à 65 ans, une année d'espérance de vie supplémentaire. Ils vivront une année de plus au cours de la période 2021-2031.

Pandore, un modèle de projection des dépenses de santé développé par la Cour, a permis d'estimer le gain d'une année d'espérance de vie sans incapacité (cf. en annexe 1 la présentation du modèle et des résultats).

Pour la période 2021-2031, ce gain peut être estimé à 1,5 Md€ par an (pour la période 2013-2021, le gain s'élève à 1 Md€, la différence entre les deux périodes tient à la structure démographique des plus de 65 ans dont une plus grande part atteindrait 75 ans à partir de 2021, âge à partir duquel l'incapacité est plus fréquente).

Ces estimations constituent le bas de la fourchette des économies prévisibles. En effet, elles ne prennent pas en compte, faute de données sur les dépenses médicosociales par âge, les économies en matière d'APA, d'hébergement ou d'accueil de jour liées à l'amélioration d'un an de l'EVSI, ni les progrès en matière de qualité de la vie et de socialisation. De plus, les données utilisées²³, excluant les personnes en Ehpad, les dépenses de santé évitées sont elles-mêmes sous-estimées.

²³ Ce sont celles de l'enquête Care ménages appariée au système national des données de santé (SNDS).

B - Un objet flou, des concepts débattus

1 - Vieillesse naturelle ou pathologique

Si l'on vieillit dès le début de l'âge adulte, la notion de vieillesse pose la question des rapports entre âge chronologique et âge biologique. Le vieillissement physiologique normal entraîne progressivement la diminution de la force musculaire et plus globalement des performances physiques, alors que le vieillissement pathologique peut conduire à la perte d'autonomie. Une personne qui avance en âge risque de développer une ou plusieurs maladies chroniques (maladies cardiovasculaires, cancers, maladies neurodégénératives, diabète) auxquelles peuvent s'ajouter des affections aiguës (infections, inflammations) ou des traumatismes (chutes).

Le vieillissement n'est pas uniforme. Il dépend du patrimoine génétique et du vécu de chacun : niveau d'éducation, hygiène de vie, traumatismes, etc. La prévention des maladies chroniques peut contribuer à éviter la dépendance, de même que - dans des registres très différents - l'activité physique, un régime alimentaire de type méditerranéen ou le maintien de liens sociaux.

2 - La perte d'autonomie conséquence de l'état de santé

L'état de santé est souvent à l'origine d'une perte d'autonomie, mais tous les problèmes de santé n'y conduisent pas de façon inéluctable : un déficit sensoriel peut être corrigé (appareil auditif, lunettes) s'il est dépisté à temps, un diabète de type 2 bien contrôlé n'a pas d'impact sur le maintien des capacités fonctionnelles.

Le nombre de personnes en perte d'autonomie peut être approché par le nombre de personnes percevant l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), à laquelle sont éligibles les personnes âgées évaluées en GIR 1 à 4, soit 8 % des plus de 60 ans (1,35 million de personnes) fin 2018. La Drees estimait pour sa part qu'en 2014²⁴, 1,5 million de personnes de plus de 60 ans à domicile cumulaient les trois composantes du processus de dépendance (maladie chronique, limitations fonctionnelles et difficultés pour se laver). L'écart entre les deux données peut provenir soit d'un non recours aux prestations comme de différences de mesure.

²⁴ Enquête Vie quotidienne et santé (VQS) 2014.

Si des restrictions dans les activités de base de la vie quotidienne sont généralement synonymes de dépendance, des difficultés, par exemple, à faire ses courses ou préparer ses repas peuvent être compensées (par le portage de repas par exemple). Le recours à des aides techniques simples (barres d'appui, planches de bain installées sur la baignoire) participe au maintien de l'autonomie. C'est aussi en fonction de l'environnement de la personne que s'apprécie le besoin d'aide : le maintien à domicile n'est pas simple pour une personne isolée en milieu rural sans moyen de se déplacer.

3 - Le concept ambigu et non consensuel de fragilité

La fragilité désigne, en gériatrie, les sujets qui présentent un haut risque de perdre leur autonomie, ne disposant plus de la réserve fonctionnelle pour faire face à une tâche ou affronter un stress. Il s'agit d'un syndrome clinique et non d'une maladie, souvent en lien avec la diminution de la masse musculaire et une perte d'appétit.

Le même terme est utilisé par les caisses de retraite, qui ont développé depuis 2012 des observatoires régionaux des fragilités. Il désigne dans ce cas la fragilité sociale, résultant de la précarité, de l'isolement (veuvage) et des conditions d'accès aux soins.

Le fait d'utiliser le même mot pour désigner deux concepts différents n'en facilite pas la compréhension. Ils sont toutefois liés : des difficultés financières, l'origine sociale, comme les comportements à risque (notamment la consommation d'alcool) ou l'isolement, favorisent la fragilité « clinique » aux âges avancés²⁵. *A contrario*, l'éducation protège relativement de la fragilité « clinique » : 23,7 % des femmes de 75 ans et plus avec un haut niveau d'éducation sont fragiles contre 37,8 % des femmes faiblement qualifiées²⁶.

Le ciblage des actions de prévention sur les personnes les plus fragiles socialement fait consensus. S'agissant de la « fragilité clinique » l'intérêt d'un dépistage ainsi que le principe de sa réversibilité sont débattus. Certains gériatres estiment que la détection de la fragilité ne permet pas d'intervenir avec succès pour prévenir la perte d'autonomie (sauf pour ce qui concerne les chutes). Les modes d'interventions les plus appropriés sont eux-mêmes discutés. Les interventions multi-domaines (conseils en nutrition, activité physique adaptée, etc.) par exemple sont efficaces mais leurs effets ne sont pas nécessairement durables. La pré-fragilité, en amont de la fragilité, est considérée comme plus facilement réversible.

²⁵ Sirven N. & Rapp T. (2014). *Who becomes frail in Europe ? On the socioeconomic determinants of frailty using SHARE data*. Document de travail Liraes.

²⁶ Sirven N. et al *Persistence in inequalities of frailty at older age : a comparison of nine EU countries*, présentation conjointe des résultats de l'enquête SHARE.

4 - La démarche Icope de l'OMS

L'organisation mondiale de la santé (OMS) a adopté en 2018 la démarche Icope (*integrated care for older people*), qui, partant des difficultés rencontrées par les personnes âgées, préconise la surveillance et le maintien de cinq fonctions essentielles de l'individu : la mobilité, la cognition, le sensoriel, l'état psycho-social et la vitalité (nutrition et préhension). À l'opposé d'une approche centrée sur les pathologies, elle vise à ce que chacun conserve ses capacités intrinsèques afin de continuer à vivre le mieux possible.

Centre collaborateur de l'OMS depuis 2017, le gérontopôle du CHU de Toulouse est ainsi passé d'une approche centrée sur le dépistage à l'hôpital des fragilités à la promotion du maintien des capacités intrinsèques, en s'appuyant davantage sur les soins primaires, plus adaptés, à travers l'application de cette démarche Icope.

L'OMS avait initialement proposé d'associer à la mise en œuvre d'Icope une cible de réduction de 15 millions de personnes dépendantes dans le monde d'ici 2025, mais cette cible n'a finalement pas été approuvée²⁷.

Même si la démarche est encore peu déployée, la France est de loin le pays le plus impliqué²⁸. Ce programme peut constituer le levier d'un changement bénéfique, pour peu que les professionnels s'en saisissent et en fassent un outil de « monitoring » des capacités fonctionnelles de leurs patients. L'enjeu est aussi de réussir à organiser, en aval, une prise en charge adaptée aux difficultés repérées.

C - L'absence de consensus sur les résultats à attendre d'une politique de prévention

1 - La faible place de la prévention dans notre système de soins

La prévention est en France très associée aux campagnes de vaccination ou de dépistage (comme le rendez-vous « M'T dents ») et marquée par une approche sanitaire prenant peu en compte les conditions et les habitudes de vie. La place prépondérante de la tarification à l'acte et de la prescription dans la pratique médicale peut expliquer cet état de fait, à la différence des pays nordiques ou du Royaume-Uni.

²⁷ Elle figure néanmoins dans une publication de l'équipe du gérontopôle de Toulouse sur la mise en œuvre d'Icope (revue Regards, EN35, septembre 2020).

²⁸ Aucun des experts des pays inclus dans le benchmark de la Cour n'a indiqué que son pays entendait la rejoindre activement – la plupart n'avait pas entendu parler d'Icope. Par ailleurs, il existe d'autres programmes sérieux de détection de la fragilité en France.

L'impact de la prévention sur les dépenses de santé et le chiffrage des économies qu'elle peut induire sont toujours discutés. Le rendement des actions de prévention de la perte d'autonomie est rarement étudié, en raison de la complexité de l'exercice, dans un champ impliquant des déterminants individuels de santé mais aussi sociaux, comportementaux et environnementaux, d'autant que l'efficacité d'une politique ne peut se mesurer qu'au terme de dizaines d'années. L'évaluation des actions de prévention est donc longue et coûteuse à mettre en œuvre, à la différence d'un essai thérapeutique dont les résultats sont plus rapides et faciles à interpréter.

Certains économistes, constatant que les personnes plus favorisées ont davantage recours à la prévention, ce qui accroît les inégalités initiales, s'interrogent sur la pertinence même de cette politique.

Enfin, s'il y a consensus sur le fait qu'il n'est jamais trop tard pour mettre en œuvre des actions de prévention, même limitées à une petite activité physique, aucune étude n'indique où l'euro investi sera le plus efficace, entre des cours de sport gratuits pour les seniors, ceux dispensés en entreprise et ceux offerts durant l'adolescence.

2 - Un objectif et des cibles à définir

Le plan « Vieillir en bonne santé : une stratégie globale pour prévenir la perte d'autonomie », présenté en janvier 2020 par la ministre des solidarités et de la santé, entendait constituer un changement de perspective. Son objectif était d'améliorer l'espérance de vie en bonne santé et de faire de la perte d'autonomie une exception²⁹.

Les incertitudes sont en réalité nombreuses sur les résultats que permet d'atteindre cette politique. Un objectif tangible pourrait être le maintien, aussi longtemps que possible, du maximum de capacités fonctionnelles, en recourant à des aides techniques et en faisant évoluer, au besoin, l'environnement de la personne âgée, notamment son logement.

Toutefois, la prévention en amont, à des moments charnières de l'existence (milieu de vie vers 40-45 ans – âge auquel peuvent apparaître de premières vulnérabilités rendant les individus plus réceptifs aux messages de prévention³⁰ – et au moment du départ à la retraite) est désormais également identifiée comme un axe prioritaire de prévention de la perte d'autonomie.

²⁹ Grâce à des mesures phares de nature à provoquer des réflexes de prévention le plus tôt possible, préserver l'autonomie des personnes âgées fragiles, lutter contre l'isolement des aînés, prévenir la perte d'autonomie liée à l'hospitalisation des personnes âgées, diffuser dans tous les territoires les innovations les plus probantes pour prévenir la perte d'autonomie.

³⁰ Les avis d'experts et notamment celui du Haut Conseil de la santé publique sur la prévention de la maladie d'Alzheimer estiment nécessaire d'amplifier la prévention de la perte d'autonomie dès le milieu de la vie : les déterminants des troubles neurocognitifs sur lesquels il est possible d'agir sont communs aux principales maladies chroniques non transmissibles (activité physique et sédentarité, alimentation, réduction des habitudes toxiques, etc.).

Les prévalences de la plupart des maladies chroniques, de plus en plus fréquentes avec la sédentarité et le vieillissement de la population, sont très corrélées au niveau socio-économique des individus. Cibler les actions de prévention de la perte d'autonomie sur les plus précaires a donc tout particulièrement du sens au regard des inégalités de santé et d'espérance de vie existantes.

3 - L'absence de centre de ressources en charge des évaluations

La complexité de l'évaluation et la multiplicité des acteurs rendent indispensables la mise en commun et le partage des ressources et des expériences pour éviter la dispersion des initiatives, l'hétérogénéité des protocoles et éclairer les financeurs sur les interventions efficaces.

À la suite d'un travail réalisé avec l'Institut national de prévention et d'éducation en santé (Inpes) en 2014, l'inter-régimes a mis en place à compter de 2016 une série de référentiels³¹ visant à harmoniser l'action sociale des caisses. Bien qu'ils ne soient pas partagés par l'ensemble des membres des conférences des financeurs, qu'ils ne couvrent pas tous les types d'interventions (lutte contre l'isolement notamment) et mériteraient pour certains d'être précisés (atelier mémoire en particulier), il s'agit d'une initiative bienvenue qui contribue à homogénéiser les prestations proposées aux retraités.

L'inter-régimes des caisses de retraite

L'inter-régimes des caisses de retraite consiste en la coordination, à compter de 2011, de la Cnav, la mutualité sociale agricole (MSA) et du régime social des indépendants (RSI) afin de délivrer une information commune aux retraités et organiser des actions et des ateliers collectifs de prévention.

Cette démarche a abouti à la formalisation, en 2014, d'une convention sur « La retraite pour le bien vieillir – L'offre commune interrégimes pour la prévention et la préservation de l'autonomie ».

³¹ Précisant l'objectif de l'action, le public cible, l'approche pédagogique, la forme et le contenu, la formation des animateurs et les modalités d'évaluation. Sur ce dernier point cependant, le plus complexe à mettre en œuvre, les données recueillies via des questionnaires remplis par les participants lors de la première séance (T0), lors de la dernière séance (T1) et 3 à 6 mois après (T2), restent trop peu exhaustives pour mesurer le changement de comportement induit ou non par la participation à une action de prévention.

Dans ce cadre, les caisses se sont dotées d'un outil commun, la grille Fragire, en vue de l'évaluation de la fragilité et de ses causes au sein des retraités.

La loi ASV a prévu que tout organisme chargé de la gestion d'un régime obligatoire de retraite pouvait rejoindre l'inter-régimes. L'Agirc-Arrco est en cours d'intégration.

La création d'un centre ressources³² à la CNSA en revanche, annoncée par la ministre des solidarités et de la santé en janvier 2020, bute toujours sur la création d'un poste de préfigurateur dans les effectifs de la caisse.

Les trois missions de ce centre seraient de capitaliser les enseignements de la recherche, de diffuser des référentiels de bonnes pratiques dans une logique d'essaimage et de coordonner les expérimentations. Partenarial, il aurait vocation à s'appuyer sur les neuf gérontopôles³³ qui gagneraient à travailler de concert. L'articulation du centre de ressources avec Viva Lab³⁴, créé en 2019 par la Cnav afin d'accompagner l'émergence en régions de solutions (technologiques, techniques, servicielles) à potentiel national, devrait également être réfléchi ainsi qu'avec les centres d'expertise nationaux sur les aides techniques.

II - Des interventions encore trop dispersées malgré un début de structuration

Les acteurs en charge de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées sont nombreux : départements, caisses de retraite, agences régionales de santé (ARS), caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), mutualité française, Agence nationale de l'habitat (Anah), bailleurs sociaux, associations, communes, etc. Cette variété d'intervenants, tantôt partenaires, tantôt concurrents, mais agissant aussi souvent seuls, explique les difficultés particulières de mise en œuvre de cette politique et le besoin accru de concertation et de coordination.

³² Ce qui constitue une nuance par rapport aux ambitions initiales de constituer un centre de preuves, dont les capacités d'expertise sont supérieures.

³³ CHU de Toulouse (2007), Seine Estuaire Normandie (2017), PGI Bourgogne-Franche-Comté (2010), Kozh Ensemble (2016, Nantes), Gêrond'if (2016, Ile-de-France), Provence-Alpes-Côte d'Azur (2020), Auvergne-Rhône-Alpes (Saint-Etienne, 2015), Champagne-Ardenne (2016), Nouvelle-Aquitaine (2020).

³⁴ Valoriser l'innovation pour vivre autonome.

Conjuguée à l'éclatement des interventions, l'insuffisance des systèmes d'information rend impossible une quantification précise des montants mobilisés pour la prévention de la perte d'autonomie, dont une partie, sans doute substantielle, ne fait pas l'objet de consolidation.

En outre, de nombreuses thématiques font encore l'objet d'une concertation insuffisante. Cette situation n'induit pas seulement un risque d'inefficience administrative, elle confronte trop souvent les usagers à des interlocuteurs multiples, pouvant les conduire à renoncer à entreprendre les démarches dont ils auraient besoin.

A - Des acteurs nombreux

La politique de prévention repose, pour l'essentiel, sur les collectivités locales (départements, communes et EPCI³⁵ et, également, pour certains aspects, régions).

Le rôle des départements a été sensiblement renforcé avec la mise en œuvre des conférences des financeurs, présidées par les président de conseil départemental. Celui des communes est particulièrement important en matière d'environnement de la personne âgée et de lutte contre l'isolement. L'action sociale des caisses de retraite, dispersée entre de nombreux organismes, s'est quant à elle modernisée, même s'il existe des marges de progrès importantes.

1 - Une mission nouvelle pour les départements : la présidence des conférences des financeurs

Les départements accompagnent les personnes de plus de 60 ans reconnues dépendantes en leur servant l'APA, après une évaluation à domicile réalisée par un professionnel de l'équipe médico-sociale.

La conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie, instaurée par la loi ASV est, depuis 2016, le lieu de concertation et de coordination des actions de prévention.

La loi en a confié la présidence aux départements, chefs de file de l'action sociale, et la vice-présidence aux ARS. Cette instance a permis à la fois de développer des actions de prévention grâce aux financements alloués par la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), 190 M€ en 2021, et d'améliorer la coordination entre ses différents membres (24 en moyenne).

³⁵ Établissement public de coopération intercommunale. On compte, en France, en 2020, 1 254 EPCI à fiscalité propre dont 997 communautés de communes. Communes et intercommunalités sont chefs de file pour la mobilité, l'organisation des services publics de proximité et l'aménagement de l'espace.

L'objectif premier des conférences des financeurs est de définir collectivement des modalités d'intervention en faveur des personnes âgées du département après avoir établi un diagnostic des besoins, recensé les initiatives locales et défini un programme coordonné. Les programmes d'actions s'articulent autour de six axes, inégaux en termes de montants mobilisés, les axes 1 et 6 représentant près de 80 % des 203 M€ d'actions identifiées et financées en 2019.

Tableau n° 2 : les actions financées par les conférences en 2019

Axes		Montants (€)	Poids
1	Équipements et aides techniques individuelles	49 905 982	25 %
2	Forfait autonomie	33 636 454	17 %
3	Services d'aide à domicile (Saad)	1 718 242	1 %
4	Services polyvalents d'aide et de soins à domicile (Spasad)	2 844 934	1 %
5	Soutien aux proches aidants	4 846 158	2 %
6	Actions collectives de prévention	110 264 351	54 %
Total		203 216 121	100 %

Source : CNSA - Synthèse des rapports d'activité 2019 des conférences des financeurs

Jusqu'alors, l'implication des conseils départementaux en matière de prévention de la perte d'autonomie était peu visible, sauf parfois en matière de téléassistance. Ainsi, par exemple, le département de Haute-Garonne finance-t-il intégralement, depuis 1986, une prestation de téléassistance qui équipe près de 32 000 personnes âgées. Au total, les départements financent à hauteur de 24 M€ des aides techniques³⁶ (axe 1 de la conférence des financeurs), bien au-delà de ce que font les autres partenaires et la CNSA.

Globalement, les conférences ont permis une meilleure coordination des actions collectives (de l'axe 6) menées, souvent, jusque-là, en ordre dispersé. Elles ont également cherché à atteindre des publics plus éloignés de la prévention, grâce à un repérage effectué par les observatoires régionaux des situations de fragilité, et à faire émerger des thématiques nouvelles.

³⁶ Qui sont à 50 % de la téléassistance (donnée 2019).

Le manque de fluidité des relations entre département, caisses de retraite et ARS affecte cependant la qualité des travaux. L'implication des autres acteurs (Anah, Cnam, communes notamment) est variable. Or, la mise en œuvre d'une politique de prévention, avant tout partenariale, repose sur la bonne volonté des participants et sur les moyens humains ou financiers qu'ils acceptent d'y consacrer. Ainsi, d'un territoire à l'autre, *« il peut en résulter des bonnes pratiques qui inspirent et des inégalités territoriales qui s'aggravent »*³⁷.

La nature des actions financées et les montants attribués par action, varient ainsi d'un département à l'autre et leur caractère innovant ou probant n'est pas toujours démontré (salons seniors notamment). De même, le repérage des « zones blanches » infra-départementales, dans lesquelles les actions de prévention sont moins développées, ne constitue pas toujours une priorité des conférences.

Malgré une progression importante de la consommation des crédits alloués par la CNSA, l'examen des flux financiers des conférences conduit à souligner deux points de vigilance.

Le premier tient à la consommation des fonds attribués à chaque département par la CNSA. Les données disponibles, quoique de qualité très insuffisante, font apparaître des taux de consommation des crédits particulièrement bas dans certains départements (Indre, Indre-et-Loire, Loire-Atlantique, Seine-Saint-Denis et Bouches-du-Rhône notamment).

Le second tient à la valorisation inégale par les membres de la conférence et tout particulièrement les départements, de leurs propres actions. Outre les fonds attribués par la CNSA, les conférences de financeurs agrègent en effet les dépenses complémentaires que chaque financeur alloue à la prévention de l'autonomie. En 2019, seuls 77 départements ont valorisé ces financements, pour un total en diminution (29,5 M€ contre 34 M€ en 2018). Un nombre non négligeable de départements (24 en 2019 contre 20 en 2018) ne déclarent aucune dépense en propre, parmi lesquels 12 départements de métropole³⁸ n'ont déclaré aucun financement au cours des deux années.

³⁷ Rapport d'information sur la mise en application de la loi ASV présenté par A. Firmin Le Bodo et C. Lecocq, Assemblée nationale, 5 décembre 2017.

³⁸ Bouches-du-Rhône, Finistère, Hérault, Loiret, Lozère, Mayenne, Nièvre, Pyrénées Orientales, Haute Saône, Tarn, Vaucluse et Hauts de Seine.

2 - Le rôle central, mais diffus, des communes et EPCI

Alors que l'implication des départements dans la prévention de la perte d'autonomie est assez récente, de nombreuses actions en direction des personnes âgées sont menées depuis longtemps par les communes et les EPCI. Leur rôle dans le repérage des personnes âgées isolées pendant la pandémie a notamment été souligné.

Les personnes âgées constituent le premier public de l'action sociale communale³⁹. Fin 2014, les deux tiers des communes, couvrant 90 % de la population, réalisaient une action sociale spécifique en leur faveur, contre moins de 40 % pour des actions en direction de la jeunesse ou la lutte contre la pauvreté. Les communes ne sont tenues qu'à peu d'obligations légales, mais peuvent mettre en place de nombreuses actions, notamment par l'intermédiaire des centres communaux d'action sociale (CCAS) : aides financières, portage de repas, gestion d'Ehpad, d'accueil de jour ou de services à la personne. D'autres domaines de la politique communale (programme local de l'habitat, aménagement urbain, politique culturelle, offre de transport, etc.) jouent également un rôle important dans la prévention et la possibilité de maintien à domicile. Le programme « Petites villes de demain »⁴⁰ engagé en 2020 peut également y contribuer.

Le réseau des « Villes amies des aînés » est une bonne illustration de l'implication de certaines collectivités⁴¹ dans le déploiement d'une politique locale bienveillante à l'égard des plus âgés. Il offre un cadre méthodologique aux municipalités qui souhaitent s'engager ou conforter leur démarche.

La ville de Toulouse offre un exemple assez complet de la palette des services qu'une municipalité peut proposer (dont aucune n'est d'ailleurs valorisée par la conférence des financeurs de Haute Garonne).

Les dispositifs de la Ville de Toulouse en faveur des seniors

Le vieillissement figure parmi les axes prioritaires du contrat local de santé et du contrat de ville. Des collaborations ont été nouées avec le gérontopôle, la faculté de médecine et le réseau des pharmaciens, pour la mise en œuvre d'un programme de détection de la fragilité.

³⁹ L'aide et l'action sociales en France : perte d'autonomie, handicap, protection de l'enfance et insertion (Drees 2019).

⁴⁰ Ce programme d'appui du Gouvernement déployé en 2020 s'adresse aux villes de moins de 20 000 habitants. Il vise notamment à conforter leur rôle de pôle central et à leur permettre de faire face aux enjeux à venir.

⁴¹ 172 communes adhérentes regroupant 16 millions d'habitants.

Les champs d'intervention sont variés mais reposent avant tout sur un dispositif d'information et d'orientation composé d'un « point info seniors » et d'un accueil téléphonique spécialisé (Allô seniors), tenu par des volontaires du service civique et orienté vers les publics fragiles.

La ville développe une offre de restauration sociale solidaire (15 restaurants), d'inclusion numérique ou d'amélioration de l'habitat. Elle a été récompensée du prix européen pour l'innovation sociale en faveur de la mobilité des seniors (carte Montoulouse Senior).

De nombreuses communes ont entrepris de réfléchir à un environnement local favorable aux habitants quel que soit leur âge (« ville du quart d'heure »⁴² notamment).

Il ne s'agit d'ailleurs pas d'initiatives limitées aux zones urbaines. Des projets existent aussi dans les territoires ruraux ou péri-urbains. Un programme intitulé « Garantir l'accès à un socle de services universels à moins de 30 minutes de trajet » figure à l'Agenda rural depuis juillet 2019.

La commune de Lavoncourt, en Haute-Saône, a ainsi imaginé une réponse aux problèmes cumulés d'inadaptation de l'habitat des personnes âgées isolées, qui ont perdu leur mobilité et peinent à accéder aux commerces de proximité ou aux services de santé en l'absence d'offre de transports en commun.

L'habitat regroupé à Lavoncourt (70)

Lorsque le logement est inadapté ou quand son inadaptation se cumule avec des problèmes de mobilité, la solution de l'aménagement de petits logements HLM en centre bourg et/ou en proximité d'un établissement social ou médico-social peut être intéressante pour une mutualisation des services.

Lavoncourt, commune de 320 habitants, centre bourg⁴³, dispose d'un foyer logement géré par le centre intercommunal d'action sociale (9 communes, 1 200 habitants) qui a servi de levier de développement local. Une convention conclue avec une association d'aide à domicile a permis l'organisation d'un portage à domicile des repas préparés dans la cuisine du foyer-logement. Un bâtiment neuf a été construit à proximité : il regroupe des opticiens et audioprothésistes mutualistes, des kinésithérapeutes, un espace France service avec accès au numérique, une borne visio-services (accès aux droits, MSA, Caf, pôle emploi...) et un bureau de poste.

⁴² Trouver près de chez soi tout ce qui est essentiel : pour faire ses courses, pour travailler, pour pratiquer des loisirs, pour se soigner, sans prendre sa voiture, à moins de 15 minutes à pied. Le concept commence à être appliqué dans des villes comme Paris, Copenhague, Utrecht ou Édimbourg.

⁴³ Il n'y a pas de ville de plus de 1 000 habitants à moins de 15 km.

Une convention avec la société d'HLM de Haute-Saône a permis la construction de quatre, puis huit, logements (compte tenu du succès de la formule), toujours à côté du foyer-logement, pour des personnes âgées autonomes. Les locataires y sont indépendants mais, lorsqu'ils ne peuvent plus préparer leur repas, ont accès à la restauration du foyer-logement. Les animations du foyer logement leur sont également ouvertes.

3 - La modernisation inachevée de l'action sociale des caisses de retraite

L'action sociale⁴⁴ a longtemps consisté à accorder aux personnes âgées une aide dite « ménagère ». La Cnav a ensuite cherché à diversifier son offre en proposant plus d'ateliers collectifs de prévention.

Les montants consacrés aux actions collectives restent cependant peu importants : en 2019, 1,5 M€ sur un total d'action sociale retraite de 42 M€ à la MSA et 15,7 M€ sur 344 M€ à la Cnav. L'essentiel des dépenses continuent d'être consacré à des aides individuelles.

Les aides individuelles de la Cnav en 2019

Le budget d'action sanitaire et sociale de la Cnav est principalement consacré aux aides individuelles au maintien à domicile⁴⁵, pour un montant de 215,7 M€. L'essentiel de cette enveloppe finance les « plans d'actions personnalisés » (PAP), pour un total de 160 M€. 23 M€ ont servi à rémunérer les évaluations à domicile.

203 000 personnes ont bénéficié des PAP soit seulement 2 à 3 % des retraités.

C'est sur la faible part des budgets consacrée aux actions collectives, que la coordination inter-régimes a le plus progressé. Une convention a été actée en 2014 la coordination des politiques d'action sociale de la Cnav, de la MSA et du RSI⁴⁶. Les trois régimes ont entrepris de développer des ateliers inter-régimes⁴⁷, avec l'objectif de délivrer des messages sur la prévention de la perte d'autonomie et d'informer les nouveaux retraités sur les structures proposant des activités près de leur domicile. Cette offre commune est régulièrement complétée par de nouvelles actions⁴⁸.

⁴⁴ L'annexe 5 apporte des précisions complémentaires sur l'action sociale des caisses de retraite.

⁴⁵ Aide au ménage, à la préparation des repas et à l'entretien du linge.

⁴⁶ Le régime social des indépendants a été supprimé au 1^{er} janvier 2018.

⁴⁷ Aux thématiques variées : vitalité, mémoire, équilibre, sommeil, nutrition, etc.

⁴⁸ Ateliers d'inclusion numérique, « En voiture, je me rassure », pièces de théâtre à visée de sensibilisation, etc.

En 2017, une convention pluriannuelle liant l'État et les principales caisses de retraite a fixé des axes de progrès : plus grande synergie dans l'attribution des aides individuelles (convergence des barèmes, professionnalisation de l'évaluation, etc.) ; repérage accru des fragilités ; politique commune de lutte contre l'isolement des personnes âgées ; poursuite du développement de dispositifs communs autour de l'aide au retour à domicile, représentation commune dans les gouvernances locales.

La convergence de l'éventail des aides individuelles offertes n'a toutefois pas significativement évolué. Le seul progrès consiste en l'utilisation d'un outil commun d'évaluation de la fragilité clinique des retraités classés en GIR 5 et 6, la grille dite Fragire. Les équipes d'évaluation, externalisées, ne sont pas toujours partagées, les règlements d'action sociale prévoient des aides individuelles différentes et les pratiques d'attribution restent diverses.

Par ailleurs, la structuration locale de l'inter-régimes s'est faite de manière désordonnée au cours des dix dernières années, sans cadrage suffisant. Il en résulte une organisation administrative inutilement complexe et source d'inefficience. Le constat dressé en 2017 par la Cnav, le RSI et la MSA, d'une grande hétérogénéité des pratiques de gouvernance, de pilotage et de ressources humaines est resté sans suite. La carte ci-après illustre l'intrication des organisations.

L'objectif de la structuration de l'inter-régimes au niveau local, tel que visé dans la convention inter-régimes nationale de 2017, en vue d'une meilleure coordination mais également d'une « *meilleure visibilité de l'offre commune d'action sociale des caisses de retraite* » est loin d'être rempli par l'organisation actuelle.

Celle-ci est appelée à évoluer puisque l'Agirc-Arrco devrait intégrer l'inter-régimes en 2021, d'abord au niveau national puis au niveau territorial, ce qui accentuera le besoin de coordination et de convergence.

Les dépenses de prévention de la perte d'autonomie de l'Agirc-Arrco

Trois orientations prioritaires ont été définies par la fédération Agirc-Arrco, les deux premières en direction des personnes âgées : « *agir pour le bien vieillir* » (108,8 M€ en 2019) et « *accompagner l'avancée en âge en perte d'autonomie* » (120,3 M€) et la dernière pour « *soutenir et accompagner les proches aidants* » (29,9 M€). Les dépenses en faveur de la prévention de la perte d'autonomie représentent environ un tiers des 402 M€ d'action sociale du régime.

La multiplicité des organismes de retraite complémentaire (AG2R la Mondiale, Klésia, Agrica...) regroupés au sein de la fédération Agirc-Arrco rend toutefois complexe le suivi des actions menées.

La fédération impose aux groupes de consacrer au moins 80 % de leurs financements à ces orientations prioritaires, mais faute de contrôle, ces derniers ne respectaient que formellement cette obligation, selon les précédents constats faits par la Cour⁵⁰.

B - Une quantification approximative des montants mobilisés

L'estimation des dépenses dédiées à la prévention de la perte d'autonomie n'est pas aisée. Les données des conférences des financeurs sont d'une fiabilité limitée et, en tout état de cause, elles ne retracent pas la totalité des dépenses réellement engagées par l'ensemble des acteurs, ainsi que mentionné *supra*.

Le ministère des solidarités et de la santé a évalué à 1,3 Md€ en 2019 le montant des dépenses de « prévention de la fragilité » des personnes âgées, soit 6 % des dépenses publiques consacrées cette même année à la compensation de la perte d'autonomie elle-même (soins, dépendance, hébergement, etc.)⁵¹.

⁵⁰ Cour des comptes, *L'action sociale de l'Agirc-Arrco : un dispositif à recentrer* (Rapport public annuel 2019, page 163 et suivantes). L'Agirc-Arrco a indiqué à la Cour avoir, depuis lors, engagé des travaux « au niveau de la fédération et au sein des institutions de retraite complémentaires, pour renforcer les contrôles et améliorer les processus de recueil de données ».

⁵¹ Évaluées à 21,7 Md€ (rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale pour la branche autonomie annexé au PLFSS pour 2021).

Tableau n° 3 : dépenses de prévention 2019 (document budgétaire)

Dépenses en faveur de la prévention de la fragilité des personnes âgées	Montants 2019 (millions €)	Part en %
CNSA	223	17 %
Actions de la loi sur l'adaptation de la société au vieillissement (conférence des financeurs...)	180	14 %
Établissements et services accueillant des personnes âgées (nets des transferts Assurance maladie), GIR 5-6	43	3 %
Sécurité sociale	874	66 %
Assurance maladie	373	28 %
<i>ONDAM médicosocial – personnes âgées</i>	369	28 %
<i>Unités de soins de longue durée (USLD)</i>	4	0 %
Assurance retraite	501	38 %
<i>Action sociale</i>	501	38 %
Total des personnes âgées	1 315	100 %

Source : Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale pour la branche autonomie annexé au PLFSS pour 2021

NB : sont exclues les dépenses d'action sociale collectives des caisses de retraite

Sur le périmètre de son enquête, un peu différent, soit le seul domicile, l'estimation réalisée par la Cour aboutit à un montant annuel proche de 1,5 Md€. Il inclut notamment les aides techniques financées par l'assurance maladie⁵² dont une partie est à visée préventive, ou encore les dépenses en faveur de l'amélioration de l'habitat.

⁵² Aides techniques inscrites à la LPPR remboursées en 2018 aux plus de 60 ans hors lits et accessoires.

Tableau n° 4 : estimation des dépenses de prévention de la perte d'autonomie (2019 ou 2020 selon la source)

Financeurs	M€
Conférence des financeurs	203
Action sociale Cnav ⁵³	297
Action sociale Agirc-Arrco	135
Action sociale MSA	42
Action sociale CNRACL ⁵⁴	130
Action sociale fonction publique de l'État	2,3
Adaptation logement y compris crédits d'impôts	224
Aides techniques assurance maladie	458
Total	1 491

Source : calculs Cour des comptes d'après données des administrations et des organismes de sécurité sociale

Ce montant est cependant sous-estimé car il repose sur le socle des seules dépenses identifiables. Or, les sommes engagées par les collectivités locales sont rarement identifiées car elles sont réparties entre différentes politiques municipales dont la plupart ne concernent pas uniquement les personnes âgées.

Même les dépenses sociales au sens strict du terme (restaurants sociaux, activités ciblées sur les personnes âgées des CCAS...) ne sont quasiment jamais recensées dans le cadre des conférences des financeurs, en lien certainement avec la trop faible participation des communes à ces dernières.

⁵³ Hors dépenses « habitat et cadre de vie » figurant dans la ligne « Adaptation logements ».

⁵⁴ Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales.

**Tableau n° 5 : dépenses des conférences des financeurs
de la prévention de la perte d'autonomie (2019)**

Financier	Montant (M€)
CNSA	130
Autres financeurs	73
<i>dont</i>	
- Conseils départementaux	29,5
- Carsat	17
- ARS	7,6
- Inter-régimes	6,8
- MSA	4,9
- Collectivités territoriales/EPCI	3,1
- Mutualité Française	2,8
- Cnam (hors aides techniques)	0,6
- Agirc-Arrco	0,3
- Autres membres	0,1
Total	203

Source : Données 2019 de la CNSA d'après les déclarations des conférences des financeurs (hors financements Anah et Cnam)

Selon les données ci-dessus, la participation des communes et des EPCI au financement de la prévention de la perte d'autonomie n'est retracée que dans 19 départements, pour un montant très limité de 3,1 M€ en 2019.

C - Malgré des avancées, une coordination encore difficile

Les conférences des financeurs ont permis d'amorcer un dialogue au niveau local. Leur champ initial de compétence a par ailleurs été étendu à deux reprises : d'une part par la loi portant évolution du logement, de l'aménagement et du numérique (dite loi Elan) du 23 novembre 2018 en matière d'habitat inclusif ; d'autre part par la loi du 22 mai 2019 visant à favoriser la reconnaissance des proches aidants et la prévention des difficultés physiques et psychiques auxquelles ils peuvent être confrontés.

Pour autant, des pans significatifs de politiques publiques échappent encore à cette concertation locale. C'est le cas, par exemple, des questions de mobilité, dont les conférences se sont peu emparées.

1 - L'absence de reconnaissance mutuelle des GIR entre Carsat et départements

Des difficultés importantes demeurent également sur des sujets réputés résolus, comme la reconnaissance mutuelle des évaluations de la perte d'autonomie entre les caisses de retraite et les départements, prévue par l'article 7⁵⁵ de la loi ASV, afin d'éviter le renvoi des usagers d'un guichet à l'autre et des évaluations redondantes. Cinq ans après la promulgation de la loi, en raison des réticences des acteurs, de leur crainte de perdre la maîtrise de la dynamique des plans d'aide, cette mesure n'est mise en œuvre que dans une poignée de départements.

Afin de dépasser ces difficultés, la convention d'objectifs et de gestion (COG) 2018-2022 entre la Cnav et l'État a prévu que le taux de couverture de reconnaissance réciproque passerait de 20 % à 100 % sur la période.

Mi-2021, la Cnav indique que des conventions ont été signées avec 70 départements. En réalité, dans de nombreux cas, les conventions, quoique signées, ne sont pas mises en œuvre ou ne prévoient qu'un groupe de travail sur les modalités de reconnaissance mutuelle. La MSA, qui, à la différence de la Cnav, ne suit pas encore d'indicateur sur ce sujet, dispose, grâce à une enquête flash, d'une vision certainement plus proche de la réalité avec une application dans sept départements seulement (Ain, Rhône, Côtes-d'Armor, Manche, Calvados, Orne, Ille-et-Vilaine).

L'exemple de la Carsat et des départements de Normandie

Dans cette région, la reconnaissance mutuelle a été mise en œuvre⁵⁶, passées les réticences initiales de certains acteurs.

Les réorientations des demandeurs d'une entité vers l'autre sont rares⁵⁷. La démonstration qu'une mauvaise orientation de la demande initiale générerait un retard de quatre à six mois avant le déclenchement effectif de l'aide a été déterminant pour convaincre les acteurs locaux de s'engager dans la voie de la reconnaissance mutuelle. L'autre facteur clef de succès a été l'implication du médecin départemental en charge des évaluations APA, à qui a été donné un pouvoir d'arbitrage si nécessaire.

⁵⁵ Codifié dans l'article L. 113-2-1 du code de l'action sociale et des familles – « *Le département et les organismes de sécurité sociale définissent les modalités assurant la reconnaissance mutuelle de la perte d'autonomie des personnes âgées selon la grille nationale d'évaluation mentionnée à l'article L. 232-2* ».

⁵⁶ Dans certains départements avant même le vote de la loi (Calvados, Seine-Maritime et Orne dès 2013) et sur l'ensemble du territoire régional dès 2019.

⁵⁷ 702 personnes en 2019 de la Carsat vers le département, soit 4,8 % des évaluations réalisées ; 607 des départements vers la caisse (entre 53 et 279 par département).

Malgré les satisfecit que se délivrent les caisses et l'administration, la conséquence concrète, du point de vue des usagers, est que, sur une grande partie du territoire, le demandeur sera évalué deux fois. Si le département réalise l'évaluation et estime qu'il relève d'un GIR 5 ou 6, il devra entamer une nouvelle procédure auprès de la caisse de retraite (avec une nouvelle évaluation à la clé) et vice versa pour le demandeur qui aura été évalué en GIR 4 par la caisse de retraite.

Pour aider à la mise en œuvre effective de la reconnaissance mutuelle, est prévue la mise à disposition en 2021 d'un téléservice de demande d'aide, commun aux départements et aux caisses de retraite⁵⁸. Ce service exclura cependant encore les bénéficiaires de l'aide sociale légale.

L'aide sociale légale : une évolution législative nécessaire

Certains rejets de plans d'aide personnalisés par les Carsat sont motivés par le fait que les ressources du demandeur sont inférieures à l'allocation de solidarité pour personnes âgées (Aspa), et le rendent de ce fait éligible à l'aide sociale légale⁵⁹ et non à l'action sociale de la Carsat.

Cette disposition du code de l'action sociale et des familles⁶⁰ ne contribue ni à la clarification des compétences ni à la simplification des démarches pour les personnes âgées. La revalorisation récente de l'Aspa pourrait mécaniquement accroître le nombre de retraités potentiellement éligibles à l'aide sociale légale (estimés à 20 000 en 2014).

2 - Entre organismes de sécurité sociale, des dispositifs de sortie d'hospitalisation insuffisamment articulés

L'absence de coordination touche les organismes de sécurité sociale eux-mêmes, comme le montre l'intervention de la branche retraite et de la branche maladie autour des dispositifs de sortie d'hospitalisation.

⁵⁸ En parallèle la CNSA a initié l'élaboration d'un formulaire commun aux départements, aux Carsat et à la MSA de demande d'aides APA, bien-vieillir et carte mobilité inclusion (CMI). Expérimenté en 2020 il a vocation à être généralisé dès son homologation Cerfa.

⁵⁹ L'aide sociale légale est soumise à récupération sur succession ce qui peut conduire les personnes âgées à lui préférer le plan d'action personnalisé de la Carsat.

⁶⁰ Article L. 231-1.

Pour parer le risque de perte d'autonomie après l'hospitalisation d'une personne âgée⁶¹, les caisses de retraite du régime général proposent depuis 2003 aux pensionnés en GIR 5 ou 6 une aide au retour à domicile après hospitalisation (ARDH), qui consiste en un plan d'aide à domicile dans la limite de 1 800 € pendant 3 mois. En 2019, un peu moins de 60 000 assurés en ont bénéficié⁶².

L'assurance maladie déploie quant à elle, depuis 2019, un dispositif dénommé « Prado personnes âgées »⁶³, d'accompagnement médical et social des patients de 75 ans ou plus après hospitalisation. En assurant une prise de relais par les professionnels de ville, il vise à accompagner des hospitalisations plus courtes et à réduire le risque de réhospitalisation. La montée en charge de ce dispositif est lente : 58 Cnam ont réalisé 3 329 adhésions en 2020 sur un potentiel de 700 000 séjours.

Les deux offres sont partiellement complémentaires, puisque Prado-PA peut comprendre une aide à domicile qui correspond à l'offre ARDH. Mais elles ne sont pas intégrées, ce qui ne peut que générer incompréhension pour l'usager et complexité de gestion pour les équipes hospitalières en charge d'organiser le retour à domicile⁶⁴. En réponse aux difficultés constatées, un formulaire unique de demande d'aide à la sortie d'hospitalisation est annoncé pour le second semestre 2021.

La Cnav et l'Agirc-Arrco expérimentent à Paris, depuis décembre 2020, un « guichet unique » de sortie d'hospitalisation. Mais il n'intègre pas davantage l'offre de service de l'assurance maladie.

⁶¹ Risque de développer des incapacités permanentes 60 fois plus élevé chez les sujets qui sont hospitalisés, taux de réhospitalisation à 1 mois de 18 %, réhospitalisation évitables estimées à 32 % (source : Cnam, bilan Prado-PA 2020).

⁶² L'évaluation étant réalisé dans 82 % des cas par le service social de l'assurance maladie, alors que les évaluations des plans d'action personnalisés sont externalisées dans 94 % des cas.

⁶³ Programme d'accompagnement du retour à domicile des personnes âgées.

⁶⁴ La COG 2018-2022 de la Cnav a prévu l'expérimentation d'une ARDH interbranches. L'expérimentation, non concluante, a finalement concerné l'attribution d'une ARDH forfaitaire en parallèle de Prado-PA.

CONCLUSION

La France connaît une situation paradoxale avec une longévité enviable mais de longues années passées avec des incapacités. La moindre place faite à la prévention par rapport à d'autres pays constitue l'une des explications possibles.

La perte d'autonomie n'est, en effet, pas un corollaire automatique du vieillissement : c'est l'accumulation de pathologies qui peut conduire à la dépendance si elles ne sont pas compensées.

Clarifier les objectifs opérationnels de la politique de prévention de la perte d'autonomie apparaît un préalable nécessaire. Maintenir le plus longtemps possible le maximum de capacités fonctionnelles des personnes pourrait constituer l'ambition raisonnable de cette politique.

La Cour a chiffré à 1,5 Md€ les dépenses de santé annuelles évitables pour une année gagnée d'espérance de vie sans incapacité, sur la période 2021-2031. Mais au-delà de cet impact financier, ce gain représente une amélioration significative de la qualité de vie et de l'autonomie des seniors.

La mise en œuvre actuelle des actions de prévention, réparties entre de nombreux acteurs, parfois partenaires, souvent concurrents, n'aide pas à appréhender leurs contours, leurs contenus et par là même leurs résultats. Si des sommes non négligeables leur sont consacrées, l'essentiel des interventions menées en proximité par les communes échappent au recensement. La coordination des intervenants, qui a progressé fortement depuis l'instauration des conférences des financeurs, laisse de côté des domaines et des procédures dont la complexité peut décourager les potentiels bénéficiaires.

Chapitre II

Un diagnostic commun sur les bonnes pratiques à privilégier

I - Permettre le maintien à domicile dans un logement adapté

Enquête après enquête, les Français réaffirment leur souhait de vivre aussi longtemps que possible à domicile. Encore faut-il que l'état du logement y permette leur maintien, moyennant, le cas échéant, des aménagements ou des travaux d'adaptation. Des aides publiques accompagnent les démarches d'adaptation des logements des personnes âgées. Complexes et dispersées, elles ne sont pas à la hauteur des besoins.

A - Une politique encore trop orientée sur les travaux

Les constats déjà portés par la Cour en 2016 en matière d'habitat, dans son rapport relatif aux conditions du maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie, sont toujours d'actualité, avec, pour certains, un degré d'acuité supplémentaire.

1 - Le maquis des aides financières à l'adaptation des logements

La réponse des pouvoirs publics à ce besoin d'adaptation consiste en une aide au financement des travaux pour les ménages les plus modestes, doublée de crédits d'impôt dont le ciblage interroge.

Des crédits d'impôt à réorienter

Il existe deux crédits d'impôt pour les personnes âgées ou handicapées, l'un en faveur de l'adaptation, l'autre de l'accessibilité des logements.

Le crédit d'impôt « adaptation » a bénéficié, en 2019, à 21 000 foyers fiscaux, pour un montant total de 17 M€. Il est soumis à une condition de perte d'autonomie, le contribuable ou un membre de son foyer fiscal devant être classé en GIR 1 à 4. Il est donc plus contraignant que le crédit d'impôt « accessibilité » qui, lui, n'est soumis à aucune condition, ce qui explique qu'un nombre plus important de foyers fiscaux en aient bénéficié en 2019 (38 550 pour un montant total de 26,1 M€).

Les listes des équipements autorisés diffèrent selon les deux cas. Seule celle relative au crédit « adaptation » comprend les bacs à douche extra-plats, les volets roulants électriques ou les revêtements de sol antidérapant⁶⁵.

Ils répondent l'un et l'autre à un besoin spécifique de ménages vieillissants⁶⁶. Il est probable néanmoins que la contrainte du GIR 1 à 4 limite fortement le recours au crédit « adaptation » et retarde d'autant la réalisation des travaux.

Les crédits d'impôt pourraient constituer un élément incitant à la réalisation des travaux d'adaptation à condition d'en faciliter l'obtention à des gens encore autonomes, en supprimant par exemple la condition du GIR et en fusionnant les deux listes d'équipements autorisés. Cette piste mériterait d'être étudiée en intégrant des dispositifs permettant le cas échéant de garantir sa neutralité financière.

Le dispositif d'aide proprement dit repose sur trois opérateurs principaux⁶⁷ : l'Anah (pour un montant de dépenses de 50 M€ en 2020), la Cnav (pour 53 M€) grâce à son action sociale⁶⁸ et plus récemment Action logement (78 M€). Hors crédits d'impôt, le total des dépenses publiques engagées pour l'adaptation des logements s'élève donc à 181 M€ en 2020.

⁶⁵ Ces équipements ne sont pas inclus dans la liste des équipements favorisant l'accessibilité qui comprend essentiellement des éviers et lavabos à hauteur réglable, sièges de douche muraux, w-c surélevés, mains courantes ou barres d'appui, etc.

⁶⁶ 80 % des foyers fiscaux bénéficiaires en 2019 avaient plus de 70 ans pour le crédit « adaptation » ; 73 % des foyers fiscaux bénéficiaires en 2019 avaient plus de 70 ans pour le crédit « accessibilité ».

⁶⁷ Pour des montants globalement moins élevés, certains départements et certaines communes participent également à ces actions, ainsi que d'autres caisses de retraite.

⁶⁸ Dont le bénéfice est donc réservé à ses seuls assurés.

Les travaux d'adaptation constituent une lourde charge financière pour les demandeurs mais le cumul des aides est quasiment la règle. En revanche, les critères d'éligibilité diffèrent selon les financeurs (niveau de dépendance, âge, ressources). En annexe 6 figure un tableau qui recense les conditions d'attribution des aides fixées par neuf caisses de retraite, l'Anah et Action logement.

Pour se repérer dans ce labyrinthe administratif et être épaulés dans le choix des entrepreneurs et l'analyse des devis, les bénéficiaires peuvent, ou doivent selon les cas⁶⁹, recourir à une assistance à maîtrise d'ouvrage (AMO) dont la mission, essentielle, est de gérer la complexité à leur place et de garantir la mise en œuvre effective du chantier. *De facto*, plus de 95 % des personnes ayant déposé un dossier auprès de l'Anah y ont recours. La rémunération de l'AMO est le plus souvent prise en charge par les organismes financeurs. L'Anah et la Cnav ont versé à ce titre 5,3 M€ en 2020.

L'harmonisation souhaitable des questions techniques (critères d'éligibilité, montants de l'aide, recours ou non à une AMO...) ne dispense pas de s'interroger sur la finalité de cette politique. La résolution de questions de principe est même un préalable pour définir l'architecture du dispositif.

Les travaux n'interviennent-ils pas à un âge trop tardif pour modifier substantiellement le parcours de vie des bénéficiaires ? Si l'on estime qu'il faut agir plus tôt, comme des études le suggèrent, alors la condition d'âge d'Action Logement (70 ans) imposée par le ministère des finances, est trop restrictive. Si l'on veut toucher un public moins dépendant, alors la condition de GIR posée par l'Anah est contre-productive.

Si la conviction est partagée par les décideurs qu'une action précoce est nécessaire pour prendre le « virage domiciliaire », il faut mettre fin aux demi-mesures et à une complexification dont l'effet premier est de dissuader les potentiels bénéficiaires.

2 - Un parc de logements peu adapté, des résultats en trompe-l'œil

Il est complexe d'estimer le besoin d'adaptation du parc de logements et même le niveau d'adaptation actuel des logements en France. Sur ce dernier point, les données sont anciennes : elles se fondent sur l'enquête comparative européenne Share de 2006-2007⁷⁰. La France se situait alors juste dans la moyenne des pays de l'Union européenne avec 6 % de logements adaptés pour les plus de 65 ans.

⁶⁹ Le caractère obligatoire ou facultatif de recours à une assistance varie, pour un même opérateur, selon la qualité du demandeur ou le type d'opération.

⁷⁰ Cette enquête comportait une question permettant de déterminer le taux de logements équipés pour faire face au handicap.

S'agissant de la mesure du besoin d'adaptation du parc de logements privés, une étude⁷¹ a été conduite en 2020 par le Cerema⁷². Elle évalue le besoin potentiel à 2,65 millions de logements occupés par leurs propriétaires, dont 462 000 ménages modestes considérés par l'étude comme prioritaires.

L'objectif d'adaptation retenu par les pouvoirs publics dans le cadre des travaux dits « objets de la vie quotidienne » (OVQ⁷³) est de 170 000 logements sur la période 2019-2021⁷⁴, représentant le cumul des objectifs propres de chaque opérateur (Action logement, Anah, Cnav). Mais cette dispersion entre plusieurs acteurs induit une difficulté de suivi du nombre des logements adaptés : le chiffrage réalisé par le ministère du logement est en réalité surestimé.

Un nombre de logements adaptés moindre qu'annoncé

Le comité de suivi, réunissant les principaux financeurs sous l'égide du ministère du logement, décomptait, en mars 2021, 121 000 « logements adaptés » depuis 2018, soit un rythme propice à l'atteinte de l'objectif de 170 000 fixé.

En réalité, ce décompte ne porte que sur des « dossiers traités » par les trois opérateurs et non sur des logements. La majorité des dossiers fait en effet l'objet de plusieurs financements et un logement correspond donc à deux voire trois ou plus dossiers d'aides. Les informations de la Cnav et de Soliha sont concordantes de ce point de vue : près de 80 % des dossiers sont co-financés.

Rapportée au nombre de dossiers décomptés, l'application de telles proportions réduit sensiblement les résultats des opérateurs. Comparé aux chiffres annoncés, le nombre de logements effectivement adaptés est probablement moitié moindre.

⁷¹ « Accélérer l'adaptation du parc de logements privés au vieillissement : Volet 1 : Essai de mesure, territorialisation et caractérisation des besoins » Cerema, 2021.

⁷² Centre d'études et d'expertise sur les risques, l'environnement, la mobilité et l'aménagement (Cerema) : établissement public placé sous la double tutelle du ministère de la transition écologique et du ministère de la cohésion des territoires et des relations avec les collectivités territoriales.

⁷³ Les « objets de la vie quotidienne » correspondent à des priorités gouvernementales définies en 2019. L'objectif « Adapter des logements aux personnes âgées » a été confié au ministre chargé de la ville et du logement en lien avec le ministère des solidarités et de la santé.

⁷⁴ Il était initialement de 395 000 entre 2019 et 2022 mais a été revu à la baisse en raison de la crise sanitaire.

L'effet d'un logement adapté sur la diminution des chutes est démontré⁷⁵. L'estimation du temps supplémentaire que la personne âgée passe à son domicile après les travaux est en revanche peu documentée. Les données obtenues par la Cour auprès de bailleurs sociaux sont toutefois encourageantes. En Bourgogne-Franche-Comté, le bailleur social Néolia⁷⁶ a calculé que l'ancienneté dans un logement adapté de ses locataires était de 8,4 ans pour les locataires âgés de 60 à 69 ans, de 11,1 ans pour ceux de 70 à 79 ans et de 14,7 ans pour ceux de 80 ans et plus. La durée d'occupation moyenne d'un logement est, dans l'ensemble du parc, de six ans⁷⁷.

3 - Le rôle décisif de l'évaluateur et l'intérêt d'un recours plus fréquent au diagnostic d'ergothérapeutes

L'orientation de la personne âgée vers une solution d'adaptation du logement repose le plus souvent sur l'intervenant à domicile chargé de son évaluation (membre de l'équipe APA du département ou d'une structure évaluatrice pour le compte des caisses de retraite). Or, il y a peu de certitude sur la façon dont le besoin initial est apprécié et sur la pertinence de la solution qui lui est proposée.

L'évaluateur a la faculté d'orienter le demandeur vers des solutions variées (intervention humaine régulière, mais aussi aides techniques, diagnostic d'ergothérapeute, portage de repas, etc.) et doit dès lors être capable d'arbitrer en faveur de la solution la plus appropriée.

Il faut donc que ce premier professionnel amené à rencontrer la personne âgée dans son environnement quotidien soit formé à la réalisation d'un diagnostic aussi complet que possible, qui ne peut se résumer à la recommandation de substituer un bac à douche à une baignoire. Or la réalisation de travaux semble encore trop souvent préférée au recours à des aides techniques par exemple.

⁷⁵ Gillespie et al. (2012). *Interventions for preventing falls in older people living in the community*. Cochrane database systematic review.

⁷⁶ Filiale du groupe Action Logement, Néolia gère plus de 27 000 logements. 12,5 % de son parc de logements familiaux sont adaptés au vieillissement et/ou au handicap, soit plus de 3 200 logements.

⁷⁷ Ainsi que l'a suggéré l'Anah lors de l'enquête, les opérateurs nationaux pourraient contribuer à ce suivi, par le biais d'une collecte régulière (tous les deux, quatre ou six ans) de données évaluant la satisfaction des bénéficiaires, le maintien dans les lieux et la pérennité des travaux effectués.

Un recours plus fréquent au diagnostic d'un ergothérapeute peut également permettre de passer en revue l'ensemble des solutions existantes et de déterminer lesquelles sont les plus appropriées à chaque cas particulier. L'Agirc-Arrco le propose à ses ressortissants de 75 ans et plus⁷⁸.

B - Un objectif de rationalisation toujours repoussé

1 - La brève intervention d'Action logement

Pour remédier à la pluralité des financements, des procédures de demande d'aide et des critères d'éligibilité, le rapport « *France : année zéro !* »⁷⁹ préconisait en 2013, la création d'un guichet unique. Début 2019, au lieu du guichet unique, un nouvel acteur, Action logement, a été introduit dans le dispositif avec la mission de financer des travaux d'adaptation de salles de bains⁸⁰ dans le parc privé, pour 1 Md€⁸¹.

Fin 2019, une plateforme informatique dédiée, dont le développement a coûté 11 M€, a été déployée par Action logement⁸² lui permettant d'initier l'examen des demandes de financement. En mars 2021, alors que le dispositif montait enfin en puissance, Action logement, invité à réorienter ses crédits afin d'accompagner le plan de relance gouvernemental, a annoncé que l'aide à l'adaptation s'éteindrait lorsque l'enveloppe, réduite de moitié (500 M€, soit 100 000 dossiers) serait atteinte, courant 2021.

Quoique brève, l'intervention d'Action logement a contribué à complexifier davantage encore une organisation déjà peu lisible.

Action logement finançant déjà l'Anah (à hauteur 100 M€ en 2017), un abondement des crédits de l'Agence aurait permis une mise en œuvre plus rapide. Les logiques institutionnelles particulières ont prévalu sur la rationalisation de la gestion, contribuant à rendre les démarches plus ardues encore pour les personnes âgées.

⁷⁸ Ce diagnostic « Bien chez moi », pour lequel une participation de 15 € est demandée a été utilisé par 5 202 bénéficiaires en 2019 (pour un coût de 2,4 M€).

⁷⁹ Une actualisation de ce rapport a été demandée à son auteur, Luc Broussy. Il a été remis au Gouvernement en mai 2021 et préconise à nouveau la création d'un guichet unique.

⁸⁰ Jusqu'à 5 000 € pour la fourniture et la pose d'une douche, d'un lavabo pour personne à mobilité réduite ou d'une cuvette de WC rehaussée.

⁸¹ Dans le cadre d'un plan d'investissement volontaire 2018-2022 (PIV) signé en avril 2019 permettant de mobiliser les réserves d'Action logement. Un milliard d'euros permet de réaliser des travaux dans 200 000 logements.

⁸² L'outil traite deux autres aides du PIV à destination des particuliers.

2 - L'intérêt d'une plateforme unique en matière d'adaptation des logements

Le projet de guichet unique n'a pas connu de progrès, jusqu'à la saisine en mars 2021 de la délégation interministérielle à la transformation publique (DITP), afin de construire un dispositif unifié.

Action logement se retirant, l'Anah et la Cnav seraient les deux principaux acteurs de cette politique avec l'appui des organismes d'assistance à maîtrise d'ouvrage (AMO). Mais la place des autres financeurs potentiels (départements, villes, autres caisses de retraite) dans ce dispositif n'est pas précisée à ce stade.

La plateforme digitale mise en place par Action logement permettait de traiter 1 200 dossiers par semaine avec 20 ETP, en intégrant des règles anti-fraudes⁸³. Selon la DITP, 44 ETP gèrent ces dossiers pour la Cnav et 42 pour le compte de l'Anah. Compte tenu de la nécessité d'augmenter sensiblement le volume de logements adaptés, une attention doit être portée à l'efficacité du processus métier, notamment lors de la conception d'une plateforme nationale des aides à l'adaptation.

L'aide d'Action logement présentait également l'intérêt de ne pas laisser de reste à charge à l'assuré. L'aide de la Cnav est beaucoup plus limitée⁸⁴. La modicité de cette aide impose dès lors la recherche de financements complémentaires et contribue à l'alourdissement de la démarche.

Dans les pays examinés par la Cour, les aides semblent souvent d'un montant plus important.

⁸³ Appels aléatoires des clients pour vérifier la réalité des travaux et suivi du nombre de dossiers cumulés par entreprise (source : Action logement).

⁸⁴ 30 % de 2 500 € par exemple pour une personne seule ayant 1 454 € de ressources, soit 750 €. La prise en charge de l'AMO représente alors plus du tiers de la somme effectivement versée au bénéficiaire.

L'adaptation des logements d'autres pays européens

En **Angleterre**, les actions sont principalement mises en œuvre à l'échelle des communes en charge de traiter la demande d'adaptation du logement et de faire réaliser le cas échéant, par un ergothérapeute, une évaluation⁸⁵ des besoins ou des équipements nécessaires. Les adaptations d'un coût inférieur ou égal à 1 150 € sont prises en charge par la commune, quels que soient les revenus des foyers⁸⁶. Pour les adaptations supérieures à ce montant, le principal mécanisme mobilisé est la *Disabled Facilities Grant (DFG)*, une aide sous conditions de ressources. Le montant de la prise en charge peut s'élever jusqu'à 30 000 £ (le montant moyen attribué est de 9 000 £ soit 10 400 €).

La politique d'adaptation des logements apparaît toutefois nettement en-deçà des besoins liés au vieillissement de la population : en 2016, seuls 7 % des logements disposaient des quatre caractéristiques les rendant adaptés à une personne à mobilité réduite.

En **Suède**, des subventions, attribuées par les communes et suivies par l'agence nationale du logement (*Boverket*), couvrent les aménagements et réparations nécessaires pour permettre à l'usager de continuer à vivre dans son logement. Elles consistent principalement à l'aménagement de barres de maintien, rambardes d'escalier et autres suppressions de paliers, pour un montant moyen de 1 920 € par logement.

Aux **Pays-Bas**, chaque municipalité étudie les dossiers de demande d'aide financière qui lui sont présentés et décide de l'octroi d'une aide. Le seuil approximatif au-delà duquel la municipalité estime que le déménagement est préférable à l'adaptation du logement actuel se situe autour de 10 000 €.

L'annexe 6 présente la variété, en France, des conditions d'âge, de conditions de ressources ou de montant de la subvention, selon le régime d'affiliation ou l'organisme financeur.

⁸⁵ En application du *Care Act* de 2014, les autorités locales sont tenues de procéder gratuitement à cette évaluation.

⁸⁶ En Ecosse, la prise en charge de ces adaptations mineures peut aller jusqu'à 1 500 £ soit 1 730 €. En Irlande du Nord, la prise en charge (ou non) est à la discrétion de la commune. Au Pays de Galles, elle dépend des ressources financières du bénéficiaire.

II - Prévenir les chutes et leur récurrence, promouvoir l'activité physique et lutter contre l'isolement

A - Une politique de prévention des chutes trop timide au regard des enjeux

Les chutes sont un marqueur d'entrée dans la dépendance. Elles représentent la grande majorité des recours aux urgences pour un accident de la vie courante chez les 65 ans et plus. Sept chutes sur 10 surviennent à domicile. Elles peuvent notamment avoir pour conséquence l'entrée en institution ou la réduction des activités et de la mobilité par peur de chuter de nouveau. Elles sont aussi une cause importante de décès.

En termes de dépenses publiques, un travail original mené par le département de l'information médicale et l'unité d'évaluation médico-économique du CHU de Toulouse⁸⁷ pour le compte de la Cour, a permis de cerner non seulement les coûts des « prises en charge hospitalières communément associées aux chutes » (Peccac)⁸⁸ des personnes âgées de 75 ans et plus, mais également les coûts induits par leur parcours de soins dans les deux années précédant et suivant cet événement.

Les résultats de la France en termes d'incidence ont par ailleurs été comparés à ceux de six pays. Ils la situent dans une position moyenne qui illustre les marges de progrès possibles.

1 - Un nombre important de décès en raison de chutes

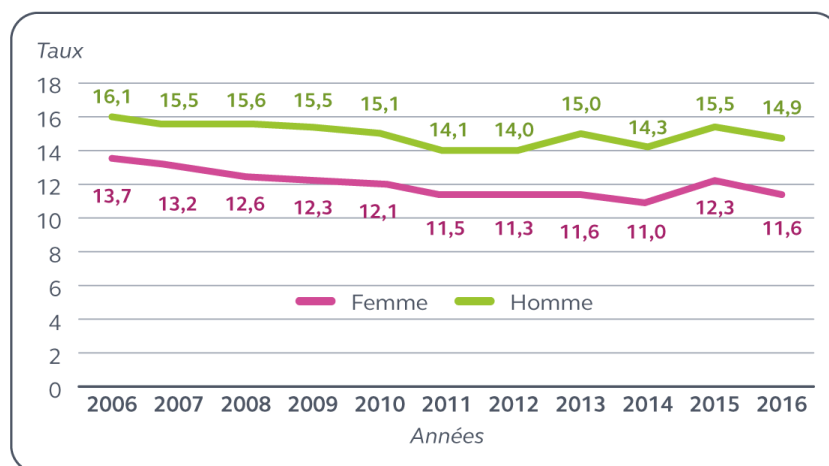
En 2016, plus de 10 000 décès liés aux chutes de personnes de plus de 65 ans ont été constatés. Par comparaison, la même année, 3 477 personnes ont perdu la vie dans un accident de la route.

⁸⁷ Costa N., Fabre D., Mounié M., Molinier L. « Évaluation de l'incidence et du coût des Prises En Charge hospitalières Communément Associées aux Chutes (Peccac) des personnes âgées et des parcours de soins correspondants » CHU de Toulouse, février 2021.

⁸⁸ Pour faciliter la lecture, on parlera dans les développements qui suivent de « patients chuteurs » ou de séjour lié à une chute et pas systématiquement de Peccac. Une présentation de cette étude figure dans l'annexe 2.

La baisse du taux de mortalité dû à une chute, amorcée au début des années 2000, semble marquer le pas sur la fin de la période, comme le montre le graphique ci-dessous.

Graphique n° 2 : évolution des taux standardisés de décès par chute chez les 65 ans et plus selon le sexe entre 2006 et 2016 en France (taux pour 100 000)



Source : Santé publique France à partir des données Cépidc ; Champ : France entière.

Le CHU de Toulouse a calculé, pour sa part, un taux de décès, lors de leur séjour, de patients de plus de 75 ans hospitalisés suite à une chute. En 2019, sur 105 000 séjours hospitaliers enregistrés en France pour ce motif, 3,6 % se sont conclus par un décès (3 832). La mortalité des hommes est le double de celle des femmes (6 % versus 3 %) alors qu'ils sont très minoritairement concernés par ce type de séjours (24 % d'hommes et 76 % de femmes).

Le CHU de Toulouse a également examiné les décès survenus pendant les deux années qui ont suivi le séjour hospitalier d'un échantillon de « patients chuteurs » comparé à un groupe témoin. Le tableau ci-dessous qui décompte les décès survenus jusqu'à quatre ans après l'hospitalisation, montre que le risque de décès ne se limite pas au séjour hospitalier proprement dit.

Tableau n° 6 : description du nombre et du taux des décès après une prise en charge communément associée à une chute (non cumulés)

	Patients chuteurs (1 495)		Témoins (4 484)	
	Nombre	%	Nombre	%
Décès à 1 an	349	23,3	334	7,4
Décès à 2 ans	147	12,8	283	6,3
Décès à 4 ans	165	16,5	529	12,6

Source : CHU de Toulouse (2015-2018)

Note de lecture : un an après leur prise en charge hospitalière, 23,3 % des patients de l'échantillon étaient décédés contre 7,4 % dans le groupe témoin.

2 - Un objectif de santé publique non reconduit malgré le coût élevé des chutes

La loi de santé publique de 2004⁸⁹ fixait un objectif de réduction de 25 % du nombre annuel de chutes des personnes de 65 ans et plus, à un horizon de cinq ans. À l'issue de cette période, l'objectif n'a pas été reconduit, ni repris dans la stratégie nationale de santé 2018-2022 qui mentionne les chutes comme un facteur, parmi d'autres, d'hospitalisation évitable des personnes âgées.

L'adoption et l'affichage d'un nouvel objectif de diminution du nombre de chutes, des passages aux urgences qu'elles engendrent, du nombre d'hospitalisations associées et du nombre de décès induits permettraient de remobiliser l'ensemble des professionnels de santé autour de ce problème de santé publique⁹⁰.

Le suivi d'un tel objectif rencontrerait néanmoins, à l'heure actuelle, des difficultés méthodologiques. Le nombre de décès décomptés par le Cépidc comme celui des hospitalisations recensées par le CHU de Toulouse résultent en effet d'estimations, agrégeant différents libellés sur les certificats de décès dans un cas ou différents diagnostics principaux d'hospitalisations dans l'autre cas.

Contrairement à ce que l'on peut observer dans la plupart des pays que la Cour a interrogés, il n'y a pas en France de suivi centralisé spécifique sur cette question. Au Royaume-Uni, la *National hip fracture database*

⁸⁹ Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la santé publique.

⁹⁰ L'élaboration d'un « plan triennal anti-chutes des personnes âgées » d'ici la fin de l'année, a été confiée en septembre 2021 à Mme Christine Abrossimov.

répertorie les données et statistiques relatives aux fractures de la hanche. Les Pays-Bas, l'Espagne, la Norvège, la Suède et le Danemark disposent également de registres suivant ces résultats annuellement. Pour faire diminuer l'incidence des chutes, la France doit elle aussi se doter d'un outil de suivi de ce type, à la mesure du coût très élevé de ces prises en charge.

Le coût financier pour l'assurance maladie des hospitalisations pour chutes s'est élevé en 2019 à 600 M€ : 534 M€ pour les établissements publics et 67,5 M€ pour les établissements privés (hors honoraires médicaux). Mais les parcours de soins de ces patients, avant et après leur prise en charge hospitalière, génèrent également des dépenses importantes comme l'a montré la comparaison, par le CHU de Toulouse, avec les parcours d'un groupe de patients témoins.

L'intérêt de ce travail est de chiffrer les dépenses engagées pendant les deux années qui suivent, tant il est vrai que le séjour hospitalier, relativement bref, ne constitue qu'une partie des prises en charge dont bénéficiera le patient. Les coûts des deux années qui précèdent ont également été estimés et il s'avère que ces patients ont, avant même la chute, une consommation de soins plus élevée, révélant leur fragilité.

L'analyse économique des parcours

Le coût de prise en charge⁹¹ deux ans avant et deux ans après la chute a été calculé pour les deux groupes (« patients chuteurs » et témoins) :

- entre 2 ans et 1 an avant la chute, le surcoût annuel s'élevait à 1 294 € pour les « patients chuteurs » ;
- 1 an avant la chute le surcoût annuel était de 2 378 € ;
- entre la chute et 1 an après, le surcoût annuel atteint 11 796 € pour les « patients chuteurs » (principalement en raison de l'hospitalisation).
- entre 1 an et 2 ans après la chute, le surcoût annuel persiste par rapport aux témoins mais il n'est plus que de 1 656 €.

Appliqué aux 96 000 patients de plus de 75 ans hospitalisés en 2019 pour une chute, le surcoût de l'année suivant la chute par rapport à l'année précédente serait donc de **0,9 Md€**. Ce calcul constitue une fourchette basse qui n'inclut pas les dépenses d'APA et d'hébergement en Ehpad survenant fréquemment à la suite d'une chute.

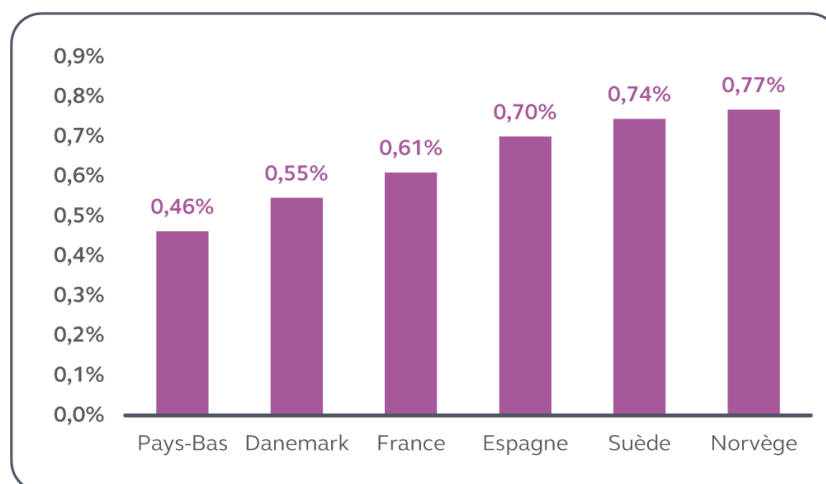
⁹¹ Hospitalisations, soins ambulatoires, médicaments, transports, etc.

3 - Des marges de progrès illustrées par les comparaisons internationales

Comme la plupart des pays européens, la France est mal classée en matière d'incidence des chutes⁹². Un des facteurs explicatifs fréquemment avancé tient au poids de l'ostéoporose lié au manque d'exposition au soleil. Les habitants des pays nordiques (la Norvège tout particulièrement) sont davantage touchés que des pays du sud de l'Europe (la Grèce notamment) (cf. carte n° 1 en annexe 7).

La Cour a recueilli auprès de six pays des données sur le nombre d'hospitalisations en raison d'une fracture de l'extrémité du fémur. La France a un taux d'incidence plus élevé que les Pays-Bas, le Danemark et le Royaume-Uni⁹³, pays pourtant situés plus au nord.

Graphique n° 3 : taux d'incidence des fractures du col du fémur⁹⁴ en 2019 pour les 65 et plus dans six pays



Source : Cour des comptes, d'après DHFA-DICA registration pour les Pays-Bas, Danish multidisciplinary hip fracture registry⁹⁵, CHU de Toulouse et Insee pour la France, Conseiller aux affaires sociales pour l'Espagne, Ministère des affaires sociales suédois, Norwegian Hip fracture register.

⁹² Cf. annexe 7 : les chutes : une mise en perspective internationale.

⁹³ Au Royaume-Uni (hors Ecosse), où il n'a été possible d'obtenir que les données 2018 pour les 60 ans et plus, ce taux est de 0,45 % contre 0,49 % en France.

⁹⁴ Col du fémur (S72.0), trochantérienne (S72.1), sous-trochantérienne (S72.2).

⁹⁵ Période : du 1^{er} décembre 2018 au 30 novembre 2019.

Au regard des résultats observés dans ces pays et des écarts existants entre régions françaises⁹⁶, une diminution de l'ordre de 25 % de ce taux d'incidence à horizon de cinq ans apparaît atteignable⁹⁷. Elle permettrait d'améliorer la qualité de vie et d'économiser a minima 225 M€⁹⁸ de dépenses de santé par an⁹⁹.

4 - Des causes multifactorielles sur lesquelles il est possible d'agir

Des facteurs de nature très différente peuvent créer ou aggraver des fragilités chez les personnes très âgées et préparer le terrain aux chutes : la présence de comorbidités, la prise de psychotropes (et de façon plus générale la iatrogénie médicamenteuse), la sédentarité, l'inadaptation du logement, etc.

Le poids des comorbidités et des psychotropes

L'analyse des comorbidités du groupe des « patients chuteurs » et du groupe témoin par le CHU de Toulouse montrent des différences significatives et notamment l'importance du nombre de démences dans le premier groupe.

La prise de psychotropes¹⁰⁰ avant et après la chute a également été examinée. Quelle que soit la période considérée, leur consommation est plus importante chez les « patients chuteurs » que chez les témoins (le risque de chute est d'ailleurs un effet secondaire identifié).

Des profils de « chuteurs » ont été établis par Santé publique France¹⁰¹. À l'issue de ces travaux, des pistes de prévention ont été identifiées. Une analyse des interventions efficaces pour prévenir les chutes à domicile a par ailleurs été publiée dans le Bulletin épidémiologique hebdomadaire en 2017¹⁰². Les analyses des deux équipes sont largement convergentes.

⁹⁶ En 2019, le taux d'incidence des prises en charge pour chutes était en France de 1,55 % pour les personnes âgées de 75 ans et plus. Entre régions, les taux d'incidence standardisé varient de 1,37 % pour le Poitou-Charentes à 1,74 % pour le Nord-Pas de Calais. Entre départements, l'écart est nettement plus élevé : il peut atteindre 0,65 points (cf. annexe 2).

⁹⁷ Pour information, le rapport « Nous vieillirons ensemble... » de Luc Broussy (2021) propose pour sa part un objectif de diminution de 30 % du nombre de chutes mortelles d'ici 2030.

⁹⁸ 25 % des 0,9 Md€ de surcoût de dépenses de santé liées à la chute l'année suivante.

⁹⁹ Hors dépenses évitées d'APA et d'hébergement en Ehpad qui ne peuvent être isolées et donc quantifiées.

¹⁰⁰ Antipsychotiques, anxiolytiques-hypnotiques, sédatifs, antidépresseurs.

¹⁰¹ Torres M, Pedrono G, Lasbeur L, Carcaillon-Bentata L, Rigou A, Beltzer N. : « Chutes des personnes âgées à domicile : caractéristiques des chuteurs et des circonstances de la chute ». Enquête ChuPADom, 2018. Santé publique France, 2020.

¹⁰² Dargent-Molina P, Cassou B. : « Prévention des chutes chez les personnes âgées de plus de 75 ans vivant à leur domicile : analyse des interventions efficaces et perspectives de santé publique ». Bull Epidemiol Hebd. 2017.

La pratique de l'activité physique, évoquée infra est l'un des messages clé. Ses bienfaits sont démontrés, quel que soit l'état physique des personnes âgées, l'intensité des exercices devant être adaptée à leurs capacités. Le renforcement musculaire peut réduire significativement le taux de chutes, y compris chez les personnes de plus de 75 ans qui sont à plus haut risque.

Le repérage et la prise en charge des personnes dès leur première chute sont essentiels pour prévenir le risque de récurrence. Des exercices spécifiques relatifs à l'équilibre sont particulièrement utiles, de même qu'il est important d'apprendre aux personnes âgées à se relever après une chute car une station prolongée au sol est un facteur de mauvais pronostic. La peur de (re)tomber doit également faire l'objet d'une attention particulière de la part des professionnels de santé qui doivent inciter les patients à continuer de se déplacer. Le rôle du médecin traitant est à cet égard central. La perte de poids, d'acuité visuelle, la fatigue sont des signes de fragilité qui doivent être surveillés en routine.

D'autres mesures telles que l'aménagement de l'habitat par des mesures simples (barres d'appui, fixation des tapis, chemin lumineux, etc.), la correction des troubles de la vision, la révision des prescriptions de médicaments, avec en particulier la diminution progressive de la prise de médicaments psychotropes, sont également efficaces.

L'accroissement de la longévité a pour effet d'augmenter le nombre de personnes susceptibles de chuter et d'être hospitalisées pour des traumatismes divers. La fracture du col du fémur survient le plus souvent après 85 ans. Son incidence, et les dépenses associées, pourraient augmenter au rythme de la progression du nombre de personnes de plus de 80 ans, en l'absence de mesures fortes de prévention.

Contrairement à d'autres sujets de santé publique, les bonnes pratiques à mettre en œuvre sont connues, les études interventionnelles convergentes. Au regard des coûts engendrés par ces accidents et des conséquences majeures qu'ils ont sur la qualité de vie des personnes âgées, le « retour sur investissement » d'une politique de prévention plus résolue paraît évident.

B - Le rôle majeur de l'activité physique

Le manque d'activité physique et sportive est un problème global de la population française, particulièrement aigu chez les jeunes (enfants et adolescents). La sous-activité est générale, malgré les bienfaits avérés de cette pratique.

Les recommandations de l'OMS ont été révisées en 2020 et doublées (au moins 2h30 à 5h par semaine d'une activité d'intensité modérée). L'OMS ajoute que toute activité physique est préférable à l'absence totale d'exercice et que l'on peut atteindre aisément les niveaux d'activité recommandés par des moyens relativement simples. Les recommandations pour les seniors sont identiques à celles des autres adultes.

1 - L'échec de la prescription médicale d'activité physique adaptée

Selon une expertise collective de l'Inserm parue en 2019¹⁰³, l'activité physique adaptée réduit la mortalité, les récives et retarde l'entrée dans la dépendance pour les groupes de pathologies étudiées (maladies cardiaques et vasculaires, maladies respiratoires, cancers, dépression, schizophrénies, maladies ostéo articulaires, diabète et obésité). Son développement est un des quatre axes prioritaires de la stratégie nationale sport santé 2019-2024.

Depuis 2016 et la loi de modernisation de notre système de santé, la prescription par le médecin traitant d'une activité physique, adaptée à la pathologie et au risque médical de ses patients atteints d'une affection de longue durée¹⁰⁴, est autorisée. Ni la prescription, ni la dispensation de cette activité ne font l'objet d'un remboursement par l'assurance maladie.

Sont autorisés à dispenser cette activité aussi bien des professionnels de santé (masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes et psycho-motriciens) que les professionnels issus de la filière universitaire Staps¹⁰⁵ ou des éducateurs sportifs. Les limitations présentées par le patient déterminent le professionnel compétent pour intervenir. Cette variété d'intervenants dénote un souci louable de ne pas enfermer le dispositif dans une filière unique mais n'a pas empêché l'apparition de difficultés soulignées dans un rapport conjoint de l'inspection générale des affaires sociales (Igas) et de l'inspection générale des finances (IGF)¹⁰⁶ et tenant en particulier :

- à la restriction de la prescription aux seuls médecins traitants, alors que des médecins spécialistes sont très mobilisés sur ce sujet ;
- à une présentation par profil de limitations fonctionnelles, familière aux éducateurs sportifs mais qui apparaît comme complexe à appréhender pour les médecins généralistes non formés.

¹⁰³ « Activité Physique : prévention et traitement des maladies chroniques ».

¹⁰⁴ Articles L. 1172-1 et D. 1172-1 à D. 1172-5 du code de la santé publique.

¹⁰⁵ Sciences et techniques des activités physiques et sportives.

¹⁰⁶ Rapport IGAS-IGF sur l'« Évaluation des actions menées en matière d'activité physique et sportive à des fins de santé », mars 2018.

Cinq ans après l'inscription de cette mesure dans le code de la santé publique, il n'est toujours pas possible d'établir un bilan de sa montée en charge. La prescription médicale d'activité physique adaptée n'est pas recensée dans la nomenclature générale des actes professionnels et elle est peu utilisée car non conventionnée¹⁰⁷. Il est surprenant qu'un dispositif que l'ensemble des professionnels de santé appelaient de leurs vœux soit ainsi laissé en déshérence.

L'inclusion d'indicateurs liés à la prescription d'activité physique adaptée dans la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) pourrait contribuer à faire évoluer les pratiques. De la même façon, l'élargissement de la prescription à d'autres praticiens que le seul médecin traitant ouvrirait la voie à un déploiement plus large de cette prescription.

2 - Des ateliers collectifs à repenser

En 2019, les conférences des financeurs ont consacré 21 M€ aux actions en faveur de l'activité physique et de la prévention des chutes, qui constituent l'un des piliers des actions collectives de prévention des caisses de retraite, principalement sous la forme de séances d'activité physique en groupe.

Ces séances, qui ont fait l'objet d'un référentiel, appellent cependant des observations quant à leurs conditions de réalisation (nombre et durée de séances) et au public bénéficiaire.

S'agissant, en premier lieu, des conditions de réalisation, le nombre de séances et leur durée (le format minimum promu par le référentiel est de 3 mois et 20 séances) sont probablement trop faibles pour constituer une véritable action efficace au sens où l'entend Santé publique France¹⁰⁸.

L'effet positif de ces ateliers du point de vue de la lutte contre l'isolement des participants a été souligné par plusieurs interlocuteurs. Mais s'agissant de l'amélioration de la forme physique, il convient plutôt de les considérer comme une occasion de prise de conscience par les seniors de l'intérêt de la démarche et surtout de sa faisabilité¹⁰⁹. Les bénéficiaires devraient systématiquement être orientés à l'issue des ateliers

¹⁰⁷ Une codification même sans prise en charge par l'assurance maladie faciliterait pourtant une intervention éventuelle des complémentaires santé.

¹⁰⁸ Les programmes validés impliquent deux ou trois séances de groupe non consécutives de 60 à 90 minutes par semaine (minimum six mois), animées par un professionnel, complétées par une activité personnelle quasi quotidienne (Santé publique France a établi une revue de littérature listant les dix types d'interventions favorables à la santé des seniors : La santé en action – n° 446 – décembre 2018).

¹⁰⁹ La Haute autorité de santé a mis au point un argumentaire en fonction des obstacles invoqués par les potentiels bénéficiaires.

vers des clubs sportifs ou des associations susceptibles de prendre le relai ou vers les « maisons sport santé » dont la création a été inscrite dans la stratégie nationale sport-santé 2019-2024.

S'agissant en second lieu du ciblage des bénéficiaires, le référentiel des caisses de retraite précise que les ateliers s'adressent en priorité aux publics relevant des territoires identifiés comme fragilisés et à ceux qui ne pratiquent pas ou plus d'activités physiques de manière régulière.

Cependant, selon les données de bilan disponibles pour 2019¹¹⁰, près d'un répondant au questionnaire d'évaluation sur deux (44 %) était inscrit dans un club par ailleurs, pour pratiquer une activité physique ou sportive. Seulement moins d'un tiers des participants avaient souvent le sentiment de manquer de force ou d'être essouffés lors d'un effort physique au quotidien. La difficulté est donc bien pour les caisses de retraite, comme pour les autres acteurs, d'améliorer le ciblage vers les publics les plus éloignés de l'activité sportive.

3 - Pour une action publique plus déterminée

L'après-crise sanitaire devrait être mise à profit pour porter prioritairement un message de santé publique et, au travers de campagnes de communication généralistes et inter-générationnelles, pour rappeler en quoi consiste une activité physique bénéfique pour la santé au quotidien. De la même façon, l'organisation des Jeux Olympiques de 2024 pourrait être l'occasion d'inciter à une pratique de loisir.

S'agissant plus précisément des seniors, les besoins sont tels qu'il paraît indispensable de démultiplier les canaux d'accès et de communication sur l'activité physique et sportive, dans une optique de maintien de l'autonomie. Toutes les occasions d'élargir le nombre de pratiquants devraient être examinées. Il pourrait s'agir d'ouvrir les séances organisées dans les Ehpad et les résidences autonomie aux seniors du quartier, de proposer des ateliers inter-générationnels dans le cadre des centres de loisirs organisés hors temps scolaires par les communes et de s'assurer que les équipements sportifs scolaires sont effectivement ouverts aux associations en quête de terrains, de locaux ou de matériels.

¹¹⁰ Source : « Données du web-report bien vieillir sur les participants et leurs changements de comportement ». 2 167 participants (activité physique adaptée).

C - L'enjeu de la lutte contre l'isolement des personnes âgées

Selon le baromètre publié par les Petits Frères des Pauvres¹¹¹, en 2021, 530 000 personnes âgées sont en situation de « mort sociale », ne rencontrant quasiment jamais ou très rarement d'autres personnes (réseau familial, amical, voisins, réseau associatif).

Le maintien du lien social suppose une articulation, au plus près des personnes concernées, des bénévoles agissant pour le compte des associations engagées sur ce sujet et des communes responsables du repérage des populations à risque. Dans les pays que la Cour a pu interroger, les communes sont l'acteur de référence sur ce sujet, au cœur des préoccupations notamment des pays nordiques et du Japon (annexe 3).

Le pilotage national de cette politique connaît cependant en France une phase de transition compliquée, alors même que la pandémie a fait ressortir l'impact de l'isolement sur ces populations fragiles. Un comité stratégique de lutte contre l'isolement des personnes âgées a été installé, en février 2021, curieusement co-animé par la DGCS et la CNSA alors même que la loi¹¹² a récemment confié cette compétence à la CNSA

1 - Un dispositif lancé en 2013 autour de Monalisa que la CNSA peine à reprendre

Les premières actions de lutte contre l'isolement émanent de bénévoles, sur le terrain, au plus près des personnes âgées. En 2013, ces initiatives ont été agrégées en une association, Monalisa¹¹³, chargée de mettre en cohérence des actions menées par des acteurs distincts, d'assurer un meilleur maillage territorial et de créer un label national contribuant à la visibilité et à la promotion de ces actions.

Pour des parties prenantes de natures très diverses mais adhérentes à une même charte (associations, collectivités territoriales, centres communaux d'action sociale, caisses de retraite, mutuelles, Agence du service civique, etc.), Monalisa consistait à déployer des équipes de citoyens bénévoles dans les lieux non couverts par des initiatives préexistantes ou auprès de personnes particulièrement fragilisées¹¹⁴.

¹¹¹ « Baromètre solitude et isolement : quand on a plus de 60 ans en France en 2021 ».

¹¹² Aux termes de l'article L. 14-10-1 3° du code de l'action sociale et des familles, la CNSA est chargée de contribuer au pilotage d'une politique de lutte contre l'isolement, mission pour laquelle elle peut confier la réalisation d'opérations aux organismes des régimes obligatoires de sécurité sociale.

¹¹³ MObilisation NAtionale contre L'ISolement des Agés.

¹¹⁴ Pour un coût du programme évalué en 2018 à 653 K€.

Le Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA) a néanmoins considéré, en 2019¹¹⁵, que l'action de Monalisa pâtissait de difficultés de financement et de la relative complexité du dispositif. Faute d'évaluation, il estimait en outre qu'il était difficile d'en mesurer l'impact réel.

La gouvernance du programme a donc été revue en janvier 2020, pour être confiée à la CNSA. Toutefois, les ressources humaines que la caisse nationale est en capacité d'allouer à cette mission sont insuffisantes¹¹⁶, sans perspective d'être rapidement augmentées.

2 - Des besoins aigus mis en lumière par la crise sanitaire

La crise sanitaire de 2020 a réactivé les signaux d'alerte déjà relevés lors de la canicule de 2003. Une réflexion en deux temps¹¹⁷ a été conduite dès mars 2020 par Jérôme Guedj, ancien président du conseil départemental de l'Essonne, à la demande du Premier ministre. Seront plus particulièrement évoquées ici les mesures ayant trait au repérage et à la coordination locale des intervenants.

La question du repérage des personnes isolées est en effet cruciale et la période de confinement a souligné la dispersion de l'information disponible, l'absence ou l'impossibilité de coopération (avec des exceptions) entre détenteurs des informations, le plus souvent pour des motifs légitimes de protection des données.

En l'état actuel du droit, ni les fichiers APA des départements, ni celui des bénéficiaires de l'action sociale de la Cnav ne peuvent être communiqués aux mairies et aux CCAS.

D'autres sources d'informations existent, permettant de repérer les personnes potentiellement isolées : elles pourraient également être mobilisées, soit pour délivrer une information spécifique, soit pour relayer des informations dans un contexte de crise climatique ou sanitaire. Les caisses de retraite connaissent par exemple l'identité des retraités isolés et leur âge. Les opérateurs de téléphonie mobile peuvent relayer des SMS à leurs abonnés. Un système « modernisé » d'alerte et d'information des populations est d'ailleurs attendu en 2022 après des débuts décevants lors de sa mise en service en 2017.

¹¹⁵ Avis du Conseil de l'âge sur la démarche Monalisa et sur la politique de maintien du lien social et de lutte contre l'isolement des personnes âgées, adopté le 16 mai 2019.

¹¹⁶ Monalisa comptait cinq salariés. A la CNSA, seul un poste de chef de projet a été réorienté pour travailler à l'élaboration de la stratégie de la caisse.

¹¹⁷ Rapport d'étape en avril 2020 (Lutter contre l'isolement des personnes âgées et fragiles isolées en période de confinement) et rapport final en juillet 2020 (Déconfinés mais toujours isolés ? La lutte contre l'isolement, c'est tout le temps !).

La réflexion engagée pendant cette première phase de la crise sanitaire a débouché sur la publication par le ministère d'un guide d'aide au montage des « cellules de coopérations locales de veille contre l'isolement social des âgés (Visa) ». Il s'agit d'une boîte à outils, permettant par exemple de mettre en place une ligne téléphonique dédiée, d'établir un guide d'entretien pour mener une campagne de veille, etc. Elle doit permettre aux communes d'organiser le recensement et l'accompagnement des personnes vulnérables en fonction des ressources locales disponibles.

3 - Une absence d'évaluation des actions menées

La question soulevée par le HCFEA en 2019 au sujet de l'évaluation de Monalisa se pose pour l'ensemble des actions menées en la matière. Il existe en effet peu de référentiels pour ces actions qui bénéficient pourtant de financements relativement importants : près de 22 M€ en 2019.

Les éléments d'évaluations disponibles mentionnent cependant un effet induit positif des interventions inter-générationnelles et des interventions collectives d'activité physique, pour peu qu'elles s'inscrivent dans la durée.

III - Sensibiliser les professionnels pour modifier les pratiques

Les professionnels intervenant auprès des personnes âgées sont nombreux (professionnels de la santé, travailleurs sociaux, aides à domicile). Dans leurs pratiques professionnelles, la place de la prévention est souvent réduite à la portion congrue.

Malgré un début d'intégration de la prévention de la perte d'autonomie et du repérage des fragilités dans la formation des professionnels de santé, les pratiques de soins s'éloignent de ces standards comme en témoigne la faible mobilisation face à la dépendance iatrogène à l'hôpital.

L'essentiel des prises en charge ne se déroule pas en secteur hospitalier et les médecins généralistes sont en première ligne dans le suivi de leurs patients âgés. La surveillance en routine de signaux faibles de fragilité mériterait d'être renforcée.

A - Une surveillance et une prise en charge accrues en ville

L'essentiel de la prise en charge sanitaire des personnes âgées se déroule en ville. L'importance d'une surveillance par les médecins traitants d'affections bénignes, courantes, qui peuvent à terme affecter plus profondément la qualité de vie des patients (mycoses buccales, inadaptation d'un dentier, problèmes de chaussage et de pieds, déficits sensoriels...) a été soulignée par les gériatres au cours de l'enquête.

Ce repérage incombe également à tous les professionnels de santé qui participent au suivi des personnes âgées : infirmiers à l'occasion des soins dispensés en cabinet ou au domicile, masseurs-kinésithérapeutes, etc.

La dénutrition en particulier, ne fait pas l'objet d'une surveillance suffisante.

Repérage et prise en charge de la dénutrition

400 000 personnes âgées à domicile et 50 % des personnes âgées hospitalisées souffrent de dénutrition.

Les messages portés à l'occasion de la première semaine de la dénutrition (en novembre 2020), créée dans le cadre du Programme national nutrition santé 2019-2023, doivent être relayés et intégrés dans les pratiques professionnelles en routine, en particulier :

- le dépistage systématique et le traitement des affections bucco-dentaires ;
- l'extension des formules de portage de repas, de restaurants sociaux ;
- la formation des aidants et des professionnels à domicile au repérage des troubles de la nutrition.

La correction des déficits sensoriels, parfois imparfaitement assurée, pourrait connaître une sensible amélioration avec la mise en œuvre du « 100 % santé » sur les frais d'optique, d'audioprothèses et de prothèses dentaires, le montant du reste à charge constituant un motif majeur de renoncement à ces équipements.

Le traitement des troubles auditifs est tout particulièrement important pour le maintien du lien social qui concourt à prévenir la dépression de la personne âgée, souvent non diagnostiquée.

Le choix a été fait dans ce rapport d'approfondir les enjeux relatifs à la prévention des chutes qui sont plus facilement quantifiables et mènent très directement à la dépendance, mais la correction des troubles de la vue, de l'audition et la surveillance dentaire constituent également des axes essentiels pour mieux prévenir la perte de l'autonomie.

L'inclusion d'indicateurs liés au suivi et à la surveillance des patients âgés et fragiles dans la « rémunération sur objectifs de santé publique » (ROSP) notamment, pourrait contribuer à faire évoluer les pratiques et améliorer la prévention et la prise en charge de ces patients.

B - De l'ordre de 400 000 cas de dépendance évitables chaque année

La santé des personnes âgées bénéficie, depuis peu, de médecins spécialistes. Au-delà d'une prise en charge spécifique en établissements¹¹⁸, les programmes de recherche qu'ils mettent en œuvre participent à l'amélioration globale de la connaissance des besoins.

La gériatrie hospitalière, une spécialité récente

La réforme du troisième cycle de médecine a créé le diplôme d'études spécialisées de gériatrie qui permet aux étudiants, depuis 2017, de se former à cette spécialité en quatre ans. Près de 200 postes sont ouverts chaque année. Si le taux de vacance était relativement élevé au cours des trois premières années, il n'est plus que de 3 % en 2020-2021.

Auparavant, depuis 2004, les étudiants de troisième cycle pouvaient suivre une formation au diplôme d'études spécialisées complémentaires en gériatrie après obtention d'un premier diplôme d'études spécialisées.

2 877 praticiens gériatres exerçaient à l'hôpital public en 2019 et 1 069 dans des établissements privés.

Si l'on peut attendre que la prise en charge des personnes âgées au sein de services hospitaliers spécialisés soit plus adaptée à leurs besoins particuliers, la plupart des séjours hospitaliers se déroulent au sein de services généraux¹¹⁹.

Or, une prise en charge inadéquate, insuffisamment vigilante aux risques spécifiques des patients âgés, peut induire une dépendance iatrogène. La dégradation de l'autonomie est alors en partie due au séjour

¹¹⁸ La gériatrie est une spécialité essentiellement hospitalière. Au 31 décembre 2018, 216 professionnels de santé libéraux seulement avaient déclaré une spécialité ou une compétence en gériatrie. 62 départements ne disposaient d'aucun spécialiste.

¹¹⁹ L'objectif « zéro passage par les urgences » d'ici cinq ans du plan de prévention de janvier 2020 concourt par ailleurs à une meilleure anticipation des séjours hospitaliers, quand toutefois ils ne peuvent être évités par une meilleure organisation des prises en charge en ambulatoire.

hospitalier et pas seulement à la pathologie qui l'a rendu nécessaire. Ce sujet est moins connu que celui de la iatrogénie médicamenteuse de la personne âgée, qui bénéficie de solutions techniques diverses pour la prévenir, par exemple le recours à des logiciels d'aide à la prescription.

**La prise en charge hospitalière des patients âgés à Nacka¹²⁰
(Suède)**

En Suède, l'approche pluridisciplinaire et l'évaluation sont au cœur de l'approche gériatrique. Un bilan gériatrique complet est réalisé à l'arrivée d'un patient au sein du service de gériatrie de l'hôpital de Nacka, incluant l'évaluation de son niveau de fragilité (*Clinical Frailty Scale*). Les réunions d'échanges autour des cas sont systématiques et fixent un objectif fonctionnel à la prise en charge (permettre à un patient de remarcher par exemple). Alors que les unités de soins de l'hôpital sont orientées « diagnostic et guérison » d'une pathologie, les unités gériatriques recherchent avant tout, de manière globale, le maintien des capacités fonctionnelles des patients.

Les kinésithérapeutes, très présents dans le service, travaillent avec d'autres praticiens comme les ergothérapeutes. Ils mobilisent les patients dans tous les actes de leur vie quotidienne, ce qui permet de maintenir leurs capacités.

La prévention de la « dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation chez les personnes âgées » a fait l'objet de recommandations de la Haute autorité de santé (HAS) en octobre 2017, en vue de réduire les risques ou l'aggravation d'un déclin fonctionnel. Elle identifie six causes principales de décompensation lors d'une hospitalisation qui peuvent provoquer une dépendance iatrogène : le syndrome d'immobilisation, la confusion aiguë, la dénutrition, les chutes, l'incontinence urinaire et les effets indésirables des médicaments.

La HAS a également introduit cette notion dans les critères de certification des établissements de santé en 2020. Il s'agit cependant d'un critère standard et non impératif¹²¹.

¹²⁰ Ces informations ont été recueillies en janvier 2021 lors d'un entretien avec deux gériatres de l'hôpital de Nacka (commune proche de Stockholm).

¹²¹ Un critère standard correspond aux attendus de la certification, un critère impératif à ce que l'on ne veut plus voir au sein d'un établissement, un critère avancé à une exigence souhaitée mais non exigible à ce jour.

Les travaux quantitatifs sur la dépendance iatrogène sont peu nombreux. Ils supposent en effet de coter la dépendance en début et en fin de séjour et de neutraliser les effets propres de la pathologie. Le gérontopôle de Toulouse a néanmoins procédé à une étude sur 503 patients de 75 ans et plus, hospitalisés pendant au moins deux jours en 2011-2012. L'incidence de la dépendance iatrogène a été évaluée à 11,9 % (60 patients sur 503). Sur ces 60 cas, 49 ont été jugés comme potentiellement évitables, soit près de 10 %. Rapporté au nombre de séjours hospitaliers de personnes âgées chaque année (environ quatre millions), le nombre de cas de dépendance iatrogène évitable pourrait donc être estimé à près de 400 000.

Un décalage important existe entre la connaissance théorique du problème et les solutions pratiques mises en œuvre. La mesure imparfaite de la dépendance iatrogène et l'absence de conséquence pour les établissements qui resteraient inactifs indiquent que ce sujet est encore trop peu traité.

La création d'un score, rendu public, sur le modèle du score sur les infections nosocomiales, pourrait constituer une incitation forte pour les établissements de santé à mettre en œuvre les bonnes pratiques recensées par la HAS.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Les déterminants sociaux, environnementaux et culturels de la perte d'autonomie sont bien connus. Ils aggravent le cas échéant des problèmes de santé existant par ailleurs. Les conditions et parcours de vie des personnes (ressources, contraintes, environnement, etc.), le contexte dans lequel elles évoluent (protection sociale, système de santé ou services disponibles) entravent ou favorisent tout aussi sûrement le vieillissement en bonne santé.

Le vœu formulé par le plus grand nombre de demeurer à son domicile aussi longtemps que possible appelle une rationalisation de la politique d'adaptation des logements qui n'a que trop tardé. Principalement portée par les acteurs du logement, cette politique, malgré le constat ancien d'une pluralité des financements et de critères d'éligibilité illisibles, ne fait pas l'objet d'un suivi satisfaisant : ni le besoin, ni le nombre de logements adaptés ne sont connus. La pertinence des travaux ou des équipements financés n'est que peu interrogée.

La crise sanitaire aura mis en évidence avec une acuité nouvelle les effets délétères de la sédentarité sur l'ensemble de la population. La promotion et l'accès aux activités physiques des personnes âgées doivent changer d'échelle et s'adapter aux attentes et aux capacités variables des personnes, avec une attention particulière à celles éloignées de cette pratique pour des raisons sociologiques ou de santé.

Les chutes sont un marqueur d'entrée dans la dépendance et un bon témoin de l'état de santé global de la population âgée. Elles ne constituent pas une fatalité et nombre d'entre elles pourraient être évitées. Une action plus déterminée de prévention améliorerait la qualité de vie des individus (et leur survie dans de très nombreux cas) et constituerait une source non négligeable d'économies pour le système de soins.

Une meilleure surveillance de la santé au quotidien des personnes âgées par leur médecin traitant doit être promue pour éviter l'aggravation d'affections ou de problèmes bénins. Dans les établissements de santé, une prise en charge adéquate, conforme aux recommandations de la Haute autorité de santé, doit permettre de réduire les cas de dépendance iatrogène évitables.

La Cour formule les recommandations suivantes :

1. *amplifier et suivre l'adaptation des logements tout en simplifiant les aides et en uniformisant les procédures (ministères des solidarités et de la santé et du logement) ;*
 2. *définir un objectif de santé publique ambitieux de diminution de l'incidence des chutes et des décès induits, en donnant aux agences régionales de santé les outils leur permettant de mobiliser les leviers identifiés pour y parvenir, dont un recueil statistique systématique des chutes (ministère des solidarités et de la santé) ;*
 3. *encourager les professionnels de santé à infléchir leurs pratiques (détection des signes de fragilité, prescription d'activité physique adaptée, réexamen de la pertinence des médicaments, etc.) via des incitations financières (ministère des solidarités et de la santé et Cnam).*
-

Chapitre III

Une politique publique à redéfinir et à réorganiser

I - Bâtir une offre de prévention graduée selon trois niveaux

Une offre de prévention graduée doit permettre de proposer à chaque personne âgée une intervention adaptée à son besoin spécifique, tout en absorbant l'augmentation numérique importante des potentiels bénéficiaires.

A - Sensibiliser le plus grand nombre

1 - Formuler des messages clairs, bien articulés et accessibles

Malgré quelques progrès, la communication autour de la prévention de la perte d'autonomie souffre de dispersion. Les campagnes de communication grand public, dont l'efficacité a été démontrée sur d'autres sujets (sécurité routière notamment), font particulièrement défaut.

Un site www.pourbienvieillir a été créé en 2016 en partenariat avec Santé publique France (SPF), afin d'apporter des conseils communs en prévention ainsi qu'une présentation unique des offres. Géré par la Cnav et la MSA, le site propose dorénavant une géolocalisation des actions collectives de prévention, ce qui constitue un progrès notable.

Faute de publicité toutefois, la fréquentation de ce site n'augmente pas. Elle est toutefois bien plus importante pour le grand public (1,46 million de visiteurs en 2016-2019) que pour les professionnels (60 385 visiteurs sur la même période). La sensibilisation des professionnels aux ressources disponibles sur ce site ainsi que la réflexion sur la bonne manière de diffuser ces conseils de prévention¹²², sans provoquer de rejet ou de déni, constituent deux axes potentiels d'amélioration importants.

La CNSA gère pour sa part le portail pour-les-personnes-agees.gouv.fr, axé sur l'aide à l'autonomie¹²³. Ces deux sites constituent les principaux points d'entrée pour s'informer mais l'optimisation prévue des référencements réciproques, en vue d'une meilleure coordination, inscrite dans une convention entre la CNSA, la Cnav et la MSA (2016-2019) n'a pas encore été mise en œuvre. Ce référencement croisé, élargi aux sites des collectivités locales et des Carsat, donnerait une continuité et une cohérence aux informations délivrées aux usagers.

La stratégie précitée « Vieillir en bonne santé » (janvier 2020) prévoit enfin le déploiement d'une application dénommée « agir à mi-vie pour une avancée en âge en santé », à destination des 40-45 ans, dont le développement a pris du retard en raison de la crise sanitaire¹²⁴.

Au-delà des actions ciblées de prévention de la perte d'autonomie, il est important que les messages relatifs à la prévention primaire soient mieux relayés, tout au long de la vie. Le levier des organismes de sécurité sociale paraît à cet égard insuffisamment exploité : le compte Ameli par exemple, souvent consulté par les assurés, ne porte pas de message de prévention.

¹²² En s'appuyant sur les travaux en matière de littératie (c'est-à-dire la capacité à comprendre et s'approprier les messages écrits) ou de sciences comportementales.

¹²³ Informations nationales et départementales sur les aides et les droits, annuaires, comparateur des prix et des restes à charge en Ehpad.

¹²⁴ L'application, développée par Santé publique France, guidera les personnes pour aller vers des comportements de vie sains, partant des habitudes de vie de chacun. Elle visera à agir sur la prévention des maladies chroniques au cours de cette deuxième moitié de vie mais aussi à prévenir les troubles neurocognitifs qui représentent la cause principale de perte d'autonomie (source : Stratégie « Vieillir en bonne santé » de 2020).

2 - Proposer des conseils et une orientation pour tous

Le recours à l'information en ligne peut paraître complexe, voire inaccessible, à de nombreuses personnes âgées. La délivrance d'une information généraliste, dans un lieu d'accueil physique doit demeurer possible¹²⁵, sous une forme à définir qui pourrait être celle des « Maisons des aînés et des aidants » proposée dans le rapport Grand âge et autonomie¹²⁶.

La proposition d'un co-pilotage de ces maisons par les ARS et les conseils départementaux semble en revanche d'une mise en œuvre complexe et exclut l'inter-régimes qui a un rôle en matière de prévention.

La création d'une plateforme téléphonique axée sur l'orientation et des conseils personnalisés en prévention comme sur l'accès au droit à la compensation de la perte d'autonomie pourrait utilement compléter l'offre de portails d'information, en particulier pour les publics éloignés du numérique.

Les maisons sport-santé, en cours de déploiement sous l'égide du ministère des sports, sont spécifiquement chargées de l'information et l'orientation du public, avec l'objectif d'attirer à la pratique sportive les publics qui en sont les plus éloignés. Cinq cents structures devraient être labellisées en 2022, près de trois cents le sont à l'été 2021.

Enfin, au sein des Carsat, les propositions d'orientation après une décision de rejet d'une demande d'aide sont trop peu nombreuses. Seules trois caisses (Rhône-Alpes, Bretagne et Centre) renvoient vers le site internet généraliste ou les ateliers de prévention. Un progrès sensible, à court terme, consisterait à assortir systématiquement les courriers de refus d'une orientation vers un autre type d'intervention de la caisse ou de l'un de ses partenaires.

¹²⁵ En janvier 2021, une mission sur la généralisation d'un guichet unique pour les personnes en perte d'autonomie a été confiée à l'ancien directeur de la sécurité sociale, Dominique Libault.

¹²⁶ Proposition 117 « Généraliser une offre de service d'information, d'orientation, d'aide aux démarches administratives et gestion de cas complexe au sein d'un guichet unique, la Maison des aînés et des aidants ».

B - Détecter et prendre en charge les publics vulnérables

1 - Repérer les publics vulnérables

a) Réorienter les actions collectives

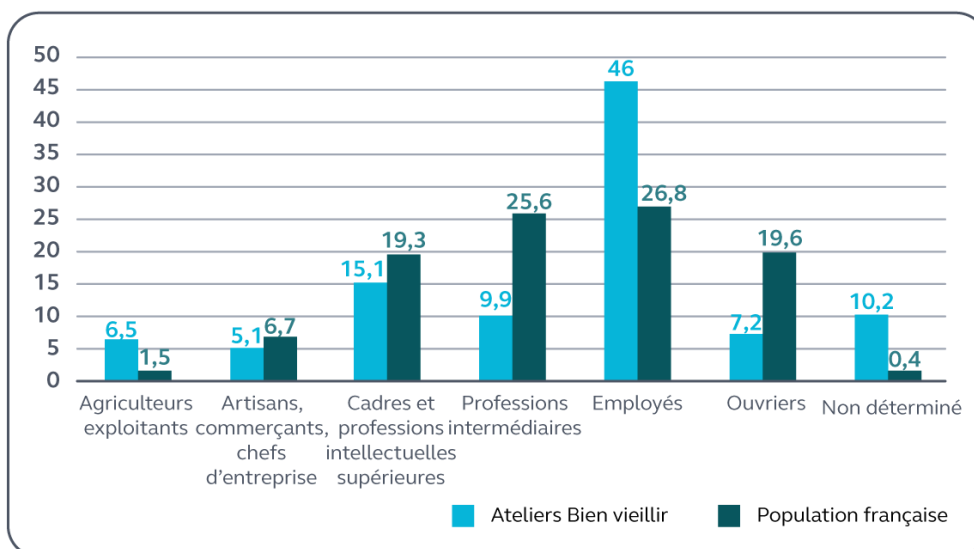
Malgré des disparités entre territoires¹²⁷, les actions collectives touchent un nombre non négligeable de personnes âgées (1,5 million en 2019 pour un coût de 110,2 M€) grâce aux financements des conférences des financeurs. Toutefois, les données de *reporting* disponibles, certes incomplètes, montrent que les ateliers ne bénéficient pas assez à ceux qui en ont le plus besoin : 52 % des participants ne sont pas isolés, 80 % utilisent leur voiture au quotidien, 60 % pratiquent une activité intellectuelle ou culturelle plusieurs fois par mois, 63 % ont six contacts ou plus par semaine, 79 % pratiquent une activité physique et 87 % ont consulté un médecin généraliste au cours des douze derniers mois.

Cela tient à ce que des méthodes empiriques (affichage, relais par les communes, publication d'encarts dans la presse, bouche à oreille) alimentent à ce jour les inscriptions aux ateliers. Le ciblage des retraités fragiles d'un point de vue socio-économique se limite à l'organisation d'ateliers sur les territoires où ils sont réputés plus nombreux, selon les observatoires régionaux des fragilités.

Le profil sociologique des participants traduit une sur- ou sous-représentation, selon les cas, de certaines catégories par rapport à la population générale.

¹²⁷ Entre 1,78 % et 32,63 % de la population âgée de 60 ans et plus concernés en 2019 selon des territoires (rapport CNSA).

Graphique n° 4 : profil sociologique des participants aux ateliers du bien vieillir (comparé à la population générale)



Sources : Web report (MSA) 2019 pour les données sur les ateliers du bien vieillir et Insee (enquête emploi) pour les données population française.

Globalement, l'utilisation par les Carsat des informations dont elles disposent pour adresser des invitations aux assurés plus à risque est encore trop marginale. L'article 6 de la loi d'adaptation de la société au vieillissement (ASV) autorise le croisement de données nominatives entre organismes de sécurité sociale afin de repérer les retraités en risque de perte d'autonomie. Il n'a cependant pas été mis en œuvre, privant les caisses d'un outil de ciblage indispensable.

b) Déployer le rendez-vous « jeune retraité »

Annoncée en mars 2019, l'organisation d'un rendez-vous de prévention « jeune retraité »¹²⁸, à moyens constants, connaît des débuts difficiles qu'explique, au moins partiellement, la crise sanitaire

¹²⁸ Une convention entre l'État, la Cnam, la Cnav, la MSA et l'Agirc-Arrco a été signée en janvier 2020.

Le rendez-vous « jeune retraité »

Ciblant plus particulièrement les personnes éloignées des soins¹²⁹, ce dispositif doit apporter de la cohérence aux consultations existantes¹³⁰ par la définition d'un référentiel commun de pratiques et organiser la coordination entre les acteurs du territoire, faute de quoi, une personne âgée peut se retrouver à la croisée de multiples sollicitations comme d'aucune.

Ce rendez-vous, qui vise les personnes retraitées depuis 6 à 18 mois, est l'occasion d'évaluer leur situation dans une approche médico-psycho-sociale, avec l'objectif de promouvoir le bien vieillir, de prévenir et diagnostiquer les maladies chroniques et de repérer les freins à l'accès aux soins. Une synthèse est communiquée au médecin traitant et une orientation est faite vers les ressources du territoire.

Moins de 1 000 personnes auraient bénéficié de ce rendez-vous en 2020. La crise sanitaire explique certainement le faible taux de retour positif aux invitations (2 % à l'Agirc-Arrco pour 32 000 personnes invitées). Les centres d'examen de santé de l'assurance maladie, chargés de la mise en œuvre pour le régime général, ont été très mobilisés par le *contact-tracing*, et n'ont pas proposé ce rendez-vous. Les premières invitations devaient être lancées au second semestre 2021. Ces centres devront en tout état de cause compléter leur offre habituelle pour qu'elle réponde au cahier des charges du rendez-vous « jeune retraité ». Compte tenu du volume d'examens de santé qu'ils réalisent habituellement, bien supérieurs à ceux de l'Agirc-Arrco, leur place dans le dispositif est essentielle. Leur mobilisation pourrait contribuer à l'atteinte de l'objectif de 200 000 personnes conviées à ce rendez-vous d'ici 2022.

Des doutes subsistent toutefois sur la capacité des acteurs (centres d'examen de santé, Agirc-Arrco et MSA) à se coordonner. Le risque de doublonnage n'a pas disparu. Il pourrait facilement être évité par la transmission des listes de personnes invitées par l'Agirc-Arrco à ses partenaires, et réciproquement.

¹²⁹ Absence de complémentaire santé, de déclaration de médecin traitant, de consommation de consultation de médecine générale en ambulatoire dans les 12 derniers mois, titulaire de la complémentaire santé solidaire (l'Agirc-Arrco n'ayant pas accès à ces informations a notamment ciblé la situation fiscale).

¹³⁰ Rendez-vous ciblés sur les plus éloignés du système de soins proposés par les centres d'examen de santé de la Cnam, Instants santé de la MSA, dispositif Pari de l'ex-RSI, centres de prévention de l'Agirc-Arrco, etc.

2 - Intégrer à l'offre de services une visite conseil à domicile

Une évolution des visites à domicile réalisées pour le compte des caisses de retraite, débouchant aujourd'hui uniquement sur des plans d'aide, vers des « visites conseils prévention » permettrait à la fois de proposer l'intervention d'un personnel qualifié aux retraités en demande et d'être en mesure de repérer les situations critiques nécessitant une réponse rapide.

a) Des évaluations à domicile conçues aujourd'hui pour donner accès à un plan d'aide avec des différences fortes entre régions

Les évaluations à domicile étant conçues pour donner accès à un plan d'aide, les Carsat en calibrent le nombre par le biais d'un pré-ciblage¹³¹, en fonction des plans d'aide que leurs budgets d'action sociale contraints leur permettent d'accorder.

En Midi-Pyrénées, en 2019, 38 % des retraités faisant une demande d'aide à domicile ne remplissaient pas ces critères de fragilité se sont donc vu opposer un rejet de leur demande sans visite à domicile.

À contrario, en Ile-de-France, « afin de prendre en compte les fragilités liées à la période de confinement », le pré-ciblage a été suspendu depuis mai 2020 au profit de l'organisation systématique de visites à domicile mettant la caisse en position de capter les signaux faibles de difficultés.

Il semblerait souhaitable de proposer aux retraités dont la demande d'aide a été rejetée, quel que soit leur régime de retraite, une visite conseil à domicile leur permettant de recevoir des conseils sur la prévention, sur l'adaptation éventuelle de leur logement et d'être orientés vers les ressources de leurs territoires¹³².

¹³¹ La grille de pré-ciblage permet de limiter la commande d'évaluations à domicile aux personnes ayant un score suffisamment élevé de fragilité (pouvant évoluer en cours d'année pour respecter l'enveloppe budgétaire prévue), dépendant notamment de leurs réponses à des questions sur leurs ressources, leur âge, sur une éventuelle hospitalisation, une chute, etc.

Les Carsat qui utilisent cet outil (toutes ne le font pas et certaines se contentent d'un critère d'âge) révisent ainsi, si besoin, en cours d'année, le score ouvrant droit à une évaluation à domicile, pour ne pas dépasser l'enveloppe budgétaire disponible.

¹³² Le surcoût de cette mesure est estimé à environ 10 M€ pour le régime général, à comportements constants, si l'ensemble des retraités dont la demande a été rejetée bénéficiaient d'une telle visite.

b) Proposer de telles visites aux plus vulnérables

Une visite à domicile peut permettre d'atteindre un public qui ne souhaite pas ou ne peut pas répondre à une proposition de rendez-vous à l'extérieur. Le repérage des personnes fragiles les plus à même de bénéficier de cette offre constitue, là également, la difficulté essentielle.

Comme indiqué plus haut, la mise en œuvre, prévue depuis 2016 par la loi ASV, du croisement de données nominatives entre organismes de sécurité sociale devrait permettre de systématiser le repérage des personnes fragiles pour leur proposer des visites à domicile ciblées, dans une démarche « d'aller vers »¹³³.

La Cnav expérimente, en 2021, en lien avec le gérontopôle de Toulouse, le projet dit « Nacre » (« Nouvel accompagnement co-construit des retraités »), un rendez-vous à domicile avec un évaluateur (de profil travailleur social) en direction de retraités âgés de 68 ans non assujettis à la CSG¹³⁴. Ce rendez-vous doit permettre de répondre au questionnaire Icope (cf. *supra*), délivrer des messages de prévention ciblés et orienter vers l'offre proposée par les caisses de retraite.

Pour affiner le ciblage au-delà du critère de non assujettissement à la CSG, il pourrait être utile de s'inspirer du Programme d'action pour une retraite indépendante (Pari), qu'avait mis en œuvre le RSI avant sa dissolution. Le risque de fragilité des cotisants âgés de 60 à 79 ans était évalué par croisement de données administratives, médicales et sociales et une offre d'accompagnement était faite en partenariat avec leur médecin traitant¹³⁵. Ce programme aurait permis aux assurés, principalement des hommes, de reprendre contact avec le système de santé. Il a cessé en 2018 et n'a été repris ni par la Cnav, ni la Cnam.

Le projet Nacre, sous réserve d'évaluation et d'adaptation (on peut ainsi imaginer que les invitations ne visent pas un âge chronologique unique mais plutôt l'âge biologique résultant des comorbidités), mériterait d'être étendu.

¹³³ Le projet Slims (suivi longitudinal individuel multimodal du senior) mené dans les Hauts de France a pour objet d'évaluer des algorithmes de détection de la pré-fragilité à partir de ces données. Ces algorithmes ont vocation à être utilisés à grande échelle.

¹³⁴ C'est-à-dire dont le revenu fiscal de référence ne dépasse pas 11 408 € en métropole.

¹³⁵ Pour Nicolas Sirven (question d'économie de la santé n°224-mars 2017), ce dispositif de ciblage permet bien de repérer des personnes présentant des besoins non révélés.

c) Professionnaliser et homogénéiser le contenu des visites à domicile

L'évolution du contenu des « visites conseils » nécessite des transformations profondes en matière de formation des professionnels et d'organisation.

En effet, outre le service social de l'assurance maladie mobilisé notamment pour les sorties d'hospitalisation, la majorité des Carsat recourent à plusieurs partenaires (26 dans le cas extrême des Pays-de-la-Loire, cf. carte n°1), majoritairement des associations et des Clic¹³⁶.

Clarifier le rôle du service social de l'assurance maladie dans la prévention de la perte d'autonomie

Inscrits dans la COG 2018-2022 de l'assurance maladie, l'accès aux soins, les sorties d'hospitalisation et la santé et le bien vieillir à domicile font partie des priorités du service social, placé sous la responsabilité des Carsat tout en étant hébergé pour l'essentiel dans les Cnam.

Mais, à défaut d'indicateur associé, contrairement à la COG précédente, la part des personnes âgées suivies par le service social (environ 20 %) fléchit, au profit de la prévention de la désinsertion professionnelle, nouvelle priorité.

La Cour a recommandé en 2020¹³⁷ le rattachement des services sociaux de l'assurance maladie aux Cnam, ce qui devrait s'accompagner d'une clarification de leur positionnement.

Cette dispersion ne permet pas de garantir une qualité de service homogène. D'ailleurs, dans quatre régions, les caisses de retraite ont fait le choix de créer une structure *ad hoc* inter-régimes, afin de disposer de personnels au savoir-faire et aux compétences validés par une formation spécifique.

Les départements, disposant de travailleurs sociaux pour réaliser les évaluations préalables à l'attribution de l'APA, étaient historiquement nombreux à assurer les évaluations pour le compte des Carsat. Pour différentes raisons, dont la faible rémunération des évaluations¹³⁸, on ne

¹³⁶ Centre local d'information et de coordination, cf. annexe 5 sur l'action sociale.

¹³⁷ Cour des comptes, *L'organisation territoriale des réseaux de caisses de sécurité sociale du régime général : des évolutions nécessaires*, Ralfs 2020, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

¹³⁸ Les évaluations étaient rémunérées 108 € en 2012, elles le sont à hauteur de 120 € en 2021, soit 3 € de plus que l'inflation cumulée, alors que la grille d'évaluation utilisée est plus exigeante en temps passé au domicile de la personne.

comptait plus en 2018 que quelques départements dans ce cas. Si le contexte local s'y prête, les Carsat pourraient être encouragées à conventionner avec les équipes d'évaluations des départements, ce qui faciliterait en outre la mise en œuvre de la reconnaissance mutuelle des GIR.

Plus généralement, une rationalisation de l'organisation, permettant aux caisses de piloter la qualité du service rendu aux personnes âgées, constitue un préalable à la montée en puissance d'une visite conseil. Dans ce dispositif, l'évaluateur évoluerait vers une mission de conseiller en prévention ou « *care manager* » (cf. exemple du Japon en annexe 3), ce qui nécessiterait des formations adaptées (capacité à délivrer des conseils à domicile, formation sur l'habitat, etc.).

Dans l'hypothèse d'un rattachement des services sociaux aux Cnam, il conviendrait que les structures délégataires des caisses de retraite montent encore en compétence, car elles assureraient également des interventions plus délicates, comme les sorties d'hospitalisation.

3 - Faciliter le recours aux aides techniques

Les aides techniques¹³⁹ sont centrales pour compenser certains déficits fonctionnels et ainsi préserver l'autonomie.

Le diagnostic sur les difficultés d'accès à ces aides a été réitéré dans le rapport Denormandie-Chevalier d'octobre 2020¹⁴⁰, qui relève, notamment, que les personnes âgées sont moins aidées financièrement que les personnes en situation de handicap pour l'acquisition de ces aides techniques et qu'elles n'achètent pas les aides techniques qui leur seraient les plus adaptées mais plutôt celles sans reste à charge.

¹³⁹ Canes, déambulateurs, audioprothèses, fauteuils roulants, appareils de verticalisation, barres d'appui, sièges baignoires, etc.

¹⁴⁰ « *Des aides techniques pour l'autonomie des personnes en situation de handicap ou âgées : Une réforme structurelle indispensable* », rapport au ministre des solidarités et de la santé du Dr Philippe Denormandie et de Mme Cécile Chevalier, octobre 2020. Lors du Comité interministériel du handicap de novembre 2020, le Premier ministre a annoncé la mise en place d'équipes locales d'accompagnement sur les aides techniques (EqLAAT) dans le cadre des expérimentations de l'article 51. 24 équipes seront chargées de créer une offre accessible aisément et rapidement, subsidiaire à l'existant (soins de suite ou établissements médico-sociaux par exemple) et assurant une bonne information aux personnes et aux adresseurs.

Les financements, multiples¹⁴¹, ne sont pas accessibles à tous les âges ni selon les mêmes critères. Le périmètre des aides techniques et les modes de calcul diffèrent selon les financements.

Une meilleure connaissance des aides techniques par les équipes chargées de l'évaluation à domicile des personnes âgées constituerait une première étape en vue d'une plus grande diffusion. Le développement d'initiatives comme celle mise en œuvre par le département de Seine-et-Marne devrait contribuer à l'atteinte de ces objectifs.

L'initiative du département de Seine-et-Marne en matière d'ergothérapie et d'aides techniques

En Seine-et-Marne, le diagnostic d'un ergothérapeute est accessible par l'intermédiaire des équipes en charge de l'évaluation ou *via* une demande directe de la personne âgée de plus de 60 ans, sans condition de ressources.

La démarche, lancée en 2018, visait à remédier aux constats critiques sur le manque de connaissances et sur les difficultés financières d'accès aux aides techniques, sur l'absence d'accompagnement des usagers et des aidants dans leur utilisation et de réflexion autour de leur recyclage.

Le porteur de projet « Merci Julie » est chargé de l'évaluation de la situation de la personne à son domicile, ainsi que de l'accompagnement à la prise en main d'aides techniques en lien avec son proche aidant si besoin. Cette action est financée par la conférence des financeurs tout comme certaines aides techniques individuelles. Sur ses fonds propres, le département a, en parallèle, travaillé à la formation de l'ensemble de ses équipes sur les questions d'aménagement réversible du logement.

Les équipes APA sollicitent la visite d'ergothérapie puisqu'elles savent déterminer dorénavant si une aide technique est nécessaire. Les ergothérapeutes de « Merci Julie » réalisent une contre-visite, préconisent et forment à l'usage de l'aide, à son installation et à la formation à son utilisation (auprès des proches aidants, des intervenants extérieurs...) après avoir expliqué les choix techniques possibles.

¹⁴¹ Assurance maladie, complémentaires santé, APA, caisses de retraite, fonds départemental de compensation et conférence des financeurs pour les 60 ans et plus.

C - Accompagner les plus démunis

L'aide apportée par les caisses de retraite par l'intermédiaire de services d'aide à domicile, bénéficiant à des personnes isolées, âgées, dont les ressources sont faibles, favorise le maintien à domicile de nombreuses personnes. La baisse des ressources consacrées aux plans d'aide personnalisés (PAP) au sein du régime général (160 M€ en 2019 contre 173 M€ en 2018, soit -8 %) réduit néanmoins les marges de manœuvre des caisses.

Les écarts territoriaux observés entre départements (concernant le nombre de bénéficiaires de l'APA par exemple) malmènent le principe d'un même droit pour tous, partout. Mais l'action sociale des caisses de retraite, reposant sur le versement de prestations extra-légales décidées de façon autonome par les organismes de sécurité sociale, est tout aussi hétérogène.

1 - Réduire l'hétérogénéité des aides individuelles entre caisses de retraite

La part que les caisses consacrent à leur action sociale (0,3 % des dépenses pour la Cnav, la MSA et l'Agirc-Arrco et 0,6 % pour la CNRACL¹⁴²) se traduit directement en nombre de pensionnés aidés : 6,2 % en 2019 pour la CNRACL contre moins de 2 % pour le régime général et 0,11 % des retraités de la fonction publique d'État.

Les critères d'éligibilité aux aides individuelles des différents régimes ne sont pas non plus identiques. Les caisses de MSA appliquent les quatre premières tranches du barème de la Cnav¹⁴³, conformément à un engagement de la COG, depuis 2020 seulement. En matière d'adaptation des logements, aucune harmonisation entre caisses n'est intervenue (cf. annexe n°6).

Il conviendrait que la CNSA, chargée de veiller à l'harmonisation progressive, entre régimes, des actions de prévention (cf. chapitre III), soit consultée, pour avis, sur les dispositions des COG relatives à l'action sociale en faveur des personnes âgées.

¹⁴² Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales.

¹⁴³ Soit aucune aide accordée au-delà de 1 400 € pour une personne seule.

Entre Carsat, l'hétérogénéité est grande également, aussi bien dans les ressources qu'elles consacrent à la gestion de l'action sociale¹⁴⁴ qu'en pourcentage de pensionnés bénéficiaires d'aides individuelles. Des PAP ne sont attribués qu'à 0,9 % des retraités en Aquitaine contre 2,4 % en Alsace Moselle. Pour ce qui concerne l'ARDH ou l'aide aux situations de rupture (Asir), les écarts sont encore plus importants, le Languedoc-Roussillon comptant 1 324 bénéficiaires de l'Asir en 2019 contre moins de 100 en Bretagne¹⁴⁵ et la Bourgogne-Franche-Comté accordant une ARDH à 1,7 % des retraités de 75 ans et plus contre 0,5 % en Ile-de-France.

Enfin, même les outils diffusés par la Cnav ne sont pas utilisés de manière uniforme : pour cibler leurs aides individuelles, au moins cinq Carsat n'utilisent pas la grille de pré-ciblage nationale et se contentent des seuls critères d'âge et/ou de ressources.

Les spécificités des territoires ne suffisent pas à expliquer ces disparités et la poursuite d'une plus grande convergence semble indispensable.

2 - Moderniser l'offre de service

Les prestations accordées dans le cadre des PAP du régime général sont déterminées en fonction des besoins du retraité, dans la limite de 3 000 €¹⁴⁶ par bénéficiaire et par an, y compris sa participation, comprise entre 10 et 75 % selon son revenu.

Les PAP ont permis une diversification des aides accordées. L'aide à domicile représentait certes encore 60 % des prestations en 2019, mais de la téléassistance, des aides techniques, des sorties accompagnées ou de l'aide à la gestion administrative peuvent également être financées. Les bénéficiaires d'un PAP sont des femmes dans 77 % des cas, la moyenne d'âge, stable dans le temps, s'établit à 82 ans.

Le conseil d'administration de la Cnav a validé en 2017 un nouveau dispositif d'accompagnement des retraités, l'« offre de services coordonnée pour l'accompagnement à la retraite » (Oscar), qui n'a toutefois pas encore été mis en œuvre, dans l'attente d'évolutions plusieurs fois repoussées du système d'information. Oscar devrait financer, outre les PAP, l'intervention d'un coordinateur pour les situations complexes et inclurait un forfait de prévention de 500 € sans reste à charge, pour lever les premiers freins au recours.

¹⁴⁴ 72 ETP en Rhône-Alpes, soit une vingtaine d'ETP de plus qu'en Ile-de-France, pour un total France entière de 539 ETP.

¹⁴⁵ Soit rapporté à au nombre de retraités, un écart de 1 à 46.

¹⁴⁶ Montant qui n'a pas été revalorisé depuis la création des PAP en 2007, se traduisant par la diminution mécanique de l'enveloppe d'heures d'aide humaine financée.

Cette évolution, programmée pour 2021, permettrait de limiter les plans comprenant des heures récurrentes d'accompagnement à domicile au profit d'interventions plus limitées mais gratuites, dans le but de régler une difficulté ponctuelle du bénéficiaire (changer une ampoule par exemple— évitant ainsi à la personne de prendre le risque de monter sur un escabeau, obtenir de l'aide dans les démarches administratives, etc.).

Enfin, non déployée en inter-régimes, ni même dans l'ensemble des Carsat, l'aide aux situations de rupture (Asir¹⁴⁷) n'a bénéficié qu'à 6 000 retraités en 2019. À la différence de la pratique des Caf en cas de décès, le versement d'une pension de réversion ne déclenche pas la proposition de cette offre d'accompagnement spécifique. Repensée et généralisée, cette prestation aurait toute sa place dans une offre d'accompagnement graduée.

II - Resserrer et clarifier la gouvernance

Malgré les avancées qu'elle a permises, la loi ASV n'a pas eu d'effet sur la simplification de l'accès des usagers aux différents opérateurs et n'a pas permis de préciser leurs champs d'intervention respectifs. En résulte le maintien d'une situation d'« entre-deux institutionnel », source de complexité.

Pour être mise en œuvre de façon efficiente, l'offre de prévention graduée suppose que les rôles des acteurs locaux et nationaux soient préalablement clarifiés et organisés dans un dispositif de gouvernance plus resserré. Les mauvais indicateurs relatifs à l'espérance de vie sans incapacité ou aux chutes résultent en partie du manque de lisibilité de l'organisation et de l'absence d'un responsable *in fine* de cette politique publique. La dispersion des efforts et le manque de mise en commun des bonnes pratiques ont un coût.

Quelques principes pourraient guider cette redéfinition de la gouvernance :

- simplifier les organisations et les procédures et en tout état de cause, rendre la complexité transparente pour l'usager ;
- s'appuyer sur les expertises et les ressources propres à chaque territoire ;
- valoriser dans chaque organisme l'atteinte des objectifs partenariaux pour favoriser la réalisation d'actions communes¹⁴⁸.

¹⁴⁷ Versée en cas de veuvage ou de départ du conjoint en établissement.

¹⁴⁸ En effet, la bonne dynamique partenariale dépend avant tout des hommes et des femmes chargés de la mettre en œuvre, soutenus par la volonté politique des élus locaux.

Pour améliorer l'impact de cette politique en simplifiant l'organisation, il apparaît ainsi à la fois nécessaire de conforter le département dans son rôle de chef de file et de responsable de la politique de prévention et de renforcer la capacité de la CNSA à assurer le pilotage national de cette politique pour en garantir l'équité territoriale et à fédérer un inter-régimes élargi, y compris aux autres branches.

A - Conforter le département, chef de file local

Les départements sont en charge des politiques sociales mais ont aussi des compétences diverses en matière de sport, de culture, d'insertion, permettant la mise en œuvre à la fois d'une politique transversale d'adaptation au vieillissement et de parcours de prévention pour les plus précaires. Il serait logique que le département, en cohérence avec son rôle de président de la conférence des financeurs, soit responsable des résultats de la politique de prévention de la perte d'autonomie sur son territoire.

1 - Des contrats départementaux pour l'autonomie entre conseils départementaux, inter-régimes et ARS

Un contrat départemental pour l'autonomie formaliserait les coopérations des trois principaux acteurs sur des sujets d'intérêt commun (appels à projets, délégations de crédits, reconnaissance mutuelle des évaluations, etc.). Pour une meilleure articulation, les calendriers des projets régionaux de santé et celui de ces contrats pourraient être harmonisés.

En cohérence avec les orientations portées par le projet de loi dit « 3DS »¹⁴⁹, ce contrat pourrait également désigner l'acteur le mieux placé pour assurer telle ou telle compétence et ainsi suppléer la possible inaction de l'un des acteurs.

Le choix de confier la présidence des conférences des financeurs aux départements et sa vice-présidence aux ARS n'allait pas de soi¹⁵⁰. L'inter-régimes pourrait se voir reconnaître un rôle plus important, si on lui attribuait la vice-présidence des conférences des financeurs, aux côtés des

¹⁴⁹ Projet de loi relatif à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration et portant diverses mesures de simplification de l'action publique locale, adopté par le Sénat le 21 juillet 2021.

¹⁵⁰ L'action sociale des caisses de retraite constituant une source significative et ancienne de financement de la politique de prévention, elles ont développé une expertise et des moyens d'ingénierie propres sur ces sujets.

départements. Des évolutions substantielles sont toutefois nécessaires au préalable, au premier rang desquelles la structuration locale de l'inter-régimes, à ce jour hétéroclite.

Un inter-régimes unifié, rejoint par l'Agirc-Arrco, pourrait avoir, si les départements le souhaitaient, un rôle d'appui et d'opérateur pour la mise en œuvre de la politique de prévention. Pour sa part, l'ARS s'assurerait que les actions mises en œuvre au niveau départemental s'inscrivent bien dans les priorités régionales.

2 - Renforcer le rôle d'ensemblier du département

La politique de prévention de la perte d'autonomie concerne le cadre de vie de la personne au sens large, c'est-à-dire non seulement la mobilité, l'adaptation du logement ou la lutte contre l'isolement mais aussi les services de proximité, l'aménagement du territoire, l'urbanisme, etc. Des orientations relatives à ces thématiques pourraient être incluses dans un schéma de transition démographique qui se substituerait, pour les personnes âgées, aux schémas d'organisation sociale et médico-sociale¹⁵¹ aujourd'hui centrés sur l'offre de service. Son champ serait élargi à l'adaptation du cadre de vie, les départements gardant naturellement la possibilité d'arrêter un schéma commun pour l'ensemble des secteurs relevant de leur responsabilité, le volet « transition démographique » n'en constituant dans ce cas qu'une partie¹⁵².

Ce schéma serait déclinable à un niveau infra-départemental (celui des EPCI par exemple) pour assurer la coordination des acteurs et le portage d'un certain nombre d'actions à une échelle locale. Le département, chef de file des politiques en direction des âgés, pourrait ainsi coordonner l'action des EPCI, voire mettre directement en œuvre des actions sur les territoires concernés en cas de carence de ces derniers.

La lutte contre l'isolement, comme le sujet de la mobilité, pourraient constituer des axes obligatoires de ce schéma. Des plans d'actions élaborés en concertation avec les parties prenantes permettraient de s'assurer d'un bon maillage du territoire.

¹⁵¹ Prévus par l'article L. 312-5 du code de l'action sociale et des familles.

¹⁵² Cette proposition figure dans le récent rapport interministériel sur l'adaptation des logements, des villes, des mobilités et des territoires à la transition démographique (« *Nous vieillirons ensemble... 80 propositions pour un nouveau pacte entre générations* », Luc Broussy mai 2021).

La mise en œuvre d'une telle politique nécessite toutefois des moyens d'animation locale. À titre illustratif, le pilotage d'une charte de solidarité avec les aînés¹⁵³ sur un territoire rural donné mobilise un salarié à mi-temps de la MSA pendant trois ans.

B - Faire de la CNSA le maître d'ouvrage national, garantissant l'équité territoriale

La mise en place de la 5^{ème} branche « autonomie » constitue un moment propice au renforcement du pilotage de la politique de prévention de la perte d'autonomie. Aucun pilote n'a été expressément désigné parmi les nombreux acteurs qui contribuent à sa mise en œuvre au niveau national (directions du ministère de la santé, Cnav, Cnam, Santé publique France, Direction de l'habitat, de l'urbanisme et des paysages, etc.).

La CNSA, qui anime les conférences des financeurs, a vocation à assurer cette fonction. Au demeurant, elle la tient déjà de la loi¹⁵⁴.

1 - Renforcer la CNSA au service d'une politique interministérielle

La CNSA, « maison commune de l'autonomie », née au lendemain de la canicule de 2003, avait principalement un rôle de péréquation interdépartementale et d'expertise. Elle s'est vu confier progressivement un nombre croissant de missions¹⁵⁵.

¹⁵³ Depuis 2011, les caisses de MSA signent de telles chartes avec leurs partenaires locaux, dans l'objectif de lutter contre l'isolement et de développer des solidarités et des services autour des personnes âgées vivant dans les territoires ruraux les plus isolés. Elles entendent redynamiser les liens de solidarité (familiaux, voisinage, associatifs, etc.) autour et avec les aînés et reconstituer une offre de services adaptée et dimensionnée aux besoins sociaux et médicaux prioritaires.

¹⁵⁴ L'article L. 14-10-1 2° du code de l'action sociale et des familles dispose qu'elle doit « piloter et assurer l'animation et la coordination, dans le champ des politiques de soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, des acteurs participant à leur mise en œuvre en vue de garantir l'équité, notamment territoriale, la qualité et l'efficacité de l'accompagnement des personnes concernées ». « À ce titre, elle assure la collecte et la valorisation des données relatives aux besoins et à l'offre de services et de prestations. Elle conçoit et met en œuvre des systèmes d'information pouvant comporter l'hébergement de données de santé ».

¹⁵⁵ Cour des comptes, *La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie : des missions mieux assurées, des progrès à poursuivre*. Rapport public annuel 2018, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

La proposition des auteurs du rapport d'information sur l'application de la loi ASV¹⁵⁶ de créer une délégation interministérielle à l'adaptation de la société au vieillissement n'a pas prospéré, la CNSA étant réputée déjà remplir ce rôle. En pratique, cependant, la caisse ne dispose ni d'un mandat clair de coordination des autres acteurs, ni des moyens suffisants pour mettre en œuvre les transformations nécessaires.

Malgré un consensus sur les mesures à mettre en œuvre et des enjeux financiers limités, la prévention de la perte d'autonomie n'a jamais bénéficié d'un portage politique dans la durée. Ainsi, le comité « avancée en âge » créé en 2012 a cessé ses travaux en 2015 après avoir dévoilé un plan d'action de prévention de la perte d'autonomie. De même, la mise en œuvre des objectifs annexés à la loi ASV n'a pas fait l'objet d'un suivi.

Dans ce rôle, la CNSA pourrait être épaulée par un comité de suivi interministériel présidé par une personnalité reconnue ayant toute autorité pour s'assurer de la bonne avancée de la stratégie¹⁵⁷.

Mais l'effectif limité de la CNSA (117 ETP en 2020 pour un budget d'intervention de plus de 27 Md€) ne lui permettant d'assurer certaines de ses missions¹⁵⁸ que difficilement, la question se pose d'une révision substantielle de son plafond d'emplois, au besoin par transfert d'effectifs des caisses nationales.

2 - Promouvoir une réponse plus homogène entre les territoires

La diversité des pratiques entre départements, qui conduit à des écarts importants en matière de droits rapportés au nombre de bénéficiaires éligibles est connue. Les études explicatives de ces écarts sont insuffisantes. Mais plus qu'une égalité mathématique, c'est à une réduction des écarts non justifiés par des facteurs socio-économiques (qui en expliquent près de la moitié) qu'il conviendrait de s'atteler.

¹⁵⁶ Rapport d'information sur la mise en application de la loi ASV présenté par A. Firmin Le Bodo et C. Lecocq, Assemblée nationale, 5 décembre 2017.

¹⁵⁷ Sur le modèle de la présidence par Florence Lustman du Plan Alzheimer 2008-2012.

¹⁵⁸ Ainsi, les remontées d'information des conférences des financeurs et leur animation ne sont-elles supervisées que par 0,8 ETP et un seul ETP suit le sujet à enjeux des aides techniques.

a) Renforcer le cadre national

Certaines disparités sont justifiées par des publics ou des contextes territoriaux différents. Les délais de traitement des demandes, les règles de facturation, la dématérialisation des procédures, les modalités d'information devraient en revanche être harmonisés.

La mise à disposition d'outils comme le téléservice commun aux départements et aux caisses de retraite, de demande d'aide à domicile (déployé en principe en septembre 2021), la création d'un système d'information national pour la gestion de l'APA et des crédits des conférences des financeurs, participent à l'objectif de convergence des pratiques.

La publication annuelle, par la CNSA, de données départementales reflétant le service rendu à l'utilisateur et les résultats atteints, constituerait un autre levier utile d'amélioration.

b) Mettre en place des conventions pluriannuelles départements-CNSA et une modulation des crédits

L'article L. 14-10-7-2 du code de l'action sociale et des familles prévoit la signature d'une convention pluriannuelle entre chaque président de conseil départemental et la CNSA, afin de définir leurs engagements réciproques dans le champ de l'autonomie. À défaut, les départements ne perçoivent pas les concours de la CNSA.

Le premier exercice de conventionnement (2016-2020) n'a pas fait l'objet d'un suivi adapté, de l'avis des départements et de la CNSA. Le renouvellement de ces conventions a été préparé en vue de contribuer au renforcement de l'équité territoriale. Une convention-socle renouvelée a été validée en 2020. Elle doit être complétée par des feuilles de route territorialisées pour la période 2021-2024.

La capacité de la CNSA à conclure 104 conventions adaptées aux enjeux locaux n'est pas assurée, d'autant que des tensions sur les ressources humaines sont signalées. L'avenant à la COG 2016-2020 de la CNSA prévoit que sera constituée, à moyens quasi constants, une équipe dédiée¹⁵⁹ à la négociation de ces feuilles de route et que l'État tiendra compte de cette mobilisation exceptionnelle (500 jours/h) en adaptant le programme de travail 2021 de la CNSA.

Sous réserve d'une évolution législative, il conviendrait de confier à la CNSA, qui assure le suivi des objectifs fixés par ces conventions, la capacité à moduler les crédits octroyés aux départements sur la base des résultats constatés.

¹⁵⁹ Équipe qui pourrait utilement consulter les ARS et l'inter-régimes.

De la même façon, la non application de la loi par un département¹⁶⁰, à ce jour très rarement sanctionnée dans le cadre du contrôle de légalité exercé par le préfet de département, devrait entraîner une réduction du montant des concours versés.

3 - Fédérer un inter-régimes élargi partageant ses données

On comptait en 2017 en France 17,2 millions de retraités et 42 régimes de retraites dont la branche retraite du régime général est le plus important avec 14,2 millions de retraités. Les ateliers organisés par l'inter-régimes sont ouverts à l'ensemble des retraités quel que soit leur régime de rattachement¹⁶¹. Mais, seuls le régime général, la MSA et la CNRACL réalisent des actions de promotion de ces ateliers auprès de leurs pensionnés et peuvent donc mettre en œuvre des actions ciblées.

Tout comme le GIP « Union retraite », chargé de l'animation de l'inter-régimes en matière de droit à l'information ou de demande de retraite unique, il appartient à la CNSA de veiller à l'harmonisation et à l'intégration des politiques d'action sociale de ces mêmes régimes, pour garantir qu'une offre homogène est proposée à tous les pensionnés.

Sa connaissance approfondie des besoins et des politiques départementales la met en position de s'assurer que tous les retraités ont accès à une offre de prévention et que des outils de repérage des plus vulnérables sont mis en œuvre, quel que soit leur régime d'affiliation.

Dans cet objectif, la mise en commun des données relatives à l'ensemble des retraités est indispensable. Les caisses de sécurité sociale sont détentrices de données précieuses pour identifier les publics les plus à risque. Mais ces informations sont insuffisamment exploitées et quasiment jamais croisées, chacune s'en réservant l'usage. Sous l'égide de la CNSA, la mise en commun de ces données, croisées avec celles que la Cnam détient sur les pensionnés, doit permettre un meilleur ciblage ainsi qu'un suivi du parcours de prévention pour les retraités.

¹⁶⁰ Auditionnée par la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale à l'occasion du rapport sur la mise en application de la loi ASV le 5 décembre 2017, Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé, indiquait : « *il faut que l'État puisse être informé de la mise en œuvre pratique des textes. Actuellement, il est quasiment l'aveugle* ». La loi prévoit par exemple que l'APA peut être attribuée en urgence en sortie d'hospitalisation, mais de nombreux départements refusent explicitement de mettre en œuvre cette disposition.

¹⁶¹ Les actions de prévention organisées par l'Agirc-Arrco sont en revanche réservées à ses 15,6 millions d'assurés.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Le contexte d'accroissement du nombre de personnes très âgées susceptibles de devenir dépendantes impose de repenser l'offre de prévention actuelle (dispersée, éclatée et par bien des aspects inégalitaire). La construction d'une offre graduée est de nature à apporter à chacun une réponse adaptée à son besoin. Cette offre comprendrait trois niveaux :

- *Une information générale très accessible (campagne de communication grand public, sites internet mis en cohérence, articulation entre information nationale et information des collectivités territoriales) et la création d'une plateforme téléphonique d'information de premier niveau qui répondrait aux questions sur la prévention ;*
- *Une politique de ciblage en direction des plus fragiles pour que les actions collectives bénéficient à ceux qui en ont le plus besoin, assortie d'une offre de visite conseil à domicile, réalisée par des professionnels formés aux problématiques de prévention ;*
- *Des plans d'aide à domicile pour les plus modestes et les plus isolés attribués par les caisses de retraite au titre de l'action sociale, à rendre moins hétérogènes.*

L'internalisation de la complexité inhérente au nombre élevé d'acteurs est une condition nécessaire de réussite de cette politique. Or, c'est certainement là que résident les transformations les plus complexes, le système actuel résultant de l'accumulation de strates et de décisions opportunes à un moment donné mais qui ne présentent pas de cohérence d'ensemble. La mise en œuvre de guichets uniques et le renforcement de la coordination entre les acteurs doivent guider l'action publique.

Au niveau national, la position de la CNSA, maître d'ouvrage de la prévention de la perte d'autonomie, garante de l'équité entre territoires doit être soutenue avec un mandat interministériel clair et des moyens renforcés. Au niveau local, le département, responsable de la politique sur son territoire, doit prendre toute sa place dans un cadre national rénové.

La Cour formule les recommandations suivantes :

- 4. construire une offre graduée de prévention de la perte d'autonomie que le département serait chargé de mettre en œuvre sur son territoire ; dans l'objectif d'une plus grande équité territoriale, moduler les crédits versés par la CNSA aux départements en fonction de l'atteinte d'objectifs clairs (ministère des solidarités et de la santé et CNSA) ;*
 - 5. permettre à la CNSA d'assurer le pilotage national de la politique de prévention de la perte d'autonomie en la dotant de ressources suffisantes pour mener à bien ses missions, au besoin par redéploiement de moyens humains des caisses nationales de sécurité sociale ; en particulier, afin qu'elle s'assure que l'offre de prévention concerne tous les retraités, quel que soit leur régime d'affiliation, garantir la mise à sa disposition des données utiles de l'ensemble des caisses (ministères des solidarités et de la santé et du budget).*
-

Conclusion générale

Les effets de la transition démographique liée à l'allongement de la vie sont assez mécaniques. Une étude de la Drees¹⁶² indique que, à taux de placement en établissement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) inchangé, 108 000 nouvelles places d'hébergement seraient nécessaires dans les 10 ans qui viennent, pour faire face au vieillissement, soit plus qu'un doublement du nombre de places créées chaque année.

Il demeure néanmoins possible d'agir sur la prévalence de la perte d'autonomie. La découverte d'un traitement pour la maladie d'Alzheimer ou une meilleure compréhension de ses causes pourraient permettre de limiter le nombre de personnes dépendantes. Une politique de prévention à mi-vie de l'hypertension artérielle et du diabète¹⁶³, de même qu'un niveau d'éducation plus élevé, l'activité physique, la préservation des liens sociaux et un régime dit « méditerranéen » pourraient également avoir un impact notable sur le nombre de personnes dépendantes. Il est donc temps que notre système de santé prenne ce « virage préventif », tant de fois préconisé.

Les transformations nécessaires pour passer d'une trop grande dispersion des efforts à une politique nationale structurée sont substantielles. Cette évolution est nécessaire si l'on souhaite améliorer la qualité de vie des âgés et pouvoir continuer à accompagner dignement les personnes en perte d'autonomie.

Néanmoins, une politique de prévention plus efficace, outre ses effets sur la qualité de vie, peut permettre d'atténuer mais pas d'absorber le choc démographique à venir. Il demeure fondamental d'anticiper des besoins d'accompagnement qui seront croissants¹⁶⁴.

¹⁶² Études et résultats n°1172, décembre 2020.

¹⁶³ Et avec un moindre niveau de preuve le tabac ou l'obésité (Haut conseil de la santé publique, *Prévention de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées*, 2018).

¹⁶⁴ La situation de la Suède dont le processus de vieillissement est plus avancé qu'en France est à cet égard éclairante : ayant adopté un modèle domiciliaire il y a une cinquantaine d'années, le pays ne dispose plus aujourd'hui de suffisamment de places en Ehpad. Certains aidants réclament en conséquence un droit opposable à la prise en charge en établissement (Source : rapport Grand âge et autonomie, mars 2019).

Liste des abréviations

Agirc-Arrco..	Association générale des institutions de retraite des cadres- Association pour le régime de retraite complémentaire des salariés
ALD	Affection de longue durée
Anah.....	Agence nationale de l'habitat
ANDASS.....	Association nationale des directeurs d'action sociale et de santé des départements et métropoles
APA.....	Allocation personnalisée à l'autonomie
ARDH	Aide au retour à domicile après hospitalisation
ARS.....	Agence régionale de santé
Asir.....	Aide aux situations de rupture
ASV.....	Adaptation de la société au vieillissement (loi de 2015)
Care	Capacité, Aides et Ressources des seniors (enquête)
Carsat	Caisse d'assurance retraite et de santé au travail
CCAS	Centre communal d'action sociale
CHU	Centre hospitalier universitaire
CIAS	Centre intercommunal d'action sociale
Cim.....	Classification internationale des maladies
CLIC	Centre local d'information et de coordination.
Cnav	Caisse nationale d'assurance vieillesse
CNSA.....	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CNRACL	Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales
COG	Convention d'objectifs et de gestion
Cpam.....	Caisse nationale d'assurance maladie
CPTS	Communauté professionnelle territoriale de santé
CTA.....	Coordinations territoriales d'appui
DGCS	Direction générale de la cohésion sociale
DGFIP	Direction générale des finances publiques
DGOS.....	Direction générale de l'organisation des soins
DGS.....	Direction générale de la santé
DHUP.....	Direction de l'habitat, de l'urbanisme et des paysages
Dim	Département d'information médicale
Drees	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

DSS	Direction de la sécurité sociale
EGB	Échantillon global des bénéficiaires
Ehpad	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EPCI.....	Établissement public de coopération intercommunale
EVSI.....	Espérance de vie sans incapacité
Gali.....	Global Activity Limitation Indicator ou indicateur de restriction globale d'activité
GIP	Groupement d'intérêt public
GIR.....	Groupe iso-ressources
HAS.....	Haute Autorité de santé
HCFEA	Haut conseil de la famille de l'enfance et de l'âge
IADL	instrumental activities of daily living (activités instrumentales de la vie quotidienne)
Icope.....	Integrated care for older people
Igas.....	Inspection générale des affaires sociales
Insee	Institut national de la statistique et des études économiques
Inserm	Institut national des sciences et de la recherche médicale
LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale
MCO	Médecine, chirurgie, obstétrique
MDPH.....	Maison départementale des personnes handicapées
MSA.....	Mutualisé sociale agricole
OCDE.....	Organisation de coopération et de développement économiques
OMS	Organisation mondiale de la santé
PAP	Plan d'action personnalisé
Peccac	Prise en charge communément associée aux chutes
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PRADO	Préparer le retour à domicile
PRS	Projet régional de santé
RSI	Régime social des indépendants
SNDS	Système national des données de santé
SSR	Soins de suite et réadaptation

Annexes

Annexe n° 1 :	le gain d'une année d'espérance de vie sans incapacité : premiers résultats du modèle Pandore	102
Annexe n° 2 :	principaux enseignements de l'étude du CHU de Toulouse sur les prises en charge communément associées aux chutes (PECCAC)	107
Annexe n° 3 :	approche comparée des politiques de prévention de la perte d'autonomie dans sept pays et focus sur l'expérience japonaise.....	121
Annexe n° 4 :	vieillesse, espérance de vie et espérance de vie en bonne santé : des écarts importants entre territoires....	132
Annexe n° 5 :	l'action sociale des caisses de retraite	137
Annexe n° 6 :	les conditions d'attribution des aides à l'adaptation au logement.....	148
Annexe n° 7 :	les chutes : une mise en perspective internationale.....	149

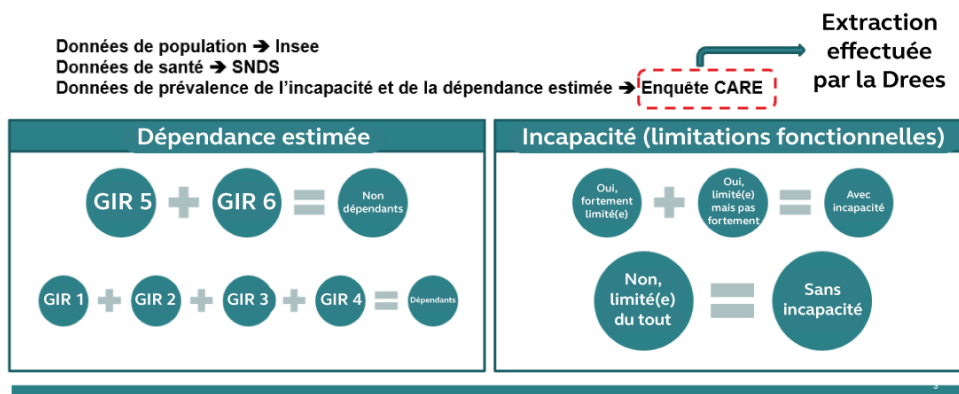
Annexe n° 1 : le gain d'une année d'espérance de vie sans incapacité : premiers résultats du modèle Pandore¹⁶⁵

Méthodologie

Le modèle Pandore, un modèle par classes inspiré du modèle de la direction générale du Trésor, Promede¹⁶⁶, cherche à projeter l'évolution des dépenses de santé en prenant en compte la dépendance ou l'incapacité. Il s'appuie sur trois modules : démographique (scénario central de l'Insee pour la France métropolitaine), de prévalence de l'incapacité ou de la dépendance et de dépenses de soins.

L'état de santé de notre population est analysé à travers le prisme de la dépendance ou de l'incapacité dont la prévalence, au-delà de 65 ans, est estimée via l'enquête Care-ménages. Pour chaque classe d'âge, les taux de prévalence sont appliqués aux données du module démographique. Les dépenses de santé moyennes par an et par classe d'âge sont issues de l'appariement de l'enquête Care-ménages au SNDS.

Schéma n° 1 : sources et définition des indicateurs utilisés



Source : Cour des comptes

¹⁶⁵ Ce travail doit beaucoup à la disponibilité des équipes de la Drees qui ont réalisé les extractions de l'enquête Care alimentant le modèle et dont l'aide a été précieuse dans l'interprétation des résultats.

¹⁶⁶ « Projection des dépenses de santé à l'horizon 2060, le modèle PROMEDE », Charlotte Geay, Grégoire de Lagasnerie, Documents de travail de la DG Trésor, 2013.

L'enquête Care (Capacité, Aides et REssources des seniors) comprend deux volets : le premier porte sur les seniors vivant en établissements pour personnes âgées (Care-institutions), le second sur les seniors vivant à domicile (Care-ménages). Ce volet est précédé d'une courte enquête intitulée « Vie Quotidienne et Santé » (VQS, 2014).

L'enquête Care ménages utilisée a été réalisée en 2015 auprès de 15 000 personnes nées avant 1955 vivant à domicile en France métropolitaine. Seront présentés ici les résultats des projections en fonction de deux indicateurs :

- la réponse à la question¹⁶⁷ « Êtes-vous limité(e), depuis au moins six mois, à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement ? » :
- Oui, fortement limité(e)
- Oui, limité(e), mais pas fortement
- Non, pas limité(e) du tout.

Sont considérés comme « sans incapacités », les personnes ayant répondu « Non, pas limité(e) du tout ».

- la dépendance estimée (le GIR des répondants est estimé à partir de la question sur les limitations fonctionnelles¹⁶⁸).

L'estimation des dépenses supplémentaires liée à une année de vie supplémentaire en bonne santé résulte de la différence des dépenses de santé entre un scénario optimiste et un scénario pessimiste.

Schéma n° 2 : deux scénarios



Source : Cour des comptes

¹⁶⁷ Il s'agit du *Global Activity Limitation Indicator* (Gali) utilisé au niveau européen pour calculer notamment l'espérance de vie sans incapacité.

¹⁶⁸ Variable nommée dans l'enquête Care-Ménages « groupelarge » dans lequel sont classés tous les individus ayant un GIR large estimé inférieur ou égal à 4.

Dans le scénario pessimiste, l'évolution démographique prévue par l'Insee se fait à état de santé constant. Dans la modélisation, la traduction de cette hypothèse passe par un taux de prévalence de l'incapacité et de la dépendance par âge égal à celui observé à la période précédente.

Dans le scénario optimiste, à l'inverse, tous les gains d'espérance de vie sont considérés comme étant en bonne santé. La modélisation de cette hypothèse implique le décalage d'un an (intégralité des gains d'espérance de vie), pour les classes d'âge supérieures à 65 ans, des taux de prévalence. Cela revient donc à projeter une amélioration de l'état de santé moyen à âge donné.

Résultats

Le modèle a été testé sur deux périodes correspondant à un gain d'une année d'espérance de vie.

Tableau n° 7 : deux périodes de projection avec le même gain d'espérance de vie

	Espérance de vie à 65 ans Début de période	Espérance de vie à 65 ans Fin de période	Gain d'espérance de vie
2013-2021	21,0	22,0	1,0
2021-2031	22,0	23,0	1,0

Source : Cour des comptes, d'après données Insee

Tableau n° 8 : résultat des projections sur la période 2013-2021

Indicateur	Scénario	Dépenses de santé des plus de 65 ans en 2013 (en M€)	Dépenses de santé des plus de 65 ans en 2021 (en M€)	Écart (en M€)	Estimation surcoût (en M€)	Surcoût (en %)
Incapacité	Optimiste	102 571	121 289	18 718	1 069	
Incapacité	Pessimiste	102 571	122 359	19 787		6 %
Dépendance estimée	Optimiste	102 314	121 817	19 503	732	
Dépendance estimée	Pessimiste	102 314	122 549	20 235		4 %

Source : Cour des comptes, modèle Pandore

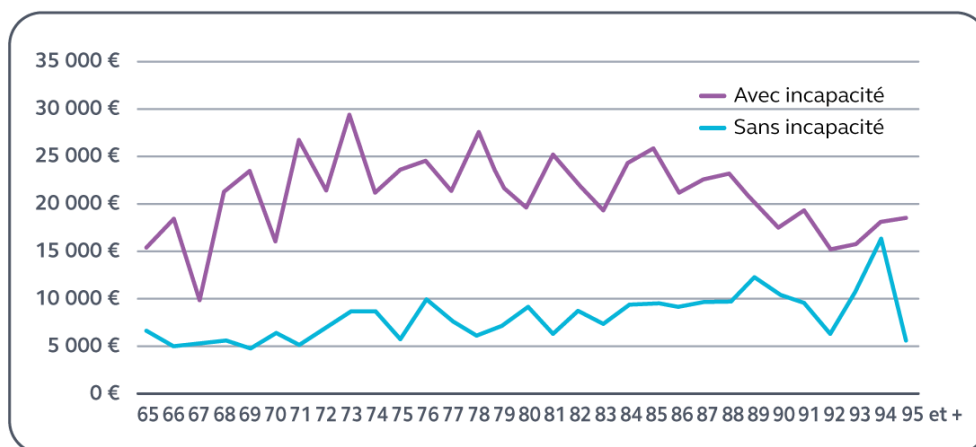
Tableau n° 9 : résultat des projections sur la période 2021-2031

Indicateur	Scénario	Dépenses de santé des plus de 65 ans en 2021 (en M€)	Dépenses de santé des plus de 65 ans en 2031 (en M€)	Écart (en M€)	Estimation surcoût (en M€)	Surcoût (en %)
<i>Incapacité</i>	Optimiste	121 289	146 970	25 680	1 566	6 %
<i>Incapacité</i>	Pessimiste	122 359	149 605	27 247		
<i>Dépendance estimée</i>	Optimiste	121 817	147 702	25 885	1 326	5 %
<i>Dépendance estimée</i>	Pessimiste	122 549	149 760	27 211		

Source : Cour des comptes, modèle Pandore

Pour la période 2021-2031, le gain d'une année d'espérance de vie sans incapacité (EVSI) est de 1,5 Md€, soit 6 % de la hausse des dépenses de santé intervenue. Pour la période 2013-2021, le gain s'élève à 1 Md€.

Le gain d'une année sans dépendance est plus faible sur les deux périodes (entre 0,7 et 1,3 Md€) que le gain d'une année sans incapacité. Ce résultat n'est pas surprenant, les personnes les plus dépendantes, en établissement aux âges élevés, étant exclues de l'enquête Care-Ménages, ce qui se reflète d'ailleurs dans la courbe en cloche des dépenses de santé par âge.

Graphique n° 5 : dépenses moyennes par âge (en fonction du statut de dépendance estimée)

Source : Cour des comptes, d'après données Drees (enquête Care-M appariée au SNDS)

Pour l'indicateur « incapacités » comme pour l'indicateur « dépendance estimée », le gain d'une année d'espérance de vie supplémentaire est beaucoup plus élevé sur la période 2021-2031 que sur la période 2013-2021. Cela tient principalement à la structure démographique des plus de 65 ans dont une plus grande part atteindra 75 ans à partir de 2021, âge à partir duquel la prévalence de l'incapacité augmente nettement chaque année.

L'ordre de grandeur des économies que pourrait permettre un gain d'une année d'espérance de vie sans incapacité, évalué à 1,5 Md€ sur la période 2021-2031, constitue une fourchette basse.

En effet, faute de données précises, cette estimation n'intègre pas les économies potentielles en matière d'APA et dans le domaine médico-social (hébergement, accueil de jour), sans même évoquer les gains en matière de qualité de vie et d'implication sociale de personnes âgées en meilleure santé.

Enfin, les données de santé utilisées excluant les personnes hébergées en Ehpad, les dépenses de santé évitées sont elles-mêmes sous-estimées.

Annexe n° 2 : principaux enseignements de l'étude du CHU de Toulouse sur les prises en charge communément associées aux chutes (PECCAC)¹⁶⁹

Le Département de l'information médicale (Dim) et l'Unité d'évaluation médico-économique (UEME) du CHU de Toulouse ont réalisé en collaboration avec la Cour une étude¹⁷⁰ comportant deux volets :

- un travail sur l'incidence et le coût des séjours hospitaliers correspondant à des prises en charge communément associées à une chute, à partir des bases du PMSI de 2015 à 2019 ;
- un travail sur les parcours de soins avant et après une hospitalisation identifiée comme étant la prise en charge initiale communément associée à une chute à partir de l'Échantillon généraliste des bénéficiaires (EGB)¹⁷¹.

Les méthodes appliquées par l'équipe et les résultats produits ont été discutés en cours d'étude avec les experts suivants : Laure Carcaillon-Bentata, Santé publique France, Nathalie Beltzer, Santé publique France, Thomas Rapp, laboratoire interdisciplinaire de recherche appliquée en économie de la santé (Liraes) et Pr Achille Tchalla, chef du pôle de gériatrie clinique au CHU de Limoges. À l'issue de l'étude, l'examen des résultats a bénéficié des analyses du Pr Yves Rolland, du Gériatopôle du CHU de Toulouse, et du Pr Hubert Blain, responsable du pôle gériatrie au CHU de Montpellier.

¹⁶⁹ Dans la suite de la note, pour la compréhension du lecteur, le terme de PECCAC est parfois remplacé par celui de chutes, ceux de patients PECCAC par patients chuteurs.

¹⁷⁰ Costa N., Fabre D., Mounié M., Molinier « Évaluation de l'incidence et du coût des Prises En Charge hospitalières Communément Associées aux Chutes (PECCAC) des personnes âgées et des parcours de soins correspondants » CHU de Toulouse, mars 2021.

¹⁷¹ Échantillon permanent (au 1/97ème) représentatif de la population protégée par l'assurance maladie, l'EGB contient des informations anonymes sur les caractéristiques sociodémographiques et médicales des bénéficiaires et les prestations qu'ils ont perçues. Il permet de réaliser des études longitudinales et de reconstituer le parcours de soins des patients sur une longue période, que ce soit en ville ou à l'hôpital. Il comprend des données de consommation de soins de 660 000 personnes (source Ameli.fr.)

Les séjours associés à une chute dans les bases du PMSI 2015-2019

Les principaux enseignements de ce travail sont présentés après un rappel de la méthode utilisée.

Le repérage des chutes dans les données du PMSI

Les codes de la classification internationale des maladies (CIM-10) relatifs aux chutes¹⁷² sont généralement peu ou mal utilisés dans le PMSI. L'équipe a donc procédé en plusieurs étapes pour identifier les « prises en charge communément associées aux chutes » (PECCAC) :

- repérage dans la base PMSI 2019 du CHU de Toulouse des diagnostics principaux (DP) de tous les séjours hospitaliers des patients âgés de 75 ans et plus, pour lesquels un diagnostic de chute (W00 à W19) était codé en diagnostic associé significatif (DAS) ;
- audition d'experts (gériatres et chirurgien orthopédique) pour sélectionner les DP spécifiques des chutes ;
- validation de cette sélection dans les données PMSI de cinq établissements qui ont un taux de codage en DAS des codes chutes (W00-W19) élevé¹⁷³ ;
- la sélection des DP associés fréquemment à un code chute en DAS a été recherchée dans la base nationale du PMSI des années 2015 à 2019. 8 codes ont été retenus.

¹⁷² CIM 10 : Du W00 à W19 (Chutes sans précision) et le R29.6 (Chutes à répétition non classées ailleurs).

¹⁷³ Supérieur au 75^{ème} percentile des principaux établissements de la base PMSI nationale.

Tableau n° 10 : codes CIM-10 permettant d'identifier les patients ayant eu une PECCAC

Code CIM 10	Libellé CIM 10	Taux d'association avec un code de chute en diagnostic associé
S72 00	Fracture fermée du col du fémur	87 %
S72 10	Fracture fermée du trochanter	91 %
S72 20	Fracture fermée sous-trochantérienne	79 %
S72 30	Fracture fermée de la diaphyse fémorale	77 %
S72 40	Fracture fermée de l'extrémité inférieure du fémur	74 %
S42 40	Fracture fermée de l'extrémité inférieure de l'humérus	77 %
S52 60	Fracture fermée de l'extrémité inférieure du cubitus et du radius	90 %
T796	Ischémie traumatique d'un muscle	74 %

Des femmes âgées, présentant majoritairement une fracture de l'extrémité supérieure du fémur

La progression du nombre de séjours PECCAC sur la période est comparable à l'augmentation des séjours totaux dans le PMSI. L'âge moyen est élevé : il atteint 87 ans en 2019. La tranche d'âge des 85-89 ans est majoritaire (près d'un tiers des séjours entre 2015 et 2019). Les séjours concernent majoritairement des femmes (76 % en 2019), même si la part des hommes progresse de façon continue. Les hommes parviennent en effet plus souvent qu'autrefois à des âges très avancés, les exposant plus qu'auparavant au risque de fracture de l'extrémité supérieure du fémur. L'ostéoporose masculine¹⁷⁴, assez peu prise en compte jusqu'à présent, devient un sujet de santé publique du fait de la progression de l'espérance de vie masculine.

La durée moyenne de séjours (DMS) baisse légèrement, passant de 10,2 à 9,4 jours entre 2015 et 2019. La DMS en chirurgie tend à diminuer au cours des années (de 10,72 jours en 2015 à 9,82 jours en 2019) alors qu'elle reste stable en médecine.

¹⁷⁴ Les premières recommandations françaises sur ce sujet ont été publiées en mars 2021 par un groupe de gériatres et de rhumatologues.

Le DP le plus fréquent est la fracture fermée du col du fémur (42,5 % des séjours en 2019), suivi de la fracture fermée du trochanter et de l'ischémie traumatique d'un muscle.

Les caractéristiques des séjours retenus figurent dans le tableau ci-dessous.

Tableau n° 11 : caractéristiques des séjours totaux pour PECCAC (75 ans et plus)

	2015		2016		2017		2018		2019	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Nombre total de séjours dans le PMSI	6 455 682		6 793 943		7 113 755		7 263 803		7 474 350	
Nombre de séjours PECCAC (N, %)	94 230	1,5 %	97 513	1,4 %	101 282	1,4 %	103 527	1,4 %	105 305	1,4 %
Nombre de patients nouvellement pris en charge pour une PECCAC (N, %)	88 156		90 599		93 674		95 270		96 714	
Sexe (N, %)	84 568	95,9 %	86 431	95,4 %	89 131	95,2 %	90 446	94,9 %	91 927	95,1 %
Masculin	21 523	22,8 %	22 378	22,9 %	23 846	23,5 %	24 664	23,8 %	25 234	24,0 %
Féminin	72 707	77,2 %	75 135	77,1 %	77 436	76,5 %	78 863	76,2 %	80 071	76,0 %
Âge moyen	86,5		86,8		86,7		86,9		87	
Fréquences en fonction des tranches d'âges										
75-79 ans	12 618	13,4 %	12 466	12,8 %	12 820	12,7 %	12 683	12,3 %	12 819	12,2 %
80-84 ans	21 905	23,2 %	22 332	22,9 %	22 915	22,6 %	22 747	22,0 %	22 530	21,4 %
85-89 ans	29 852	31,7 %	30 697	31,5 %	31 686	31,3 %	32 235	31,1 %	32 619	31,0 %
90-94 ans	23 414	24,8 %	24 150	24,8 %	24 930	24,6 %	25 790	24,9 %	26 524	25,2 %
95 ans et plus	6 441	6,8 %	7 868	8,1 %	8 931	8,8 %	10 072	9,7 %	10 813	10,3 %
Diagnostics (N, %)										
S4240 – Fracture fermée de l'extrémité inférieure de l'humérus	1 457	1,5 %	1 541	1,6 %	1 477	1,5 %	1 465	1,4 %	1 478	1,4 %
S5260 – Fracture fermée de l'extrémité inférieure du cubitus	2 492	2,6 %	2 497	2,6 %	2 380	2,3 %	2 184	2,1 %	2 145	2,0 %
S7200 – Fracture fermée du col du fémur	43 528	46,2 %	44 574	45,7 %	44 801	44,2 %	44 644	43,1 %	44 732	42,5 %
S7210 – Fracture fermée du trochanter	24 606	26,1 %	24 604	25,2 %	25 537	25,2 %	26 349	25,5 %	27 773	26,4 %
S7220 – Fracture fermée sous-trochantérienne	4 440	4,7 %	4 397	4,5 %	4 392	4,3 %	4 289	4,1 %	3 836	3,6 %
S7230 – Fracture fermée de la diaphyse fémorale	3 529	3,7 %	3 613	3,7 %	3 599	3,6 %	3 679	3,6 %	3 734	3,5 %
S7240 – Fracture fermée de l'extrémité inférieure du fémur	2 513	2,7 %	2 616	2,7 %	2 677	2,6 %	2 730	2,6 %	2 691	2,6 %
T796 – Ischémie traumatique d'un muscle	11 665	12,4 %	13 671	14,0 %	16 419	16,2 %	18 187	17,6 %	18 916	18,0 %
Durée Moyenne de séjours (Moyenne, Min-Max)	10,2	1 - 166	9,9	1 - 363	9,5	1 - 226	9,4	1 - 161	9,4	1 - 268

Source : CHU de Toulouse

Un coût pour l'assurance maladie des dépenses en lien avec les séjours hospitaliers de l'ordre de 600 M€ en 2019

Le coût financier pour l'assurance maladie des PECCAC, sous la forme de recettes versées aux établissements de santé, s'est élevé en 2019 à 0,6 Md€ : 534 M€ pour les établissements publics et 67,5 M€ pour les établissements privés (hors honoraires médicaux).

Le coût moyen d'un séjour dans un établissement public s'établit à 6 000 € en 2019, en diminution sur la période de 6 %. La progression de la dépense sur la période (un peu moins de 9 %) s'explique donc par la progression du nombre des séjours au sein des établissements publics de santé (EPS).

Un taux d'incidence deux fois plus faible pour les hommes que pour les femmes

Le taux d'incidence cumulée est le rapport annuel du nombre de patients PECCAC divisé par la population d'individus âgés de 75 ans et plus.

Afin de les rendre comparables entre zones géographiques (départements et régions), les taux d'incidence ont été standardisés par sexe et par classe d'âge de 5 ans.

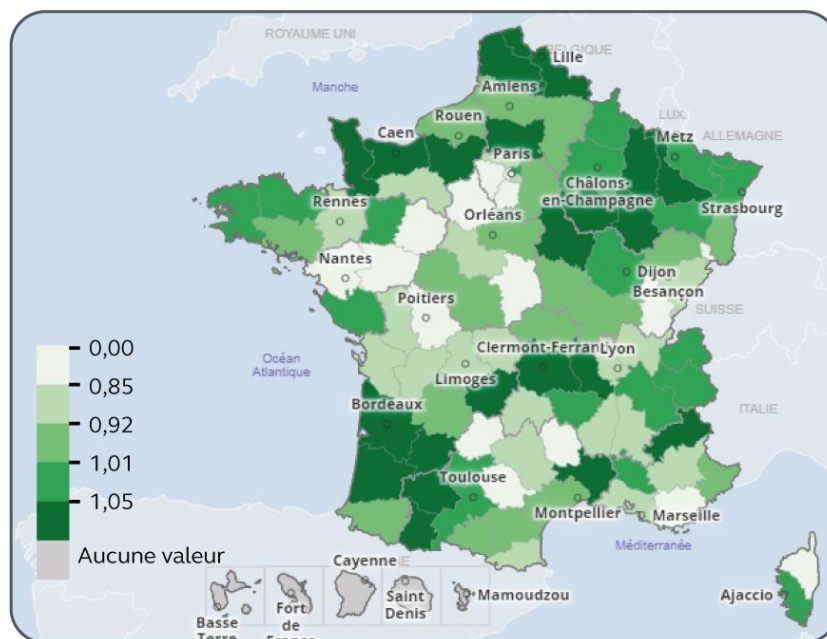
En 2019, le taux d'incidence standardisé des PECCAC était de 1,55 % pour l'ensemble de la population âgée de 75 ans et plus (contre 1,50 % en 2015, soit une légère progression¹⁷⁵). Il s'établit à 0,96 % pour les hommes et à 1,92 % pour les femmes : une femme a donc une probabilité deux fois supérieure d'être hospitalisée à la suite d'une chute avec blessure qu'un homme.

Entre régions, l'écart maximum de taux d'incidence s'élève à 0,38 point en 2019. Il varie de 1,37 % pour le Poitou-Charentes à 1,74 % pour le Nord-Pas de Calais. Le taux d'incidence standardisé des PECCAC pour les hommes varie de 0,85 % pour le Poitou-Charentes à 1,10 % pour le Nord-Pas-de-Calais. Pour les femmes, il varie de 1,71 % pour le Poitou-Charentes à 2,10 % pour la Corse.

Entre départements, l'écart maximum de taux d'incidence est de 0,65 point en 2019. Il varie de 1,23 % pour le Cher à 1,88 % pour le Gers. Ci-après les taux d'incidence par département.

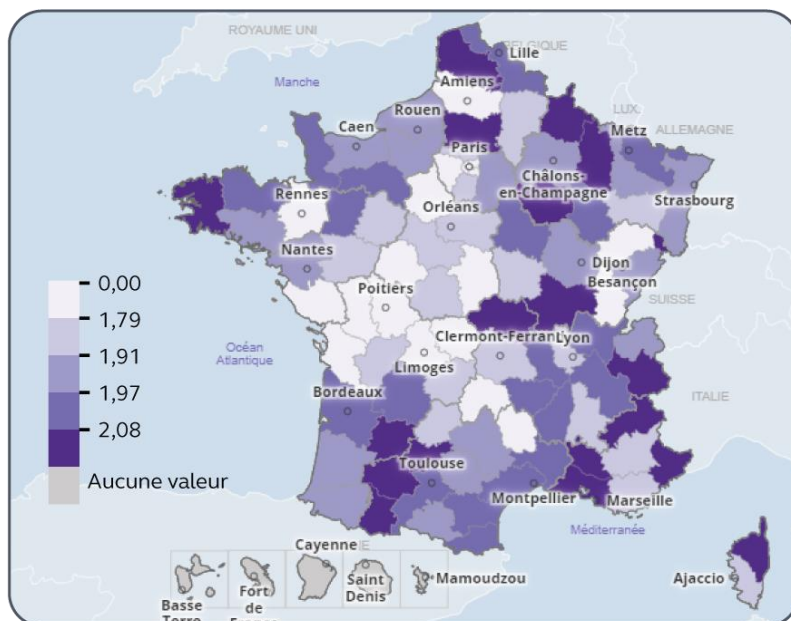
¹⁷⁵ Les taux d'incidence pour les fractures de l'extrémité supérieure du fémur (S72.0, S72.1, S72.2) pour les 60 ans et plus sont en revanche stables sur la période s'établissant à 0,49 % (0,28 % pour les hommes et 0,66 % pour les femmes).

**Carte n° 4 : taux d'incidence des prises en charges hospitalières
communément associées à une chute des hommes
de plus de 75 ans en 2019**



Source : Cour des comptes d'après taux calculés par le CHU de Toulouse (données PMSI et INSEE)

Carte n° 5 : taux d'incidence des prises en charges hospitalières communément associées à une chute des femmes de plus de 75 ans en 2019



Source : Cour des comptes d'après taux calculés par le CHU de Toulouse (données PMSI et INSEE)

Peu de retours à domicile après une prise en charge majoritairement réalisée dans un hôpital public

Plus de 80 % des entrées se font par les urgences, chiffre stable sur la période. La majorité des sorties se font en direction d'un service de soins de suite et de réadaptation (46 %), seul un tiers a lieu vers le domicile. 80 % des prises en charge sont réalisées dans les établissements publics de santé.

Sur la période 2015-2019, le nombre de séjours médicaux augmente fortement (+ 45 %) alors que les séjours chirurgicaux, quoique toujours majoritaires (70,5 % du total), n'augmentent que de 2 %. Cela pourrait s'expliquer par la très forte progression des ischémies traumatiques d'un muscle (+ 62 % entre 2015 et 2019), provoquant une rhabdomyolyse¹⁷⁶, qui constitue à la fois un signe très grave de fragilité clinique (le patient n'a pas été capable de se relever et est resté très longtemps au sol) et de mauvais pronostic mais ne nécessite pas de prise en charge chirurgicale.

¹⁷⁶ Situation dans laquelle des cellules des muscles squelettiques, se dégradant rapidement, libèrent leur contenu dans la circulation sanguine et peuvent entraîner une insuffisance rénale aiguë.

*Un taux de décès stable au cours de l'hospitalisation,
important dans les deux années qui suivent*

Le taux de décès au cours d'une PECCAC est estimé à 3,6 %, en 2019. La classe d'âge des plus de 95 ans est celle qui décède le plus, quelle que soit l'année considérée. Le taux de décès des hommes (6 à 7 % selon l'année) est le double de celui des femmes (3 %). En effet, si la chute en général, et en particulier avec blessure conduisant à l'hospitalisation, est moins fréquente chez l'homme, elle doit être considérée comme un marqueur de grande fragilité sous-jacente, surtout si elle est associée à une blessure, expliquant la surmortalité masculine en cas de fracture de l'extrémité supérieure du fémur.

Le CHU de Toulouse a également examiné, à l'occasion du travail réalisé sur l'EGB sur un échantillon de patients ayant eu une PECCAC, le nombre de décès survenus pendant les deux années qui ont suivi le séjour, comparé à un groupe témoin. Le tableau ci-dessous décompte les décès survenus jusqu'à quatre ans après l'hospitalisation. Un an après leur prise en charge hospitalière initiale, 23,3 % des patients de l'échantillon étaient décédés contre 7,4 % dans le groupe témoin. Un an après, dans le groupe survivant, 12,8 % des patients ayant eu une chute étaient décédés contre 6,3 % dans le groupe témoin. Quatre ans après, l'écart se réduit entre les deux groupes (16,5 % contre 12,6 %) mais demeure en défaveur des patients PECCAC. Ces données confirment que la chute avec blessure doit être considérée comme un marqueur de fragilité sous-jacente chez la femme comme chez l'homme (plus encore chez l'homme bien que moins fréquente), exposant à un sur-risque de mortalité dans les quatre années qui suivent.

**Tableau n° 12 : description du nombre et du taux des décès
après une prise en charge communément associée à une chute
(non cumulés), 2015-2018**

	Patients chuteurs (1 495)		Témoins (4 484)	
	<i>Nombre</i>	<i>%</i>	<i>Nombre</i>	<i>%</i>
Décès à 1 an	349	23,3	334	7,4
Décès à 2 ans	147	12,8	283	6,3
Décès à 4 ans	165	16,5	529	12,6

Source : CHU de Toulouse

L'analyse des parcours de soins et des profils de patients dans l'EGB

L'équipe du CHU de Toulouse a examiné les parcours de soins avant et après la PECCAC à partir de deux groupes de patients : un groupe PECCAC et un groupe témoin.

Constitution du groupe de cas et du groupe témoin

Ont été intégrés dans le groupe des cas, des patients métropolitains ayant bénéficié d'une PECCAC entre le 1^{er} janvier 2015 et le 31 décembre 2016, afin de disposer de données suffisantes dans les années qui suivent la prise en charge initiale. Les patients récidivants (c'est-à-dire présentant un code CIM-10 pour une PECCAC dans les deux ans avant la date de la PECCAC index) ont été exclus afin de réaliser les analyses sur une population homogène. La population de témoins, trois témoins par cas, a été appariée sur le sexe et des classes d'âge de 5 ans.

Le groupe des cas comprend 1 495 patients ayant bénéficié d'une PECCAC entre 2015 et 2016 et celui des témoins, 4 484 individus.

Les caractéristiques du groupe des cas correspondent à celles observées dans les bases du PMSI en termes d'âge, de sexe, de diagnostic principal.

L'examen du parcours a porté sur les deux ans qui ont précédé la PECCAC et les deux ans qui ont suivis. Ces quatre années ont été divisés en quatre périodes :

- période 1 : de 2 ans à 1 an avant la chute
- période 2 : de 1 an à la chute
- période 3 : 1 an après la chute
- période 4 : 2 ans après la chute.

Des comorbidités et une prise de psychotropes plus importantes chez les patients chuteurs

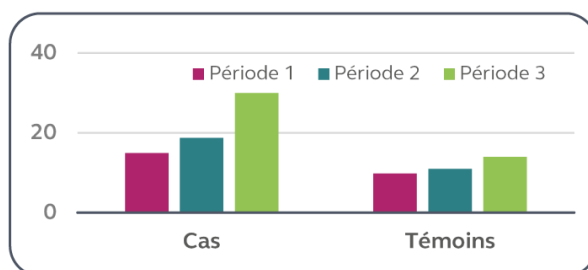
Un score de comorbidité¹⁷⁷ a été calculé pour les patients PECCAC et les témoins à partir de leur consommation de soins traceurs ou discriminants¹⁷⁸ et de leur diagnostic d'affection de longue durée (ALD).

¹⁷⁷ Comprenant quatre catégories : de 0 (aucune pathologie) à 4 (une pathologie avec un fort poids ou plusieurs pathologies).

¹⁷⁸ Diagnostics hospitaliers, consommation médicamenteuse et actes médicaux discriminants.

Des fréquences de comorbidité (cf. graphiques ci-dessous) assez similaires entre patients PECCAC et témoins avant la date index ont été observées, à part pour les démences, le diabète sans complication, plus fréquentes chez les PECCAC. Après la chute, ces comorbidités restaient plus fréquentes avec une différence qui s'accroît. Quelques comorbidités étaient plus fréquentes après la chute, suggérant que la chute avec blessure va mettre en évidence ou aggraver des pathologies sous-jacentes, en particulier la démence. Le diabète sans complication était la seule morbidité moins fréquente après la chute.

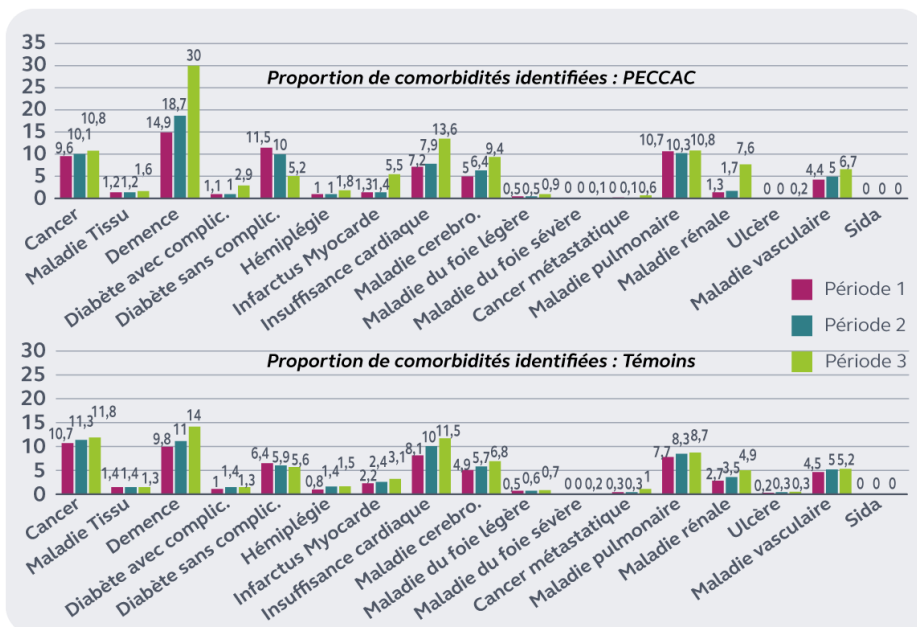
Graphique n° 6 : proportion des démences dans les deux groupes en fonction des périodes d'étude.



Source : CHU de Toulouse

Note de lecture : Période 1 : de - 2 ans à - 1 an avant la chute ;

Période 2 : de - 1 an à la chute ; Période 3 : de la chute à + 1 an.



La prise de psychotropes¹⁷⁹ avant et après la chute a également été examinée. Quelle que soit la catégorie de psychotropes et la période considérée, leur consommation est plus importante chez les patients ayant eu une hospitalisation liée à une chute par rapport aux témoins, confirmant que la réduction de la consommation de psychotropes est probablement l'une des mesures les plus effectives pour réduire le risque de chutes.

Une consommation de soins plus élevée avant même la chute avec blessure

La consommation de soins¹⁸⁰ deux ans avant et deux ans après la chute des patients PECCAC a été étudiée comparativement au groupe témoin. Il s'avère que les patients chuteurs ont, avant même la chute, une consommation de soins plus élevée :

- entre 2 ans et 1 an avant la chute, le surcoût annuel moyen s'élevait à 1 294 € pour les patients chuteurs, majoritairement expliqué par des actes paramédicaux (46 %), des hospitalisations (28 %) et des médicaments (11 %) ;
- 1 an avant la chute le surcoût annuel était de 2 378 €, majoritairement expliqué par des hospitalisations (53 %), des actes paramédicaux (27 %) et des médicaments (7 %) ;
- entre la chute et 1 an après, le surcoût annuel atteint 11 796 € pour les patients chuteurs, principalement en raison de l'hospitalisation.
- entre 1 an et 2 ans après la chute, le surcoût annuel persiste par rapport aux témoins mais il n'est plus que de 1 656 €, constitué majoritairement du coût des hospitalisations (70 %), des actes paramédicaux (24 %) et des transports (10 %).

Le surcoût total, à la charge de l'assurance maladie, sur l'ensemble de la période (deux ans avant et deux ans après la chute) est ainsi de 17 124 €.

Les dépenses de SSR réalisées dans des établissements publics ne figurant pas dans l'EGB, le surcoût réel est vraisemblablement minoré.

L'ensemble de ces éléments suggèrent que la chute avec blessure n'est pas un accident, mais qu'elle va apparaître sur un terrain de fragilité sous-jacente (sur-consommation de soins, de psychotropes, etc.). Ils invitent à mettre en œuvre des mesures préventives ciblées sur ces patients, visant à réduire le risque de chute, comprenant en particulier la réduction de prescription de psychotropes.

¹⁷⁹ Antipsychotiques, anxiolytiques-hypnotiques, sédatifs, antidépresseurs.

¹⁸⁰ Hospitalisation (MCO, HAD, tous établissements ; SSR et psychiatrie, privé seulement), soins de ville (consultations, actes médicaux et paramédicaux, examens complémentaires), médicaments, équipements médicaux et transports médicaux.

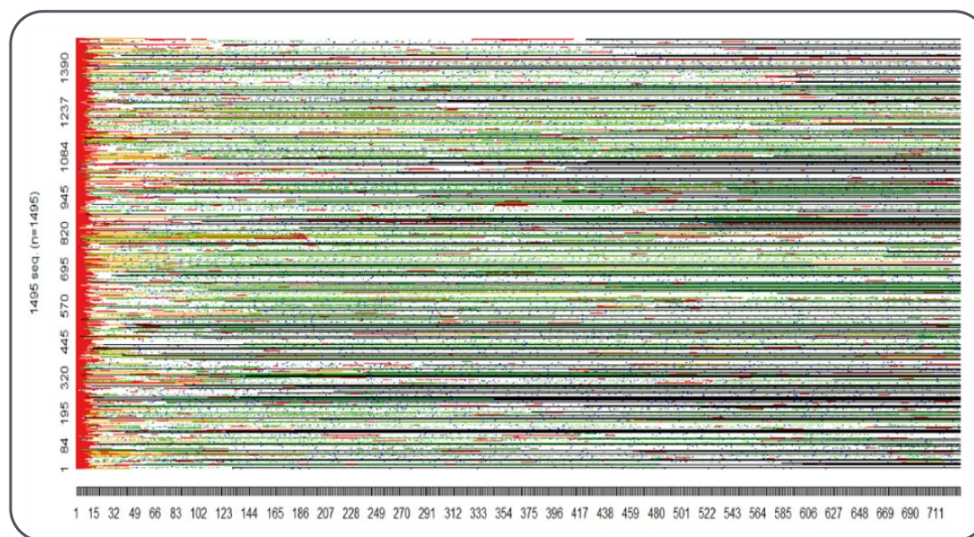
*Des classes homogènes de parcours repérables
au travers de la consommation de soins*

En utilisant notamment des méthodologies d'*optimal matching* (OM), qui permettent d'évaluer la similarité entre deux séquences, et de classification hiérarchique ascendante, qui permet de regrouper les parcours similaires entre eux, l'équipe du CHU de Toulouse a défini des classes homogènes de parcours des patients PECCAC en fonction de la quantité et de la répartition de leur consommation de soins¹⁸¹ sur les 24 mois suivant la chute avec blessure et a évalué les coûts associés à chaque classe.

La sommation des consommations quotidiennes de soins, leur pondération en fonction de leur nature¹⁸² et leur agrégation sur un pas de temps mensuel (qui aboutit pour chaque patient à 24 séquences successives) permet *in fine* de dessiner cinq types de parcours.

La visualisation des consommations de soins, quotidiennes puis mensuelles, de chaque patient est représentée dans les graphiques ci-dessous.

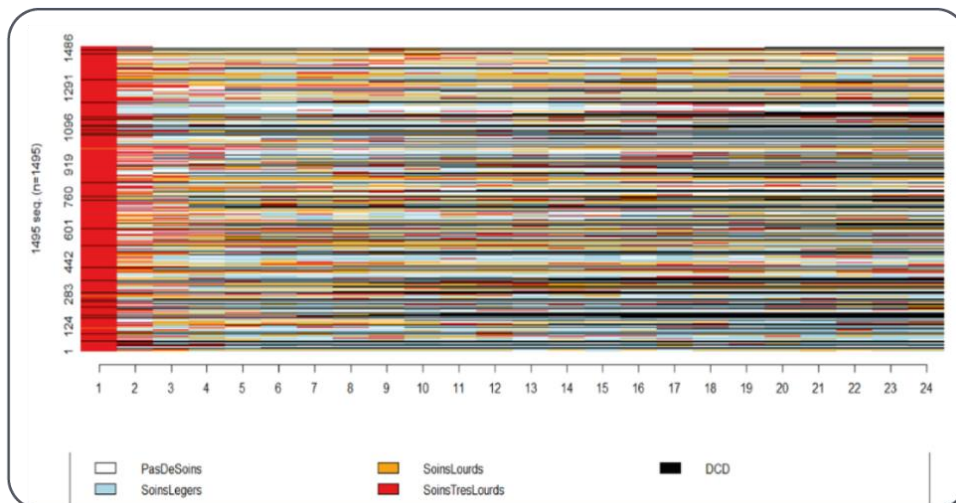
**Graphique n° 7 : répartition de la consommation de soins
discriminante par jour et par patient**



¹⁸¹ Consommations de soins discriminants ou traceurs de la prise en charge des personnes âgées, tels que les actes de soins infirmiers et de kinésithérapie, les consultations de médecins généralistes et spécialistes ainsi que les hospitalisations en MCO, HAD et SSR.

¹⁸² Pas de soins (personne vivante) =0, soins infirmiers et kinés =1, consultations =5, etc.

Graphique n° 8 : représentation de la consommation de soins discriminante par patient, par niveau de consommation et par pas de temps de 1 mois



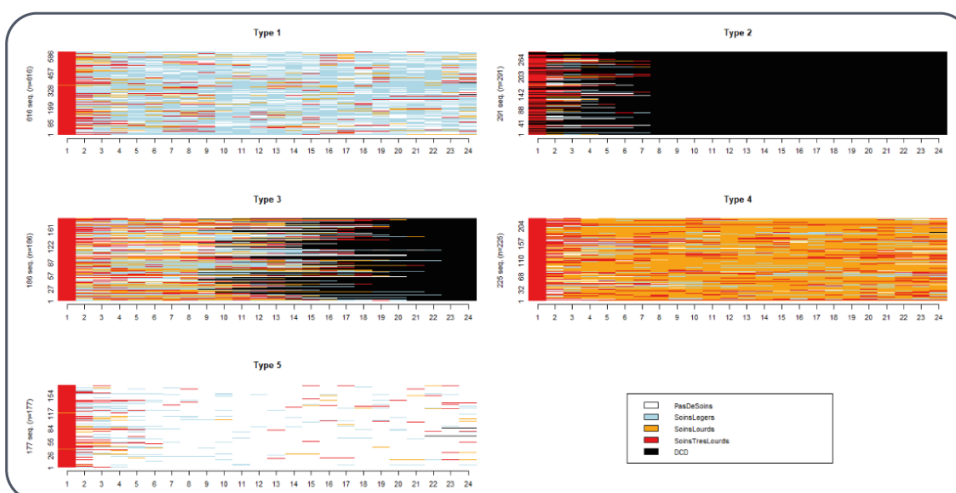
Note de lecture :

Chaque ligne correspond au parcours d'un patient. La bande rouge en début de parcours correspond à l'hospitalisation initiale, la noire correspond à des patients décédés.

Dans le graphique 7, chaque point correspond à une consommation journalière

Dans le graphique 8, les consommations de soins journalières ont été agrégées sur des périodes mensuelles.

Graphique n° 9 : représentation des 5 types de parcours de soins agrégés



Cinq types de parcours homogènes ressortent ainsi de l'analyse :

- Type 1 : 41 % de l'ensemble des patients PECCAC ; patients plus jeunes et majoritairement de sexe féminin, avec peu de comorbidités, suivis de façon régulière (grand nombre de consultations réparties sur l'ensemble du parcours).
- Type 2 : 19 % de l'effectif ; patients avec comorbidités décédés en début de suivi (en moyenne dans les 80 jours) ; prise en charge 34 % moins coûteuse que les patients du type 1.
- Type 3 : 12 % de l'effectif ; patients avec comorbidités décédés dans un second temps, durant la suite du parcours (en moyenne dans les 449 jours) ; prise en charge 45 % plus coûteuse que les patients du type 1.

Les types 2 et 3 comprennent plus fréquemment des hommes, des patients d'un âge moyen plus élevé et présentant les comorbidités les plus sévères ou de multiples comorbidités.

- Type 4 : 15 % de l'effectif ; patients vivants à la fin du parcours, avec des consommations importantes de soins, continues durant les deux années ; plus jeunes que les patients des types 2 et 3, avec moins de comorbidités ou d'une gravité moindre, ces patients ont bénéficié des soins infirmiers et de kinésithérapie très fréquents. C'est le groupe qui présente le taux de deuxième PECCAC le plus important. Il s'agit de la prise en charge la plus coûteuse (2,17 fois plus coûteuse que celle des patients relevant du type 1).
- Type 5 : 12 % de l'effectif ; patients d'un âge moyen avancé, avec une plus grande proportion de femmes, pour lesquels aucun soin n'était retrouvé dans la majorité du parcours ; ce type de parcours pourrait aussi bien être composé de patients robustes ne nécessitant pas de soin que de patients très peu suivis ; leur prise en charge est 40 % moins coûteuse que le type 1.

Ces travaux constituent un premier jalon dans l'analyse et la compréhension des prises en charge communément associées aux chutes. La richesse des informations obtenues par le CHU de Toulouse ouvre la voie à un approfondissement des recherches sur le sujet.

Ils permettent néanmoins d'ores et déjà de tirer quelques enseignements. Ainsi que le souligne Santé publique France dans son étude sur les profils de patients chuteurs¹⁸³, peu de chutes correspondent à des accidents imprévisibles liés à une prise de risque. La plupart adviennent sur un terrain que les co-morbidités, les pathologies préexistantes ont rendu favorable. Parmi ces facteurs de pré-disposition, l'étude du CHU de Toulouse incite à penser qu'il est possible d'agir de façon déterminée sur certains (la prise de médicaments notamment) et d'en surveiller d'autres activement pour anticiper et prévenir. La chute n'est pas une fatalité et l'enchaînement des causes et des effets qui y mènent peut-être efficacement dévié.

¹⁸³ Torres M, Pedrono G, Lasbeur L, Carcaillon-Bentata L, Rigou A, Beltzer N. « Chutes des personnes âgées à domicile : caractéristiques des chuteurs et des circonstances de la chute ». Enquête ChuPADom, 2018. Santé publique France, 2020.

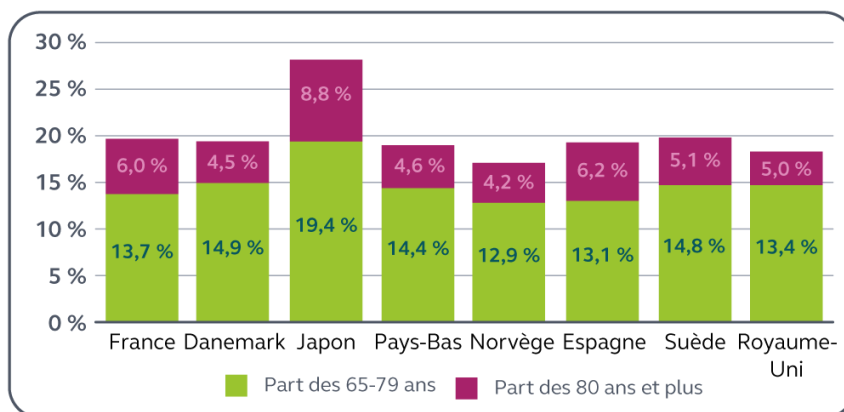
Annexe n° 3 : approche comparée des politiques de prévention de la perte d'autonomie dans sept pays et focus sur l'expérience japonaise

Le positionnement de la France en matière de prévention de la perte d'autonomie a été comparé à sept pays, choisis sur la base de leurs dynamiques démographiques, économiques et politiques : Danemark, Norvège, Suède, Pays-Bas, Espagne, Royaume-Uni et Japon.

Des trajectoires de vieillissement assez proches

En 2018, le poids des classes d'âges les plus élevées est assez comparable dans les différents pays étudiés. La France se situe dans une dynamique intermédiaire de vieillissement, comparable à celle de la majorité des autres pays européens. Le Japon présente néanmoins un profil atypique. La proportion de personnes âgées, voire très âgées, y est supérieure aux autres et proche au total de 30 %. La part des 80 ans et plus, notamment, est le double de celle de la Norvège.

Graphique n° 10 : part des 65 ans et plus dans la population en 2018



Source : données OCDE

Le Japon est depuis les années 2000 le pays où le vieillissement est le plus avancé, aussi bien en proportion de la population qu'en rapidité du phénomène qui s'est accéléré à partir des années 1990¹⁸⁴. Le Japon et la France bénéficient tous deux d'une espérance de vie relativement longue. Le taux de natalité au Japon est toutefois très faible (1,4 enfant par femme) contrairement à la situation en France, le nombre de décès excédant celui des naissances. La population pourrait ainsi atteindre 90 millions d'individus en 2060, soit - 36 millions de personnes par rapport à 2019.

Tableau n° 13 : espérance de vie et espérance de vie en bonne santé à 65 ans en 2019 pour les pays européens étudiés

	Espérance de vie à 65 ans	Dont espérance de vie en bonne santé	Rang (en Europe)
France	22,0	50%	12*
Danemark	19,8	57%	7
Suède	20,9	78%	1
Pays-Bas	20,3	49%	13
Espagne	22,0	56%	8
Royaume-Uni	20,1	52%	10

Source : Eurostat, données 2019 (sauf pour le Royaume-Uni, données 2018)

* Les pays qui ont un meilleur classement que la France sont la Suède, la Norvège, Malte, l'Irlande, l'Allemagne, la Bulgarie, le Danemark, l'Espagne, la Suisse, le Royaume-Uni et la Belgique. Les échanges menés avec des experts des sept pays inclus dans cette comparaison ont permis de passer en revue les politiques de prévention.

¹⁸⁴ Le poids des 65 ans et plus est passé de 7 % à 14 % de la population totale sur une période de 114 ans pour la France (1864-1979) et de seulement 24 ans pour le Japon (1970-1994) (source : Miyako Nakamura Fujimori, *A la recherche de la viabilité de l'assurance de soins de longue durée dans une société de longévité : le cas japonais*, La découverte, 2017).

**Tableau n° 14 : tableau synoptique des politiques de prévention
de la perte d'autonomie**

	Danemark	Suède	Norvège	Pays-Bas	Espagne	Royaume-Uni	Japon
Gouvernance de la prévention	Les municipalités sont responsables et autonomes : services à domicile, portage de repas, logements médico-sociaux adaptés, soins de suite et de réadaptation. L'Agence de Santé publique apporte un soutien théorique et méthodologique. Le Conseil des Seniors joue un rôle consultatif.	Trois niveaux : - national : financement et stratégie - régional : organisation de la prise en charge et des soins - communal : responsable du secteur médico-social et acteur unique de l'offre de services et de biens aux personnes âgées	Responsabilités partagées : - État : financement et stratégie, contrôle et évaluations des communes ; - communes et autorités régionales de santé : offre de services de soins et de santé (avec large recours aux prestataires privés) - conseils (national et communaux) des seniors régulièrement consultés	Le cadre légal est national. La gestion et la mise en œuvre sont opérées par les municipalités.	L'encadrement légal est national. La gestion et mise en œuvre se font par les 17 gouvernements régionaux. Un conseil national s'assure de l'égalité de traitement entre régions.	Le financement est partagé entre le système de santé national et les autorités locales. Les autorités locales sont en charge de la prévention. Le secteur associatif joue également un rôle significatif.	La politique et les objectifs sont fixés par le gouvernement. En 2000, le gouvernement japonais a créé un système d'assurance pour les personnes dépendantes appelé « Kaigo hoken ». C'est un système géré par les municipalités.
Maintien à domicile	Un des principes de l'approche danoise est le maintien à domicile (plus de construction d'Ehpad depuis 1987). Les personnes âgées en hébergement collectif vivent dans des maisons de retraite non médicalisées.	La Suède accorde dès les années 1940 la priorité au maintien à domicile. En 1956 sont affirmés les droits à bénéficier de soins et à être pris en charge à domicile aussi longtemps que possible.		Le programme gouvernemental <i>Langer Thuis</i> promeut le maintien à domicile.		Dès 2008, le Royaume-Uni s'est doté de la stratégie <i>Lifetime Homes, Lifetime Neighbourhoods</i> , une stratégie globale d'adaptation de la ville et du logement au vieillissement.	Vue l'ampleur du vieillissement que connaît le Japon, le maintien à domicile est très fortement préféré. De ce fait, la part de personnes hébergées en établissement est moindre qu'en France.
Adaptation des logements	Aménagement gratuit de l'appartement ou de la maison par la commune, ou, proposition d'un logement adapté de superficie équivalente à proximité. Des aides financières sont proposées pour l'achat d'équipement de la vie courante.	Très ancienne politique de subventions (années 50). Les communes étudient les demandes et payent les travaux (à l'usager ou directement à l'entrepreneur). L'Agence nationale du logement assure le suivi.		Les projets sont financés par les municipalités dans la limite de 10 000 €. Le programme « <i>ageing on place</i> » (2017-2021) disposait de 340 M€.	Il existe un plan national pour équiper ou réhabiliter les logements des + 65 ans. Les subventions pour des travaux d'adaptation sont dépendants des revenus du foyer. La réduction des crédits a entraîné une baisse du nombre des bénéficiaires.	Les collectivités locales en sont responsables. Aide sous condition de ressources au-delà de 1 000 € de travaux. Des compléments peuvent être versés par les ONG et associations locales. Budget important : 600 M€ au total mais en deçà des besoins.	La loi sur l'assurance des soins de longue durée prévoit la versement d'une aide à la réparation et à l'adaptation du logement en vue de soins de longue durée pour un montant maximal individuel de 1 500 € environ. Certaines municipalités, comme Tokyo, proposent en outre un financement complémentaire pour les logements situés dans certaines zones prioritaires.

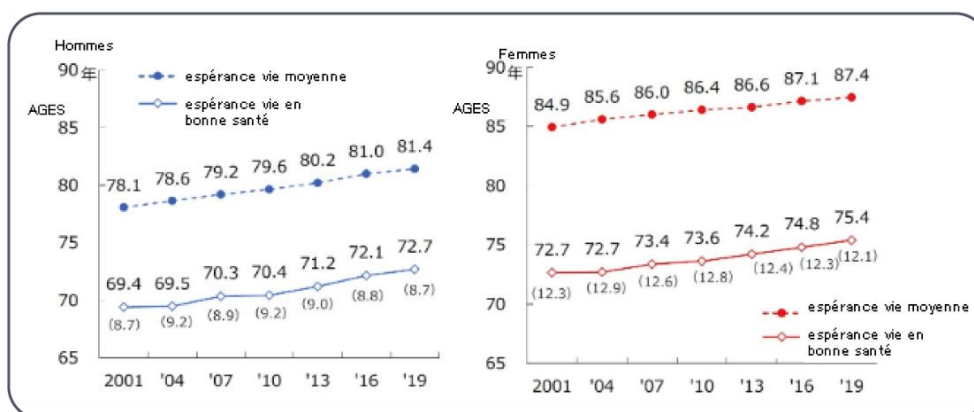
Visites préventives	- Dès 65 ans des visites préventives à domicile sont proposées aux personnes qui se trouvent dans une situation difficile (perte d'autonomie, du conjoint, personnes isolées, etc.). - Visite de prévention à l'occasion des 75 et 80^{ème} anniversaire pour tous les résidents d'une commune - Au-delà de 82 ans, visite médicale préventive à domicile obligatoire	De nombreuses municipalités organisent des visites à domicile (souvent à partir de 70 ans). Mais leur efficacité est incertaine. La ville de Stockholm a cessé les siennes.	Des visites d'évaluation des besoins et d'information sont organisées par les communes à domicile ou dans les centres communaux. Un suivi de l'efficacité de ces visites est réalisé par le gouvernement.	Certaines communes les pratiquent mais il n'y pas d'orientation nationale en ce sens	Au niveau national, il n'a pas de système de visites institutionnalisées	Il n'existe pas de programme systématique, certaines municipalités pouvant organiser des visites préventives. Les professionnels de santé et le personnel de livraison sont vigilants aux besoins des seniors lors de leurs visites	
Prévention des chutes	Un guide national de prévention est publié par l'Agence de Santé publique qui insiste sur l'identification des facteurs à risque Les actions varient selon les municipalités : cours collectifs, programmes d'entraînement à domicile, entretiens individuels avec un médecin...	Les municipalités organisent des campagnes de communication et sensibilisation	Programme national pour la prévention des chutes sur la période 2009-2018 avec un objectif de réduction de 10 % des fractures du col du fémur et de consolidation du registre des patients	Des recommandations de prévention des chutes ont été émises en commun par les physiothérapeutes de quatre régions	Un guide de prévention est publié par le gouvernement britannique à destination des personnes âgées	Il n'existe pas de programme spécifique mais la promotion de l'activité physique adaptée contribue à la prévention des chutes	
Activités physiques et sociales	Des programmes financièrement très accessibles sont proposés par les municipalités.	Les employeurs subventionnent la pratique sportive. Les activités sportives, les musées et les transports publics sont subventionnés pour les + 65 ans. Les centres sociaux municipaux proposent des activités physiques, ludiques et culturelles.	Les communes développent des programmes d'activité physique	La majorité des municipalités (77 %) emploient des personnels (<i>'buurtsportcoach'</i>) qui encouragent les plus âgés à rester actif en pratiquant sport et exercice. Pendant la crise sanitaire, les seniors faisaient du sport sur leur balcon (le coach étant à l'extérieur). Des aides individuelles aux activités physiques et sportives sur critères de ressources sont disponibles.	Deux actions pour faciliter l'accès des personnes âgées aux programmes de loisirs et de santé : - tourisme social (a aussi pour objectif d'atténuer la saisonnalité des emplois dans le secteur) - thermalisme social : sur ordonnance, accès à prix réduits aux traitements.	Prévu dans le cadre du programme « <i>Anticipatory Care</i> » (avril 2021) : approche multidisciplinaire pour les populations ayant des besoins complexes proposant des interventions à la fois sur le plan physique et mental, sous la responsabilité d'un coordinateur	Des événements de promotion sont organisés par le gouvernement. Les clubs de sport sont éligibles à des aides financières gouvernementales et municipales pour leurs programmes pour seniors

Nouvelles technologies	Des centres d'aides techniques municipaux mettent à disposition des objets connectés pouvant être empruntés par les personnes.	Chaque commune doit obligatoirement proposer un panier de biens et de services défini par la loi, garantissant des « conditions de vie raisonnables ». La téléalarme est le service le plus proposé.	Programme spécifique de 2013 à 2020 de subventions des communes par l'État pour développer le recours aux nouvelles technologies dans les soins. Attention particulière portée à l'amélioration des soins aux personnes atteintes de démence grâce aux nouvelles technologies	Des aides sont utilisées, notamment des systèmes de téléassistance	La téléassistance est déployée de façon importante à travers tout le pays	La téléassistance semble très présente	L'objectif du gouvernement est d'introduire la robotisation et l'intelligence artificielle dans la plupart des établissements médicalisés pour effectuer les soins quotidiens en 2040.
------------------------	--	--	---	--	---	--	--

Focus sur l'expérience japonaise¹⁸⁵

Le défi démographique que connaît le Japon l'a conduit à mettre en place en 2000 un système d'assurance dépendance obligatoire, le *Kaigo Hoken* et une politique active de prévention visant à améliorer l'espérance de vie sans incapacité de sa population, avec un certain succès. Selon une évaluation du NLI Research Institute¹⁸⁶, l'espérance de vie a augmenté entre 2016 et 2019 de 0,43 point pour les hommes et de 0,31 point pour les femmes alors que l'espérance de vie en bonne santé a augmenté, sur la même période de 0,6 point tant pour les hommes que pour les femmes. Le différentiel entre l'espérance de vie et l'espérance de vie en bonne santé moyenne tend donc à diminuer.

Graphique n° 11 : évolution de l'espérance de vie et de l'espérance de vie en bonne santé



Source : Ambassade de France au Japon, Service économique régional

NB : Les chiffres entre parenthèses indiquent la différence entre les deux chiffres à leur verticale.

¹⁸⁵ Ces développements ont été rédigés à partir d'éléments transmis par :

- l'Ambassade de France au Japon (service économique régional) ;
- le Ministère du travail, de la santé et des affaires sociales du Japon (un remerciement particulier à M. Naoaki Kunishiro, directeur adjoint de l'assurance maladie, ancien Premier secrétaire aux Affaires sociales près l'Ambassade du Japon en France) ;
- le *Board of Audit of Japan* (homologue de la Cour des comptes) ;
- Mme Miyako Nakamura Fujimori, professeur honoraire au Japon et docteure en sciences sociales de l'Université de Paris Descartes ;
- M. Takao Kobayashi, directeur de « Fami-town Musashi-koyama », organisme des services d'accueil de jour et de services de prévention et de soutien qui a sollicité le département de Tokyo et l'arrondissement de Shinagawa.

¹⁸⁶ Du groupe Nippon Life, première compagnie d'assurance vie japonaise.

L'assurance dépendance obligatoire à partir de 40 ans poursuit trois objectifs :

- soulager les familles et améliorer le taux d'emploi des femmes ;
- améliorer la qualité de la prise en charge par la professionnalisation de l'aide ;
- optimiser les dépenses de santé en retardant l'entrée en établissement grâce aux aides à domicile.

Un système intégrant d'emblée la prévention et privilégiant le maintien à domicile

Ce système est géré par les municipalités et financé en partie par des cotisations payées par chaque citoyen japonais à partir de 40 ans mais dont le bénéfice ne peut être activé qu'à partir de 65 ans, sauf exceptions. Les cotisations financent 50 % de l'assurance, l'État, les départements et les municipalités l'autre moitié (25 % pour l'État, 12,5 % pour les départements et 12,5 % pour les municipalités). Le reste à charge pour les assurés est généralement de 10 %, mais il peut être réduit à zéro dans certains cas et atteindre 30 % pour les plus aisés.

Afin d'évaluer leurs besoins, toutes les personnes de plus de 65 ans répondent à 74 questions sur leur situation. En fonction, un niveau de dépendance provisoire est calculé. Un comité de spécialistes de la municipalité se réunit ensuite pour l'attribution du niveau dans lequel se situera l'assuré.

Chaque niveau de dépendance est calculé en unité et chaque service correspond à un nombre d'unités. Le « *care manager* »¹⁸⁷ chargé de l'établissement du plan d'aide indique à la personne âgée le catalogue de services auquel elle peut prétendre.

Une fois l'évaluation effectuée par les services municipaux, en lien avec le « *care manager* » qui lui a été affecté, l'assuré bénéficie de prestations correspondant à un panier d'offres (installation d'équipements à domicile, aides-soignants, séjour temporaire ou permanent en maison de retraite, etc.) qui sont plafonnées pour chaque niveau de dépendance. L'essentiel de ces prestations est assuré par des entreprises privées.

¹⁸⁷ La fonction de « *care manager* » est accessible à la suite d'un examen spécifique. Elle nécessite d'avoir travaillé dans le domaine médical ou d'avoir été assistant social pendant au moins cinq ans. Une formation de quelques mois est alors dispensée.

Le rôle important des municipalités

Les municipalités sont donc en première ligne pour assurer des actions de prévention variées mais avec des lignes directrices communes. Les actions de prévention portent notamment sur l'importance d'une alimentation équilibrée et sur le caractère décisif de l'activité physique pour une vieillesse en bonne santé.

Les autorités japonaises ont également mis en place des mécanismes incitatifs qui favorisent l'entraide et la socialisation entre personnes âgées, notamment pour que les personnes valides puissent soutenir les personnes dépendantes.

Les difficultés des métiers liés au grand âge

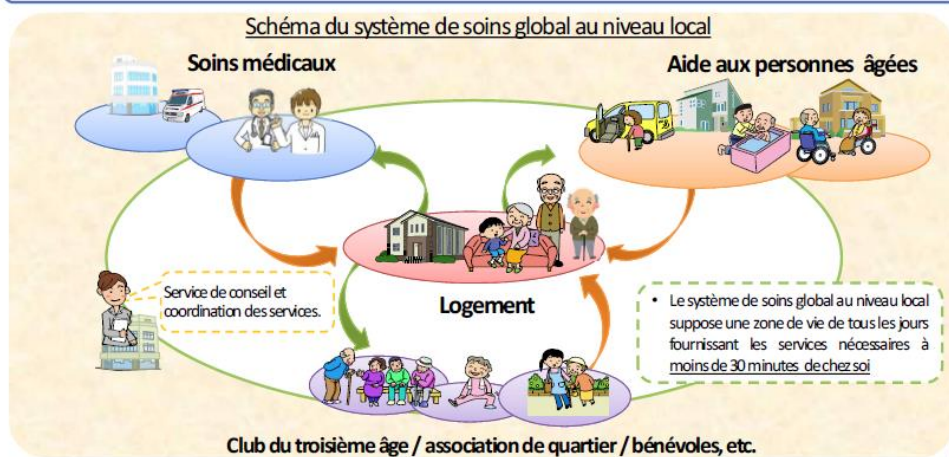
Comme la France, le Japon est confronté à une urbanisation pénalisant les régions les plus reculées, plus âgées, et où la concentration de médecins est moindre que dans les aires urbaines. Pour endiguer ce phénomène, le gouvernement japonais a développé une école de médecine qui offre la gratuité de la formation en échange d'un engagement des étudiants à aller exercer pour leur premier poste dans des zones en déficit de médecins.

Le Japon accorde également de plus en plus de visas de travail à des professionnels médicaux en provenance d'Asie du Sud-Est.

Alors que le Japon fait face à une forte tension de l'offre de main d'œuvre, les employés du secteur des services aux personnes âgées, tels que les aides-soignants, ont un salaire inférieur à la moyenne nationale. Pour y faire face, le gouvernement japonais s'est engagé dans une revalorisation de ces carrières en favorisant l'embauche en CDI et en instaurant un salaire minimum dans cette branche d'activité.

Par ailleurs, le programme « Parcours de vie intégrée » qui vise, d'ici 2025, à offrir aux personnes âgées une gamme de services allant des premiers secours aux biens de première nécessité, en passant par les activités associatives dans un périmètre de 30 min à pied depuis leur domicile. Cette zone de vie à taille humaine doit permettre de favoriser le vieillissement en bonne santé. Elle est toutefois difficile à mettre en œuvre pour les localités rurales qui font face à un exode massif de leur population.

Réalisation d'ici 2025 d'un système de « Parcours de vie intégrée ». Cela signifie que **dans un périmètre limité à 30 minutes, les personnes dépendantes, ont accès à des soins médicaux, à une aide pour les tâches ménagères et à des activités associatives**, pour leur permettre de vivre jusqu'à la fin de leurs jours en conservant leurs habitudes dans un cadre de vie familial, même quand des soins importants sont nécessaires.



5

Source : Ministère des affaires Ministère du travail, de la santé et des affaires sociales du Japon

La municipalité de *Shiga* a mis en place de nombreuses actions de prévention il y a près de 30 ans. C'est aujourd'hui la ville avec l'espérance de vie la plus élevée pour les hommes (elle se classait dans la moyenne nationale dans les années 1970¹⁸⁸).

La lutte contre l'isolement social : une priorité

Au Japon, les personnes âgées ayant des échanges avec d'autres personnes « entre une fois par semaine et moins d'une fois par mois », ont un risque de démence ou de soins de longue durée accru de 1,3 à 1,4 par rapport à celles qui ont des contacts quotidiens¹⁸⁹. De plus, les morts prématurées sont multipliées par 1,3 pour les personnes âgées qui bénéficient de moins d'un contact par mois.

¹⁸⁸ Compte-rendu de l'audition du 3 juillet 2019, la prise en charge de la dépendance et la prévention de la perte d'autonomie au Japon. Regards croisés avec la France. Les comptes rendus des groupe d'études : Prévention santé - La prévention de la perte d'autonomie au Japon - Assemblée nationale (assemblee-nationale.fr).

¹⁸⁹ Source : Audition Assemblée nationale du 3 juillet 2019, *Favoriser les synergies entre les nouvelles technologies et la « silver economy »*.

Le portage des repas à domicile constitue l'une des voies de repérage des personnes isolées. Les municipalités contractualisent avec les sociétés qui délivrent des repas à prix réduits une fois par jour, pour que l'équipier s'assure de la sûreté de la personne âgée. Le maillage des « *mukôsangenyôdonari* »¹⁹⁰ met quant à lui l'accent sur la réactivation des liens de voisinage et encourage le bénévolat.

Les communes développent également des « *Kayoi-no-ba* », lieux de rencontre favorisant les activités physiques et sociales des personnes âgées. Les effets bénéfiques sur l'élargissement de la vie sociale des participants, au-delà de ce lieu de rencontre, ont été mesurés (60 % des personnes interrogées ont déclaré une participation accrue à d'autres activités après avoir commencé à fréquenter le « *Kayoi-no-ba* »).

Un accent fort mis sur l'entraide et sur l'activité sportive

En participant aux activités sociales comme l'accompagnement des enfants à l'école, les personnes âgées retrouvent confiance en elles (et rendent service aux familles). Dans plusieurs villes, un système de points échangeables contre de l'argent a été mis en place pour inciter les personnes âgées à participer à des activités.

Enfin, le ministère de la santé, du travail et du bien-être organise un festival de sensibilisation à la santé des seniors, leur intégration à la société et au développement de leur bien-être quotidien. Des aides financières sont en outre accordées par le gouvernement aux collectifs organisant des activités sportives à destination des seniors. C'est le cas par exemple de *Tororen*, la confédération des clubs pour seniors de Tokyo, dont 60 % du budget annuel provient du gouvernement et de la métropole de Tokyo.

Un nouveau plan à horizon 2040

En 2019, a été votée la *Basic Policy on Economic and Fiscal Management and Reform* dont le principal objectif est que l'espérance de vie sans incapacité atteigne 75 ans à l'horizon 2040. Il s'agit de maintenir sur le marché du travail une population ayant la volonté de travailler et de soutenir le rôle des seniors dans la société. Les trois principaux axes de ce plan sont :

- d'inciter les personnes âgées à rester en activité après leur départ à la retraite en favorisant le cumul d'une activité professionnelle avec la retraite ;

¹⁹⁰ Les trois maisons d'en face et les deux maisons latérales (source : rapport du HCFEA, *Politiques de soutien à l'autonomie des personnes âgées : quelques comparaisons internationales*, mars 2019).

- de maintenir les personnes âgées en bonne santé le plus longtemps possible, ce qui passe notamment par des actions de prévention et des accès facilités aux services de proximité ;
- de développer les nouvelles technologies pour faciliter la prise en charge de la perte d'autonomie.

Le Japon compte sur le développement des nouvelles technologies pour faire face au défi que représentent le vieillissement et la dépendance. Les produits commercialisés par des entreprises japonaises se divisent en deux grandes catégories¹⁹¹ :

1/ **Personnes âgées à domicile** : des entreprises japonaises développent des systèmes de téléalarme pour que les personnes âgées à domicile puissent prévenir rapidement les secours en cas de problème. Les alarmes à distance peuvent en outre surveiller plusieurs actions de la vie quotidienne, telles que la fréquence d'ouverture du réfrigérateur (notification si le réfrigérateur ne s'ouvre pas pendant une certaine période), la fréquence de sortie du lit, la surveillance de la zone de mouvement par un tapis de détection. Des recherches sont également menées pour détecter des irrégularités dans la consommation d'électricité ou dans la consommation d'eau des toilettes qui peuvent permettre une alerte précoce des services de secours ;

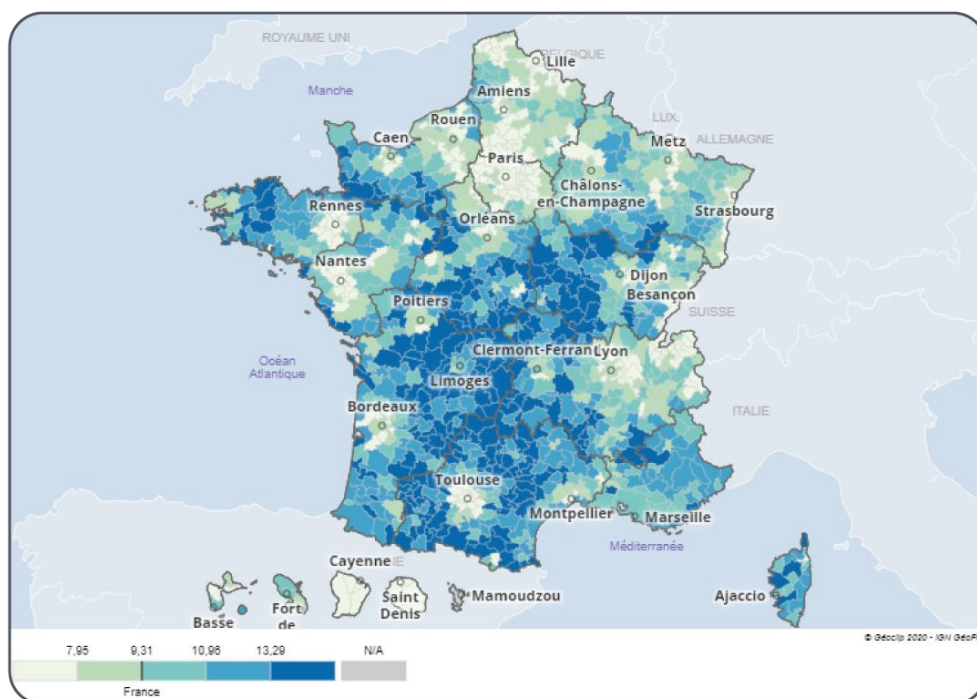
2/ **Personnes âgées en établissement** : dans ce domaine, les entreprises japonaises cherchent plutôt à développer des systèmes de capteur physiologique qui permettent un suivi en temps réel de l'état de santé des patients dont certains ne peuvent facilement faire part de leurs douleurs. Les autorités japonaises ont pour objectif d'introduire des mécanismes numériques, robotiques et/ou domotiques dans l'ensemble des institutions médicales accueillant des personnes âgées à l'horizon 2040 pour faciliter le travail des soignants.

¹⁹¹ Audition Assemblée nationale du 3 juillet 2019, *op. cit.* p. 34.

Annexe n° 4 : vieillissement, espérance de vie et espérance de vie en bonne santé : des écarts importants entre territoires¹⁹²

La France est, comme les autres pays d'Europe, confrontée à un phénomène de vieillissement, malgré une fécondité plutôt élevée. Ce vieillissement ne revêt pas la même forme selon les territoires.

Carte n° 6 : part des 75 ans et plus en 2017 par EPCI



Source : Cour des comptes, d'après données Insee

¹⁹² Cette annexe a été réalisée principalement à partir de l'étude de Maude Crouzet, Amélie Carrère, Caroline Laborde, Didier Breton, Emmanuelle Cambois, « Différences d'espérance de vie sans incapacité dans les départements français : premiers résultats à partir de l'enquête Vie Quotidienne et Santé », Revue Quetelet/Quetelet Journal, Vol. 8, n°1, à paraître.

Le vieillissement est très prononcé dans les espaces peu denses et sur certains littoraux, quoique les causes en soient différentes : les littoraux sont attractifs pour la population retraitée tandis que la « diagonale du vide » est plutôt confrontée à un vieillissement de la population résidente associé à un exode des jeunes.

Malgré les progrès sanitaires que le pays a connus depuis les années 1950, les inégalités spatiales de mortalité restent importantes en France. Les espérances de vie les plus faibles se situent au nord-est du pays (du Nord-Pas-de-Calais à l'Alsace), tandis que la région parisienne, les départements du sud-ouest et de la région Rhône-Alpes bénéficient d'une plus grande longévité.

L'enquête vie quotidienne et santé (VQS)

Si l'espérance de vie est calculée à partir des données de l'Insee¹⁹³, le calcul de l'espérance de vie sans incapacité, promu par le réseau international Reves (réseau espérance de vie en santé) pour surveiller l'évolution de l'état de santé de la population nécessite de combiner des données de mortalité et d'incapacité (connues à partir de la réponse à la question : « Êtes-vous limités depuis au moins six mois à cause d'un problème de santé, dans l'activité que les gens font habituellement ? Oui, sévèrement limité(e)/ oui, limité(e) / non, pas du tout limité(e) » -*Global Activity Limitation Instrument*).

Cette enquête est la première à offrir une représentativité à l'échelle départementale des données d'incapacité, permettant ainsi une comparabilité entre tous les départements. Le questionnaire VQS s'adresse aux personnes âgées de 60 ans et plus résidant en ménage ordinaire (n = 166 800) et recueille notamment des informations sur les limitations physiques, sensorielles et cognitives des individus et sur des gênes dans les activités liées à un problème de santé. Il n'existe pas de données sur l'incapacité des personnes résidant en institution représentatives au niveau départemental.

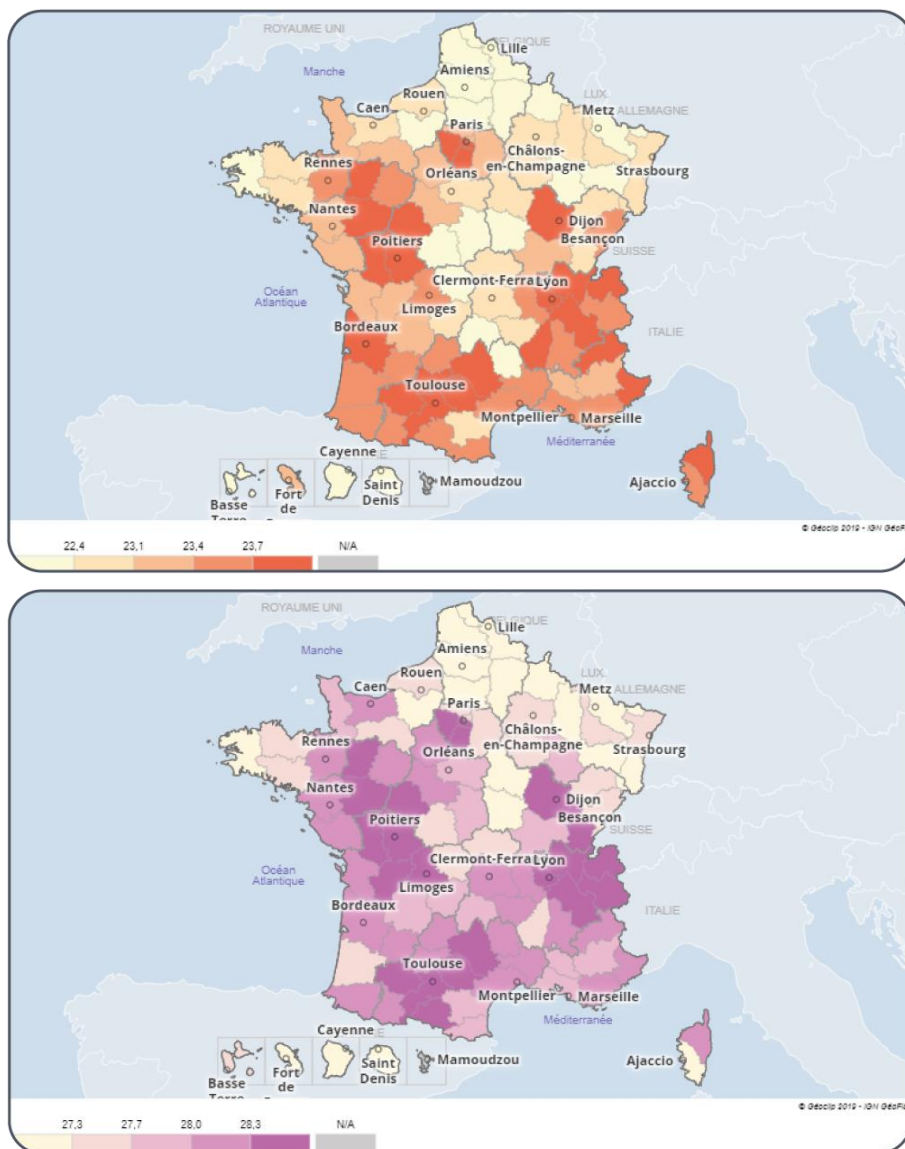
L'hypothèse faite pour le calcul de l'EVSI est alors que toutes les personnes institutionnalisées sont en situation d'incapacité. Les données sur l'institutionnalisation comprennent l'ensemble des personnes résidant en « service de moyen ou long séjour, maison de retraite, foyer ou résidence sociale », on compte donc parmi elles des personnes habitant ce type de logement pour des raisons économiques et non liées à leur état de santé, de ce fait on risque de surestimer d'autant plus l'incapacité dans cette population.

L'impact de cette hypothèse est d'autant plus important que le nombre de places d'hébergement par habitant n'est pas homogène sur le territoire.

¹⁹³ Les tables de mortalité départementales sont calculées à partir des données de l'état-civil et du recensement de la population de l'Insee (décès et populations départementales par sexe et âge pour l'année 2014).

En 2014, les espérances de vie à 60 ans varient entre 21 et 25 ans chez les hommes et entre 26 ans et 29 ans chez les femmes (cf. cartes *infra*).

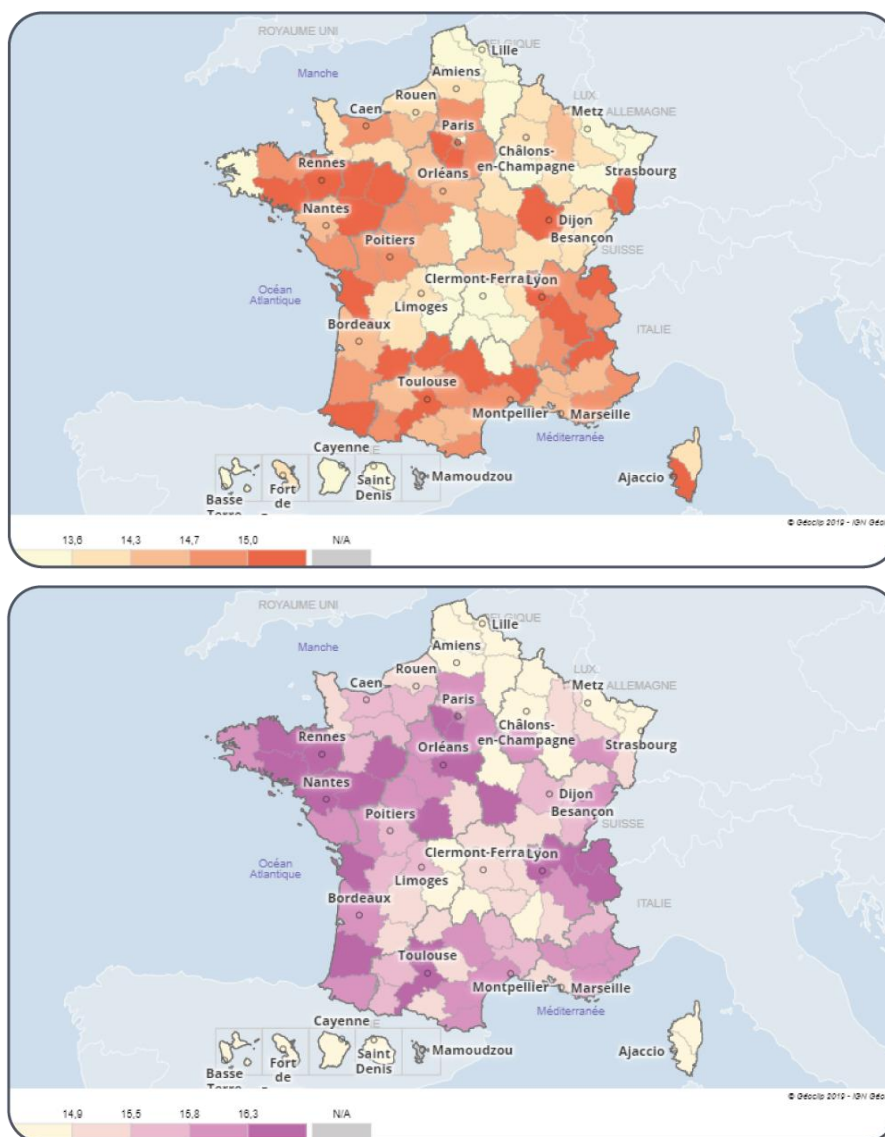
Carte n° 7 : espérance de vie à 60 ans des hommes (en orange) et des femmes (en violet) en 2014



Source : Cour des comptes d'après données Crouzet et al. (2020)

Quant aux espérances de vie sans incapacité (EVSI) à 60 ans, elles se situent entre 11 et 17 ans pour les hommes et entre 11 et 18 ans pour les femmes.

Carte n° 8 : espérance de vie sans incapacité à 60 ans des hommes (en orange) et des femmes (en violet) en 2014



Source : Cour des comptes d'après données Crouzet et al. (2020)

On retrouve les mêmes tendances pour l'EVSI que pour l'espérance de vie : les départements dont la population vit le plus longtemps sans incapacité se situent majoritairement dans les régions Ile-de-France et Rhône-Alpes, ainsi que dans l'ouest du pays. Néanmoins, les cartes d'EV et d'EVSI ne sont pas tout à fait superposables.

Selon l'étude de Crouzet et al. (2020), « On relève en effet des départements qui bénéficient de nombreuses années sans incapacité malgré une longévité moyenne voire faible. Ainsi, chez les femmes, la zone de longues EVSI s'étend sur tout le littoral atlantique y compris en Bretagne, ce qui n'est pas le cas pour l'EV, les départements le plus à l'ouest de cette région présentant des valeurs moyennes voire faibles pour l'EV. De même, dans le nord-est, zone de faible longévité, on retrouve quelques départements dont l'EVSI est particulièrement longue (Territoire de Belfort et Haut-Rhin pour les hommes, Vosges pour les femmes).

Inversement, les régions Auvergne et Limousin connaissent des EVSI parmi les plus faibles de France, quel que soit le sexe. Si plusieurs départements de ces régions ont aussi une faible EV, ce n'est pas le cas de tous (par exemple la Haute-Loire ou la Haute-Vienne). On retrouve également la même situation dans plusieurs départements du Sud chez les femmes : les Bouches-du-Rhône, l'Ariège, la Haute-Corse, ou encore la Drôme et l'Ardèche ont des EVSI plutôt faibles, malgré une EV moyenne voire longue.

Sans surprise, les départements ayant un double désavantage (faible longévité et faible part de vie sans incapacité) sont ceux que l'on sait les moins favorisés économiquement (Nord-Pas-de-Calais, outre-mer) ou très ruraux (Limousin). En faisant référence aux différences entre autres groupes de population évoquées en introduction, ces résultats soulignent le cumul d'expositions à des risques de santé jouant à la fois sur la mortalité et sur l'incapacité. Ces situations s'apparentent aux constats faits pour les groupes sociaux défavorisés (niveau d'étude, qualifications professionnelles...). On suppose que le contexte de ces départements est étroitement lié à la structure socioprofessionnelle de la population. Inversement, les départements qui cumulent longévité et absence d'incapacité correspondent souvent à des territoires économiquement aisés avec des profils de population plutôt actifs et socialement avantagés (Ile-de-France, Savoie...). »

Annexe n° 5 : l'action sociale des caisses de retraite

Une action sociale professionnalisée et mieux coordonnée entre la Cnav et la MSA

Le fonds national d'action sanitaire et sociale pour les personnes âgées (FNASSPA) de la Cnav finance notamment, en 2020, l'aide au maintien à domicile (242 M€), des actions collectives de prévention (17,8 M€, en augmentation de 14 % par rapport à 2019), ainsi que les aides « habitat et cadre de vie » à l'adaptation du logement (53,1 M€, +12 %).

Le montant total des dépenses d'intervention d'action sociale pour l'exercice 2020 s'élève à 377,3 M€¹⁹⁴, ce qui représente une augmentation de 9,75% par rapport à 2019 (343,7 M€), induite en grande partie par la reprise à compter du 1^{er} janvier 2020 de l'action sociale retraite de l'ex-Sécurité sociale des indépendants (abondement du FNASSPA 2020 à hauteur de 43 M€). Cette hausse des dépenses a principalement financé des subventions à certains acteurs associatifs venus en aide aux personnes âgées fragilisées pendant la crise (Petits frères de pauvres, Croix rouge, centre sociaux, etc.) et aux lieux de vie collectifs (résidences autonomie, petites unités de vie, habitat inclusif) désormais financés par le FNASSPA (l'investissement reposait précédemment sur des fonds CNSA).

Tableau n° 15 : évolution des dépenses de l'aide au maintien à domicile entre 2017 et 2020

	Évaluations des besoins	PAP et autres aides	Subventions	Total
2017	21 031 030,00 €	182 124 987,68 €	27 879 128,12 €	231 035 145,80 €
2018	20 769 566,00 €	182 466 888,25 €	15 562 860,58 €	218 799 314,83 €
2019	23 028 687,00 €	165 361 683,69 €	27 292 882,75 €	215 683 253,44 €
2020	23 866 299,00 €	170 315 058,89 €	48 003 706,71 €	242 185 064,60 €

Source : Cnav – NB : en 2020 est intervenue l'intégration de l'action sociale retraite de l'ex-RSI

Une coordination des politiques d'action sociale de la Cnav, de la MSA et du RSI¹⁹⁵ a été actée, en 2014, dans une convention intitulée « La retraite pour le bien vieillir – l'offre commune interrégimes pour la

¹⁹⁴ Y compris contributions (versement à la Cnam pour le service social et à diverses caisses), les dépenses 2020 du FNASSPA s'élèvent à 404 M€ contre 364 M€ en 2019.

¹⁹⁵ Le régime social des indépendants a été supprimé au 1^{er} janvier 2018.

prévention et la préservation de l'autonomie ». Dans le même temps, ces caisses se sont dotées de la grille Fragire, outil commun d'évaluation de la fragilité sociale des retraités classés en GIR 5 et 6¹⁹⁶. L'article 6 de la loi ASV a ensuite prévu la signature d'une convention entre l'État, ces trois caisses et la CNRACL en ouvrant la possibilité à d'autres organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de signer cette convention¹⁹⁷.

En complément de la création d'un site internet commun, des ateliers¹⁹⁸ interrégimes ont été développés localement, avec l'objectif de délivrer des messages sur la prévention de la perte d'autonomie et d'informer les nouveaux retraités sur les structures proposant des activités près de leur domicile.

De nombreuses avancées sont intervenues dans le cadre de cette coopération qui a été confortée par une nouvelle convention en 2017. Les caisses créent régulièrement de nouvelles actions de prévention pour compléter¹⁹⁹ et adapter au mieux les modalités d'intervention - la crise sanitaire a d'ailleurs été l'occasion de tester la réactivité des différents acteurs.

L'adaptation à la crise sanitaire

La réalisation d'actions au format collectif, format très majoritairement financé par les conférences des financeurs, a été suspendue. Plusieurs porteurs de projets ont spontanément modifié leurs modalités d'intervention et proposé des appels quotidiens dits de convivialité ou d'autres actions en distanciel.

L'accent a été mis, dans les orientations nationales, sur la nécessité de prioriser les actions portant sur le maintien du lien social, la lutte contre l'isolement et le risque de dépression, le maintien d'une activité physique et d'une alimentation adaptée.

Exceptionnellement, au regard des articles de loi qui encadrent les conférences, des formats d'actions individuelles ont pu être mis en œuvre et financés pendant cette période.

¹⁹⁶ Adossée à un outil d'évaluation, SIREVA (Support Inter Régimes d'ÉVALuation) que la MSA n'utilisait pas jusqu'à présent.

¹⁹⁷ Aucun autre régime ne s'est saisi de cette possibilité.

¹⁹⁸ Cycle de 3 à 12 ateliers « Bienvenue à la retraite », vitalité, mémoire (PEPS Eureka), équilibre (prévention des chutes), sommeil, nutri activ', etc.

¹⁹⁹ Ateliers d'inclusion numérique, « En voiture, je me rassure », pièces de théâtre à visée de sensibilisation...

En Bourgogne-Franche-Comté, les modalités de dispensation des « Ateliers Bons Jours » ont été revisitées :

- ateliers en présentiel suspendus mais poursuivis avec du coaching individuel téléphonique portant sur la thématique de l'atelier interrompu ;
- digitalisation accélérée : les contenus ont été adaptés, comme les modalités pédagogiques, afin de proposer des ateliers à distance et les animateurs ont été formés à la gestion de classes virtuelles ;
- des conférences sur les thèmes de la prévention du bien vieillir ont été rendues accessibles au grand public grâce à un partenariat avec Happy Visio.

L'Agirc-Arrco, un acteur important qui devrait être intégré à l'interrégimes

L'Agirc-Arrco, qui doit intégrer l'interrégimes en 2021, d'abord au niveau national, puis au niveau territorial, a consacré pour sa part en 2019 plus de 402 M€ à des dépenses d'action sociale, toutes n'étant pas dirigées vers les personnes âgées.

La structuration de ce régime en groupes de protection sociale²⁰⁰ (AG2R la Mondiale, Klésia, Agrica...) fédérés au sein de l'Agirc-Arrco rend toutefois complexe la connaissance des actions menées²⁰¹. De plus, dans leur communication, les groupes de protection sociale omettent souvent de rappeler qu'ils agissent pour le compte de la retraite complémentaire : leurs interventions contribuent à améliorer leur image et servent, au moins indirectement, la cause de leurs actions concurrentielles²⁰².

Trois orientations prioritaires en direction des personnes âgées ont été définies : « agir pour le bien vieillir » (108,8 M€), « soutenir et accompagner les proches aidants » (29,9 M€) et « accompagner l'avancée en âge en perte d'autonomie » (120,3 M€), la première, dont le détail figure dans le tableau ci-dessous, étant pleinement dans le champ de cette enquête.

²⁰⁰ Qui proposent, outre la retraite complémentaire obligatoire, une protection sociale complémentaire en matière de frais de santé, de prévoyance, d'épargne salariale.

²⁰¹ La fédération ne dispose d'aucune remontée de données fines des groupes de protections sociale sur les bénéficiaires des aides individuelles.

²⁰² *Action sociale de l'Agirc-Arrco*. Observations définitives de la Cour, 2018.

Tableau n° 16 : détail des dépenses « Agir pour le bien vieillir »

<i>En €</i>	2019
Développer et soutenir des dispositifs de prévention primaire dès 45 ans	48 057 580
Favoriser les dispositifs conçus pour un accompagnement global de la personne vers le bien vieillir	27 543 436
Anticiper les ruptures administratives et sociales et les prévenir	15 560 412
Participer sur les territoires au déploiement des actions de prévention avec les régimes de base	6 842 600
Centres de prévention bien vieillir Agirc-Arrco : pilotage et publications	10 805 070
Total général	108 809 098

Source : Fédération Agirc-Arrco

Les 14 **centres de prévention** de l'Agirc-Arrco (pour un budget annuel d'un peu plus de 10 M€) réalisent des bilans de prévention médico-psycho-sociaux pour les personnes de plus de 50 ans salariées du secteur privé²⁰³. Leur particularité, reconnue, consiste en l'intervention d'un binôme médecin/psychologue qui favorise la prise de conscience des leviers existants pour que la personne agisse et modifie ses habitudes de vie²⁰⁴. La feuille de route de l'action sociale pour la période 2019-2022 prévoit de faire de ces centres de prévention, des références reproductibles, accessibles au plus grand nombre, orientation pertinente vu le nombre limité de centres.

De nombreuses actions de prévention sont réservées aux seuls ressortissants des groupes de protection sociale. Toutefois, quelques-unes sont mutualisées et portées par un ou plusieurs groupes pour l'ensemble de l'Agirc-Arrco. Elles sont alors plus visibles. L'offre proposée aux plus de 75 ans (qui peut bénéficier à tous les retraités quel que soit leur GIR moyennant contribution) comprend une action dénommée « Sortir plus » qui met à la disposition des personnes âgées un accompagnement pour le déplacement (cours, coiffeur, loisirs, etc.), une aide à domicile momentanée, attribuée en cas d'incapacité temporaire ou d'absence de l'aidant et le diagnostic « Bien chez moi » qui permet, avec l'aide d'un ergothérapeute de repérer les éventuels facteurs de risques d'accidents domestiques. Le nombre de bénéficiaires de ces actions est toutefois limité.

²⁰³ Dans certaines régions, d'autres partenaires (collectivités locales, ...) adhèrent au centre de prévention (statut associatif) afin de permettre à leurs publics d'y accéder.

²⁰⁴ Il ne s'agit pas d'un bilan de santé du type de ceux réalisés par les centres d'examen de santé des Cnam, il n'y a notamment pas d'examen biologique.

Tableau n° 17 : montant et bénéficiaires de trois prestations modélisées au niveau national

<i>En €</i>	Montant	Nombre de bénéficiaires
Sortir plus	15 790 431	65 764
Aide à domicile momentanée	8 163 609	34 899
Bien chez moi	2 450 379	5 202
Total général	26 404 419	105 865

Source : Fédération Agirc-Arrco

Une offre « retour d'hospitalisation » est également expérimentée à Paris avec l'assurance retraite.

Au total, on peut considérer que l'Agirc-Arrco consacre environ 135 M€ (109+26 M€) à la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées.

Si une convention a été signée en 2012 entre la Cnav, l'Agirc et l'Arrco, ces dernières n'ont pas souhaité depuis participer au mouvement de convergence des régimes. Par ailleurs, les comités régionaux de coordination de l'action sociale, créés en 2007 sans personnalité morale, fonctionnent de manière inégale²⁰⁵. Les Carsat disposent d'une faible visibilité sur l'action sociale menée par les groupes de protection sociale.

L'Agirc-Arrco doit intégrer l'interrégimes en 2021, d'abord au niveau national, puis au niveau territorial (expérimentation fin 2021). La structuration actuelle des groupes de protection sociale, sans compter les réticences de certains d'entre eux à s'engager dans cette coopération rend le projet complexe à mener à bien.

Une structuration de l'interrégimes source de risques juridiques

La structuration locale de l'interrégimes s'est construite de manière désordonnée au cours des dix dernières années, sans cadrage suffisant. Il en résulte un patchwork d'initiatives plus ou moins heureuses. L'état des lieux conjoint dressé en 2017 par la Cnav, le RSI et la MSA n'a amené aucun changement, malgré le constat d'une extrême hétérogénéité des pratiques de gouvernance, de pilotage et de ressources humaines.

²⁰⁵ Leur composition dépend de la volonté de chaque groupe de protection sociale d'en faire partie et ces derniers ont très inégalement souhaité participer à la dynamique proposée.

Des statuts disparates

À partir de 2011, pour répondre à la demande des caisses nationales (Cnav, MSA et RSI) de créer des structures interrégimes, cinq Carsat²⁰⁶ ont fait le choix de rejoindre les associations d'éducation et prévention sur les territoires (Asept) de la MSA, les autres créant des structures ad hoc, prenant la forme d'associations, de groupements d'intérêt économique (GIE) ou de groupements de coopération sociale ou médico-sociale²⁰⁷ (GCSMS) associant notamment MSA et RSI.

La carte n° 4 du rapport illustre l'intrication des organisations.

« Offre de service MSA » et interrégimes

Pour répondre aux besoins sociaux du monde rural, la MSA a développé dès 2001, une « offre de services sur le territoire »²⁰⁸ et a encouragé ses caisses locales à créer en 2006 des Asept, opérateurs de promotion de la prévention sur les territoires ruraux. Le législateur a accompagné cette orientation stratégique, mais comme l'a souligné la Cour dans son rapport récent²⁰⁹, le manque de pilotage de l'offre de service au niveau national est patent.

Parmi les 19 Asept²¹⁰, 6 sont interrégimes tandis que 13 sont uniquement des structures opératrices. Les Asept, qui comptent en moyenne 5,8 ETP (105 ETP au total, dont 20 mises à disposition) sont financées à hauteur de 40 % par les conférences des financeurs²¹¹. Elles s'appuient également sur des animateurs bénévoles (205 personnes) dont le nombre a beaucoup diminué. Elles assurent des actions de prévention en collaborant dans la majorité des cas avec des prestataires²¹². En 2019, près de 80 000 personnes, majoritairement des seniors, ont bénéficié des actions collectives organisées²¹³.

²⁰⁶ Les Carsat d'Alsace-Moselle (1993) et de Bourgogne-Franche-Comté (2006) avaient devancé ce mouvement et entamé plus tôt une coordination interrégimes.

²⁰⁷ La possibilité pour un organisme de sécurité sociale de pouvoir s'associer dans un GCSMS est incertaine à ce stade et fait l'objet de controverses juridiques au sein de l'Assurance retraite, la Cnav estimant une analyse juridique plus poussée nécessaire. On compte quatre GCSMS interrégimes : Evadora en Alsace Moselle, Défi autonomie dans le Hauts de France, Prif en Ile de France, Atout prévention en Rhône-Alpes, Preva (MSA) en Midi-Pyrénées.

²⁰⁸ Articles L. 723-3 et L. 723-2 du code rural et de la pêche maritime.

²⁰⁹ *La mutualité sociale agricole*, Rapport publique thématique, Cour des comptes.

²¹⁰ Ne sont pas couverts par une Asept les territoires en blanc sur la carte.

²¹¹ 25 CMSA déclarent avoir subventionné l'Asept de leur territoire pour un total estimé à 1,6 M€ en 2019 (source CCMSA, enquête flash).

²¹² Recrutement, organisation de la formation et suivi des animateurs de ces actions.

²¹³ Source : Rapport d'activité Asept 2018-2019.

Si quelques structures ont une réelle autonomie de gestion²¹⁴, d'autres, dirigées par les cadres des caisses et/ou bénéficiant uniquement de salariés mis à disposition, sont intégrées de facto à la Carsat ou à la MSA. Cette situation ambiguë comprend des risques juridiques, la solidarité financière de la Carsat ou de la MSA pouvant être mise en jeu et ces caisses pouvant être considérées comme le réel employeur des salariés de la structure.

Le tableau 2 de l'annexe 7 infra détaille statuts et organisations dans les territoires des 16 Carsat. Quelle que soit la structure interrégimes, le poids de la MSA varie fortement allant de la parité des voix avec la Carsat (Bourgogne-Franche-Comté, Nord-Est, Alsace-Moselle ...) dans la moitié des structures à 20 % des voix (Hauts-de-France).

Par ailleurs, les 20 structures interrégimes examinées par la Cour disposaient, en 2019, de près de 13,6 M€ de disponibilités pour un budget consolidé de 24 M€. Cette accumulation de trésorerie pose la question du calibrage des subventions aux projets financés, du suivi de l'exécution des programmes par les financeurs. Il n'apparaît ni utile, ni de saine gestion que se constituent de telles réserves.

Des organisations illisibles

Indépendamment du statut retenu, les organisations de l'inter-régimes rencontrées sont de trois types :

- Asept (MSA), parfois chapeautées lorsqu'elles sont plusieurs par une structure faîtière (Aquitaine) ;
- structure mettant en commun les financements de l'inter-régimes et finançant des projets dans le cadre d'appels à projet communs. La structure a peu de salariés directs, le plus souvent mis à disposition ;
- structure inter-régimes assurant également l'évaluation à domicile avec des salariés qu'elle encadre, soit au sein de la même entité (en Bourgogne-Franche-Comté avec un GIE²¹⁵ et en Auvergne avec une Asept), soit dans une seconde structure²¹⁶.

²¹⁴ Avec un salarié chargé de la coordination, un site internet et des adresses méls dédiées.

²¹⁵ En outre, l'organisation et le suivi des actions est réalisé par un coordonnateur départemental différent dans chaque département (mutualité française, fédération des centres sociaux dans la Nièvre, Asept BFC, etc.).

²¹⁶ GCSMS en Alsace-Moselle, GIE dans le Nord-Est.

L'association imparfaite des petits régimes aux interrégimes locaux

L'association de l'ensemble des régimes de retraite aux interrégimes locaux est nécessaire pour déployer sur les territoires une politique commune de prévention de la perte d'autonomie qui ne délaisse pas une partie des retraités rattachés à de plus petits régimes.

Toutefois, l'exemple de l'adhésion de la CNRACL aux structures locales de l'inter-régimes²¹⁷, processus complexe et chronophage et inachevé outre-mer, ne peut raisonnablement pas être étendu à l'ensemble des régimes spéciaux.

À titre d'exemple, la caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF (250 000 retraités), intégrée à l'interrégimes retraite au sein du GIP Union retraite, regrette son isolement sur les thématiques du « bien vieillir » et la difficulté à nouer des partenariats locaux au vu de l'hétérogénéité de la gouvernance.

Pour ajouter encore à la complexité, les caisses de MSA de Lorraine et de Mayenne-Orne-Sarthe²¹⁸ étant à cheval sur deux Carsat, ces caisses travaillent donc avec deux associations inter-régimes, l'association Label Vie et une Asept, dont le périmètre ne coïncide pas avec celui de leur région. La mise en cohérence des territoires MSA avec les régions administratives apparaît nécessaire.

En 2020²¹⁹, la Cour avait mis en évidence l'expansion désordonnée de l'offre de services de la MSA ainsi que des risques juridiques et financiers insuffisamment maîtrisés liés à la présence d'administrateurs et d'agents de direction des caisses de la MSA dans les instances dirigeantes de ces associations. Or, cette situation perdure.

Des objectifs hétérogènes

Les objectifs assignés à la structure inter-régimes ne sont pas homogènes entre financeur et opérateur. De ce point de vue, la place des Asept conservant des fonctions d'opérateur est particulièrement ambiguë.

²¹⁷ Le financement des structures partenaires de la CNRACL s'effectue au prorata du nombre de retraités domiciliés dans chaque territoire. En fonction des structures, la CNRACL est simple financeur (à hauteur d'1 M€ environ au total) ou membre du conseil d'administration. Elle tente alors de promouvoir certains sujets comme l'inclusion numérique même si elle participe rarement aux instances en l'absence de représentation régionale de la CNRACL.

²¹⁸ De plus, cette caisse relève également deux agences régionales de santé.

²¹⁹ *La mutualité sociale agricole*, Rapport public thématique, Cour des comptes.

L'appartenance à une structure inter-régimes n'interdit pas par ailleurs les caisses de mener leurs propres actions, en autonomie. Le cas de figure, souhaitable, des Carsat Pays-de-la-Loire, Normandie et Auvergne où l'ensemble des actions transitent par l'inter-régimes est minoritaire²²⁰. La plupart des autres caisses ont conservé une offre qu'elles financent directement (notamment les subventions versées aux centres sociaux). D'autres encore (Midi-Pyrénées, Languedoc-Roussillon, Nord-Est) proposent de nombreux ateliers prévention grâce à un appel à projet propre ou mené en partenariat avec l'ARS. *A contrario*, en Aquitaine et Rhône-Alpes, l'inter-régimes n'est qu'une des modalités d'action auprès des retraités²²¹. Enfin, certaines réservent l'innovation à l'inter-régimes (Rhône-Alpes par exemple), tandis que la majorité fait le choix contraire.

Ces choix stratégiques opposés expliquent que certaines structures inter-régimes bénéficient de financements de la conférence des financeurs, alors que d'autres n'en demandent pas (Bretagne, Centre-Ouest, Languedoc-Roussillon), estimant préférable que les conseils départementaux financent directement les Asept, opérateurs de la politique de prévention.

Professionnaliser et homogénéiser l'évaluation réalisée par délégation

Les Carsat recourent, dans la majorité des régions, à plusieurs partenaires (26 dans le cas extrême des Pays-de-la-Loire) pour la réalisation des évaluations des besoins à domicile (cf. carte n°3 du rapport et tableaux 1 et 2 de l'annexe 7). Les Clic et les associations représentaient la majorité de ces structures en 2018. Cette situation disparate ne permet pas de garantir une qualité de service homogène.

Les conseils départementaux, disposant de travailleurs sociaux, étaient historiquement nombreux à assurer les évaluations pour le compte des Carsat. Pour des différentes raisons et vue la faible rémunération des évaluations, on ne comptait plus en 2018 que quatre départements dans ce cas.

²²⁰ Par ailleurs, la Cnav Ile de France teste uniquement des offres spécifiques dans le cadre d'appels à projet et la Carsat Sud Est a indiqué qu'un basculement vers l'Asept des actions restantes était prévu afin de concentrer ses ressources internes au développement d'offres innovantes.

²²¹ La Carsat Rhône-Alpes fait le choix de faire porter par les caisses membres l'offre socle, soit 72 % du programme régional.

L'exemple de la Seine-et-Marne

Les Carsat, ne disposant pas d'équipes de travailleurs sociaux pour réaliser les évaluations à domicile du degré de dépendance des personnes âgées, les ont déléguées à des associations, aux Clic²²², aux CCAS ou aux conseils départementaux, moyennant compensation financière.

En Seine-et-Marne, le département assurait depuis 2008 ces évaluations et, de ce fait, la reconnaissance mutuelle des GIR entre Carsat et département était mise en œuvre.

En 2015, comme la plupart des départements, la Seine-et-Marne a cessé de réaliser ces évaluations à la suite de la création de la plateforme Cnav'Eval 77 mais la reconnaissance mutuelle s'est poursuivie. Une nouvelle convention de reconnaissance mutuelle a été signée avec la Carsat en 2019 (mais pas avec la MSA).

Les structures privées sont à peine plus nombreuses. La majorité des structures emploient moins de 24 salariés. Le nombre d'évaluations annuelles réalisées varie de moins de 500 pour les CCAS à plus de 10 000 pour les structures interrégimes²²³.

Le « groupe MSA »²²⁴ compte douze associations réalisant des évaluations à domicile, employant 129 ETP. La taille de ces associations (2 à 30 ETP) et le nombre variable d'évaluations réalisées par salarié contribuent à expliquer des situations financières hétérogènes. Le soutien financier de la MSA reste faible (62 022 € pour un chiffre d'affaires de 7,6 M€ en 2019).

Les caisses de retraite dans quatre régions²²⁵ ont fait le choix de créer une structure *ad hoc* pour assurer une évaluation commune : « considérant que la qualité des évaluations à domicile constitue une pierre angulaire pour l'action sociale des institutions de retraite, les membres fondateurs comptent intervenir au domicile des personnes avec des personnels spécialisés, aux savoir-faire et aux compétences validés par une formation spécifique et un encadrement dédiés » (GIE Impa). Il n'en reste plus que trois.

²²² Centres locaux d'information et de coordination gérontologique.

²²³ Bilan de l'évaluation du dispositif national de formation.

²²⁴ Le groupe MSA, qui n'a pas d'existence juridique, comprend la MSA et les 203 associations comptant 9 790 salariés de son offre de service.

²²⁵ Alsace Moselle, Bourgogne-Franche-Comté, Hauts-de-France (cf. encadré) et Nord-Est.

La dissolution du GCSMS des Hauts-de-France

La Carsat des Hauts-de-France a dissous fin 2020 sa structure d'évaluation interrégimes, créée en 2011 avec un statut de GCSMS. Elle comptait 31 salariés et son délégué était le directeur de la Carsat.

Le modèle économique de cette structure était fragile, les charges de gestion assurées par la Carsat n'étant pas compensées et les salariés bénéficiant d'avantages généreux (notamment des voitures de fonction). Le recrutement était empreint de népotisme. L'imbrication des structures était problématique. À l'occasion du licenciement d'une salariée du GCSMS pour inaptitude, l'inspection du travail a évoqué une obligation de reclassement au sein de la Carsat.

Les évaluations de la Carsat Hauts-de-France sont désormais prise en charge par l'association Santélyls recrutée dans le cadre d'un appel d'offres prévoyant le transfert des anciens salariés du GCSMS.

La création d'une structure inter-régimes *ad hoc* permettant de piloter la qualité du service rendu aux personnes âgées présente de réels avantages mais nécessite un investissement en gestion. Assortie d'un pilotage resserré, le recours à un ou deux prestataires extérieurs solides apparaît une bonne alternative. En revanche, il apparaît impossible d'avoir une relation suivie avec plus de trois structures, ce qui est pourtant le cas de dix Carsat.

Il est en effet important que les personnels des structures d'évaluation suivent régulièrement des formations²²⁶ et qu'ils aient une approche de prévention globale : connaissance du domicile, compétence en matière d'accès aux droits des retraités, etc. Dans l'hypothèse d'un rattachement des services sociaux aux Cnam recommandé par la Cour dans le Ralfss 2020, il conviendra que ces structures montent encore en compétence, assurant alors des interventions délicates comme les ARDH.

²²⁶ En Bourgogne-Franche-Comté l'équipe du GIE Impa, ayant le diplôme universitaire d'évaluateur social de l'autonomie des personnes âgées à domicile suit des formations sur la grille Fragire, sur la prévention des risques domestiques et professionnels à domicile.

Annexe n° 6 : les conditions d’attribution des aides à l’adaptation au logement

Financiers	Age	Plafond de ressources mensuelles pour une personne seule	Montant subvention
Anah	• 60 ans	• ménages aux ressources modestes : 1 580 € pour une personne seule hors IDF	• taux maximal de 35 %, plafonné à 20 000 € HT
		• ménages à ressources très modestes : 1 233 € pour une personne seule hors IDF	• taux maximal de 50 % plafonné à 20 000 € HT
Action logement (jusqu’en 2021)	• 70 ans ou • 60 ans si perte d’autonomie (GIR 1-4)	• 1 766 € (ville moyenne)	• 5 000 € maximum sans reste à charge
Carsat et ex SSI²²⁷	• retraité (GIR 5-6)	• jusqu’à 1 455 €	• de 30 à 65 % de participation selon les ressources avec un plafond de 2 500 € à 3 500 €
Fonction publique d’État	• 55 ans et + (GIR 5-6)	• alignement sur barème Cnav	• alignement sur barème Cnav
SNCF	• 65 ans et + (GIR 5-6)	• 1 805 €	• de 804 € à 3 016 € maximum
ENIM	• 65 ans (60 ans si incapacité totale)	• 1 137 €	• 95 % des frais exposés dans la limite de 3 000 €
CNRACL	retraité	• revenu fiscal de référence < 17 000 €	amélioration : de 5 000€ à 10 000 € adaptation de 7 500 € à 15 000 €
MSA²²⁸	• 60 ans et + (GIR 5-6)	• 1 100 €	• 750 € maximum
CMCAS IEG	• 55 ans et +	• 1 439 €	• de 2 500 € à 3 500 € maximum
IRCANTEC	retraité	• 1 872 € ²²⁹	• 1 500 € maximum
AG2R	retraité	• 1 550 € ²³⁰	• 1 500 € maximum – autonomie ; • 2 700 € maximum – énergie ; • 5 000 € maximum - travaux lourds

Source : ANAH, Action Logement, Soliha.

²²⁷ Quelques orientations locales peuvent être prises par les Carsat.

²²⁸ Les caisses locales de MSA ont toute latitude pour négocier dans le cadre de leur action sociale les prestations avec les opérateurs habitat. Une convention cadre nationale de partenariat pluriannuelle entre la CCMSA et la Fédération Soliha en précise les priorités.

²²⁹ 22 463 € annuels.

²³⁰ 18 598 € annuels.

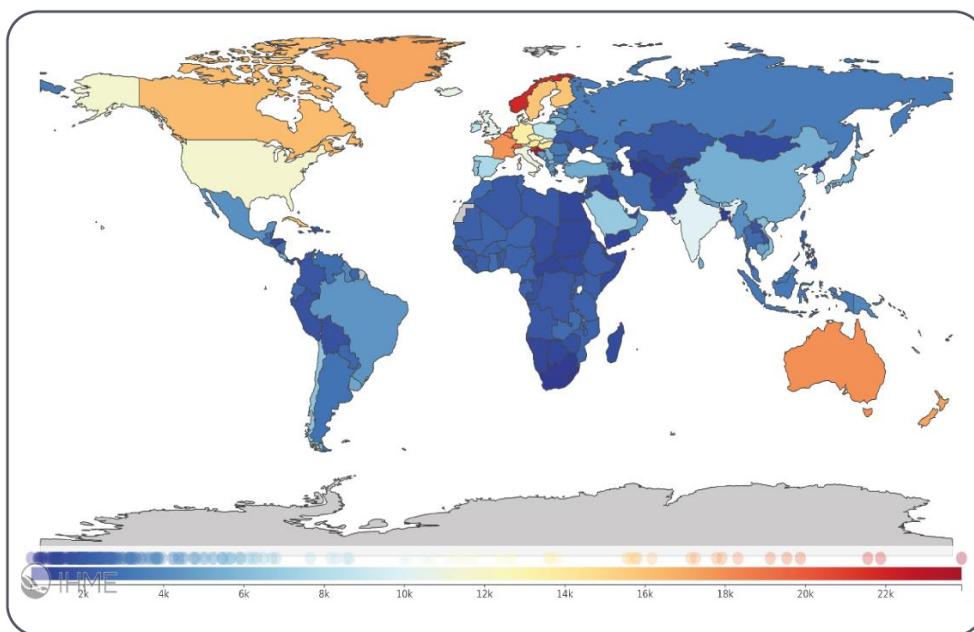
Annexe n° 7 : les chutes : une mise en perspective internationale

Des données « *Global burden of disease* » préoccupantes pour la France...

Une problématique propre à certaines régions du globe

La question des chutes est une problématique propre à certaines régions du monde. Comme le montre la carte ci-dessous, l'Europe de l'ouest est concernée par ce sujet de santé publique avec une incidence globale de 12 766 cas pour 100 000 habitants de plus de 70 ans (données de *Global burden of disease*). C'est dans cette région que sont localisés les pays qui enregistrent les plus hauts taux d'incidence. Le Canada et l'Australie sont également affectés.

Carte n° 9 : nombre de chutes pour 100 000 habitants de 70 ans et plus (données déclaratives)



Source : Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME)

Parmi les facteurs explicatifs de ces différences, on compte la prévalence de l'ostéoporose²³¹ (en lien avec l'exposition au soleil et la pigmentation de la peau), des facteurs génétiques, l'alimentation et des habitudes de vie (s'asseoir en tailleur ou dormir sur un futon serait protecteur).

L'Europe, une région particulièrement affectée

Les résultats *Global Burden of Disease*²³² sont principalement issus d'enquêtes déclaratives²³³ basées sur l'administration de questionnaires à la population de 22 pays européens en 2017²³⁴, en particulier à partir de la réponse à la question « *Pendant les 6 derniers au moins, avez-vous chuté ?* ».

Comme le montre la carte ci-dessous, la Norvège a le taux d'incidence le plus élevé (19 796 chutes pour 100 000 habitants de plus de 70 ans). À l'inverse, la Grèce a le taux d'incidence le plus faible avec 7 594 cas pour 100 000 habitants de plus de 70 ans. Cela est à mettre en relation avec la prévalence de l'ostéoporose mentionnée précédemment, qui est plus élevée dans les pays nordiques où l'exposition au soleil est moindre²³⁵.

Parmi les pays plus particulièrement étudiés dans l'analyse comparée de la Cour, la France a les plus mauvais résultats européens, après la Norvège, avec un taux d'incidence de 17 682 (6^{ème} position sur 22), viennent ensuite la Suède (10^{ème}), les Pays-Bas (12^{ème}), le Danemark (13^{ème}), le Royaume Uni (16^{ème}) et enfin l'Espagne avec un taux d'incidence de 10 161 qui se situe au 18^{ème} rang.

²³¹ L'ostéoporose est une maladie diffuse du squelette caractérisée par une diminution de la densité osseuse et des altérations de la microarchitecture des os. Ces altérations rendent l'os plus fragile et augmentent le risque de fracture. Des études montrent que la prévalence de cette pathologie est corrélée au niveau d'ensoleillement et à la carence en vitamine D associée.

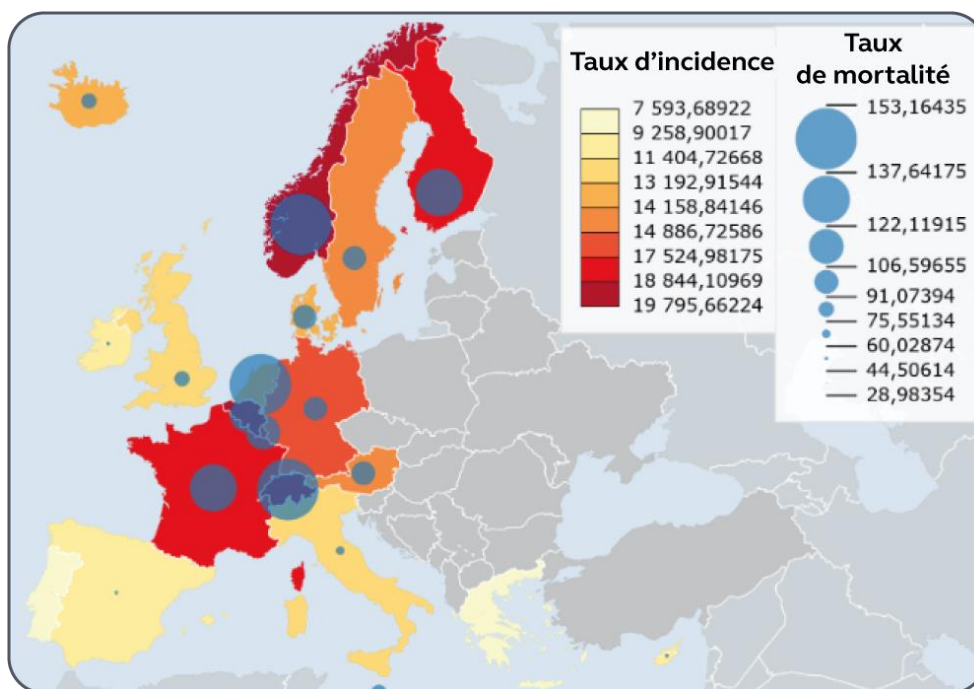
²³² Haagsma JA, Olij BF, Majdan M, et al., *Falls in older aged adults in 22 European countries : incidence, mortality and burden of disease from 1990*. Inj Prev 2020, i67-74, accessible sur <https://doi.org/>

²³³ Les données déclaratives du GBD peuvent souffrir d'imprécision sur les méthodes de collecte par pays et limiter de ce fait les comparaisons.

²³⁴ Börsch-Supan, A. *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) Wave 5. Release version: 1.0.0*. SHARE-ERIC, 2015 available at <https://www.share-project.org/> et les Archives de données de l'OMS <https://apps.who.int/healthinfo/systems/surveydata/index.php/catalog>.

²³⁵ Il serait intéressant d'analyser ces chiffres en relation avec les données de prévalence de l'ostéoporose au sein des populations de chaque pays. Cela ne semble pas avoir été fait.

**Carte n° 10 : incidence et taux de mortalité des chutes en 2017
pour 100 000 habitants de plus de 70 ans**



Source : *Cour des Comptes*, données issues de l'outil des données *Global Burden of Disease*²³⁶

En ce qui concerne la mortalité associée à ces chutes, la France se situe derrière la Norvège et les Pays-Bas, qui affichent tous deux des taux de mortalité liée aux chutes autour de 150 décès pour 100 000 habitants de plus de 70 ans contre 133,5 pour la France. À la suite du classement se trouvent la Suède (8^{ème}), le Danemark (9^{ème}), le Royaume-Uni (14^{ème}) et l'Espagne (19^{ème}). Le classement est donc assez similaire à celui de l'incidence, hormis pour les Pays-Bas où les chutes sont assez rares mais conduisent souvent à un décès.

Cette étude du *Global Burden of Disease* montre également que 2,7 % des décès en France sont causés par les chutes, ce qui est la plus grande proportion en Europe de l'Ouest après la Norvège, et que la réduction du nombre d'années de vie sans incapacité est à 4,1 % due aux chutes, un chiffre qui place la France 2^{ème}, derrière la Suisse.

²³⁶ <https://gbd2017.healthdata.org/gbd-search/>

**Tableau n° 18 : décès par chutes accidentelles en France
chez les 65 ans et plus et taux de mortalité en 2016**

Classes d'âge	Chutes totales		Femmes		Hommes	
	Nb	Taux pour 100 000 hab	Nb	Taux pour 100 000 hab	Nb	taux pour 100 000 hab
65-74 ans	757	11,5	261	7,5	496	16,0
75-84 ans	2 223	54,9	1 121	47,5	1 102	65,0
85 ans et plus	7 267	350,7	4 741	332,3	2 526	391,4
Total	10 247	12,4	6 123	11,3	4 124	14,4

Source : Santé publique France (Cépidc) : Nb de chutes et taux de mortalité par âge et taux de mortalité total selon l'âge et le sexe, France, 2016.

La comparaison des dynamiques danoises et françaises est intéressante : comme évoqué *supra*, le Danemark a un classement assez bon par rapport à la France en terme d'incidence des chutes, ce qui indique que peu de Danois âgés chutent, bien que l'ostéoporose soit plus répandue au Danemark qu'en France. De plus, les Danois semblent moins fréquemment décéder des suites d'une chute. Enfin, le nombre d'années de vie perdues ou vécues en incapacité à cause des chutes est plus faible au Danemark qu'en France. Ce nombre est de 2 162 années pour 100 000 habitants du Danemark de plus de 70 ans contre 2 812 années en France, ce qui signifie que les Danois sont moins impactés par une chute dans leur santé à long-terme que les Français. L'étude de l'évolution de cet indicateur, montre en outre une forte décroissance au Danemark entre 1999 et 2017 (- 43 %).

Confirmées par des données objectives sur le nombre d'hospitalisations à la suite de chutes

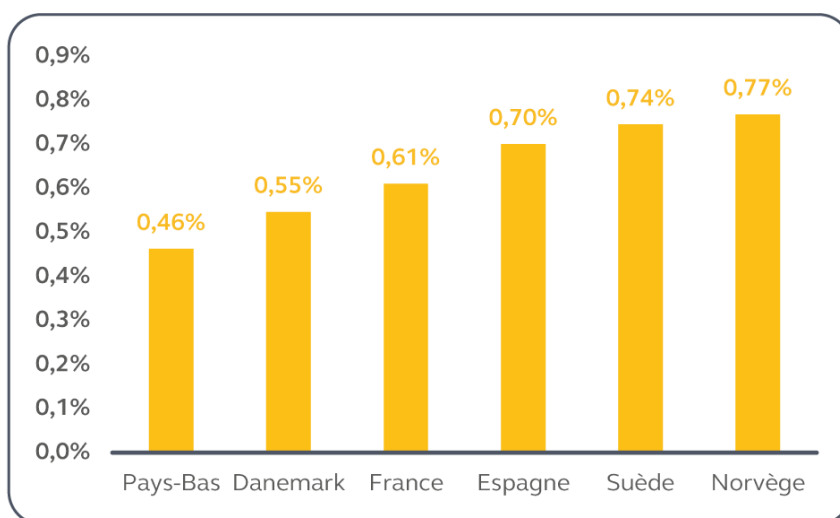
Pour éviter les biais liés aux enquêtes déclaratives, la Cour a recueilli des données auprès de sept pays sur le nombre d'hospitalisations en raison d'une fracture du col du fémur²³⁷ de 65 ans et plus en 2019. La France a un taux d'incidence plus élevé que les Pays-Bas, le Danemark, le Royaume-Uni²³⁸, pays pourtant situés plus au nord que la France.

²³⁷ Col du fémur (S72.0), trochantérienne (S72.1) ou sous-trochantérienne (S72.2).

²³⁸ Au Royaume-Uni (hors Ecosse), où il n'a été possible d'obtenir que les données 2018 pour les 60 ans et plus, ce taux est de 0,45 % contre 0,49 % en France.

A *contrario*, l'Espagne présente une prévalence élevée (0,7 %) au regard de sa situation géographique par rapport à la France. L'ostéoporose y semble une problématique très présente²³⁹.

Graphique n° 12 : taux d'incidence des fractures du col du fémur²⁴⁰ en 2019 pour les 65 et plus dans six pays



Source : *Cour des comptes*, d'après DHFA-DICA registration pour les Pays-Bas, Danish multidisciplinary hip fracture registry²⁴¹, CHU de Toulouse et Insee pour la France²⁴², Conseiller aux affaires sociales pour l'Espagne, Ministère des affaires sociales suédois, Norwegian Hip fracture register (seules 90% des fractures sont enregistrées).

Ne figurent pas sur ce graphique le taux d'incidence pour le Japon, qui semble, bien qu'en augmentation, particulièrement faible (0,12 % en 2017 pour la totalité des fractures de la hanche S 72.0 à S 72.9), ce que peut expliquer en partie un système de recueil de données différent.

²³⁹ L'ostéoporose est un trouble squelettique qui affecte trois millions de personnes en Espagne. L'altération de la résistance osseuse prédispose la personne à un risque plus élevé de fractures, en particulier de la hanche (la plus grave), de la colonne vertébrale (la plus fréquente) et des poignets. Si les hommes y sont moins exposés, ils souffrent plus sévèrement de cette pathologie.

²⁴⁰ Col du fémur (S 72.0), trochantérienne (S 72.1), sous-trochantérienne (S 72.2).

²⁴¹ Période : du 1^{er} décembre 2018 au 30 novembre 2019.

²⁴² Le taux d'incidence étant légèrement sous-estimé, la clef de chainage n'ayant pu être calculée dans le PMSI pour 0,5 % des séjours.

À l'inverse des populations européennes, la prévalence des fractures vertébrales est au Japon bien plus importante que celle des fractures du col du fémur²⁴³. Toutefois, l'écart d'incidence entre ces deux types de fracture, toutes deux liées à l'ostéoporose, se réduit au fur et à mesure de l'industrialisation rapide et de la disparition du mode de vie japonais traditionnel (alimentation, utilisation de futons, etc.).

Des politiques de prévention souvent organisées par les communes et un suivi précis des résultats grâce à des registres

Au **Danemark**, la politique de prévention des chutes prend la forme d'un guide rédigé par l'Agence de santé publique et mis à disposition des municipalités. Il insiste sur l'importance de l'identification des publics à haut risque de chute. Certaines municipalités offrent des cours collectifs sur l'importance d'une vie active, des programmes d'entraînement à domicile ou collectifs, ou encore des entretiens médicaux individuels afin d'identifier et réduire les risques.

Pour la **Norvège**, un plan de prévention sur la période 2009-2018 a été établi. Il vise notamment une meilleure saisie et remontée des données relatives aux chutes (notamment type et profil du patient) ainsi que la réduction de 10 % du nombre de fractures du col du fémur sur la période.

En **Suède**, les municipalités organisent des campagnes de prévention et de communication autour du bien vieillir, par l'intermédiaire par exemple d'un calendrier annuel d'astuces et conseils à destination des personnes âgées, de la promotion des salles de sport en plein-air ou encore des ateliers d'échanges et de discussion autour des attentes des citoyens âgés. Tous âges confondus, les fractures du col du fémur coûtent environ 1,5 Mds SEK (150 M€) au système de santé par an, 2,3 Mds (230 M€) en prenant en compte la réhabilitation. Il s'agit de l'intervention chirurgicale qui mobilise le plus de ressources tout au long du parcours de soins.

Les actions menées au **Royaume-Uni** en matière de prévention des chutes sont importantes (analyses économiques, kits de prévention, etc.). En 2007, a été créée la *National Hip Fracture Database* (NHFD), qui répertorie les données et statistiques relatives aux fractures de la hanche à travers le Royaume-Uni.

Des initiatives similaires de suivi chiffré centralisé de la part d'autres pays étudiés sont à souligner : les Pays-Bas, l'Espagne, et les trois pays nordiques disposent également de registres en ligne répertoriant les caractéristiques des patients souffrant de fractures de la hanche.

²⁴³ Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé, Recueil d'articles n° 1, 1999.

Quelques chiffres relatifs à l'Espagne

Selon les données recueillies par le registre national des fractures de la hanche, en 2018 en Espagne, l'âge moyen des patients hospitalisés était de 87 ans, la durée de séjour était de 10 jours, 76 % étaient des femmes, 75 % vivaient à domicile, 48 % recevaient un traitement contre l'ostéoporose et 37 % avaient un trouble cognitif. Ces données sont cohérentes avec les résultats de l'étude réalisée par le CHU de Toulouse (cf. annexe 1).

D'après le rapport Cequoa du LTC Network²⁴⁴, des études sur les fractures de la hanche en Espagne estiment un coût moyen induit de 25 400 € par patient atteint (incluant les soins, la réadaptation et le logement)²⁴⁵ contre un coût moyen de prévention de 1 197 € par personne âgée²⁴⁶.

Le Collège Professionnel des Physiothérapeutes de la Communauté de Madrid (CPFM) estime que les personnes âgées qui subissent une chute sont deux à trois fois plus susceptibles de retomber dans l'année et rapporte que plus de 80 % des personnes âgées admises à l'hôpital pour des blessures le sont suite à une chute (30 % des personnes de plus de 65 ans et 50 % de celles de plus de 80 ans tombent au moins une fois par an). Selon le secrétaire général du CPFM, 25 % des personnes âgées qui tombent subissent des blessures qui réduisent leur mobilité et leur autonomie. Selon cet expert, les blessures les plus fréquentes chez les personnes âgées sont les fractures de la hanche, du genou ou du bas de la jambe, les blessures superficielles telles que les plaies ouvertes et les traumatismes crâniens.

Pour cette raison, les physiothérapeutes des quatre communautés autonomes susmentionnées ont émis une série de recommandations visant à prévenir les chutes²⁴⁷.

²⁴⁴ M. Guillen, R. Alemany et al., 2017, *Quality and cost-effectiveness in long-term care and dependency prevention*, Spain Report, Cequoa LTC network.

²⁴⁵ De la Torre, M., Rodríguez, J.C., Moreno, N., Jacinto, R.L., Hernández, A., Deive, J.C. (2012) *Estudio del impacto económico de las fracturas de cadera en nuestro medio*. Trauma Fundación Mapfre 23 (1), 15–21.

²⁴⁶ Riskcenter (2014). *El programa Adaptació funcional de l'any 2012: avaluació del seu impacte social i econòmic*. Centre de Vida Independent, Ajuntament de Barcelona i Fundació Vila Casas.

²⁴⁷ Article *Les chutes sont les principales causes de lésions chez les plus de 65 ans*, magazine 60 y mas, 2015.

Réponses des administrations et organismes concernés

Sommaire

Réponse du Premier ministre	161
Réponse du directeur général de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM)	167
Réponse du directeur de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV)	170
Réponse du directeur général de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA)	174
Réponse du président du GIE AGIRC-ARRCO	177
Réponse du président de l'association des maires de France (AMF)	178
Réponse de la directrice générale de l'agence nationale pour l'amélioration de l'habitat (Anah)	183

Destinataire n'ayant pas répondu

Monsieur le directeur général de la Caisse nationale d'assurance maladie
Madame la présidente de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)
Monsieur le président de l'Assemblée des départements de France (ADF)
Monsieur le président d'Action Logement Groupe

RÉPONSE DU PREMIER MINISTRE

Je tiens tout d'abord à saluer la qualité de la contribution de la Cour, qui va permettre d'enrichir la feuille de route de l'État, alors que le Gouvernement structure une véritable politique de l'autonomie, à travers la création en 2020 de la 5^{ème} branche de sécurité sociale et sa concrétisation par des mesures significatives portées dans le PLFSS pour 2022.

La transition démographique, qui est le reflet de l'arrivée dans le grand âge des cohortes du baby-boom et de l'allongement de l'espérance de vie, est un défi majeur des années à venir, à la fois dans la construction de nos politiques sociales et de façon générale en vue d'adapter la société au vieillissement de la population. Nous devons nous préparer à cette société de la longévité qui nécessite de repenser le lien intergénérationnel et nous invite à mieux prévenir et à accompagner la perte d'autonomie, dans tous les territoires.

Le choix fait par le Gouvernement, conforté par la crise sanitaire, est d'abord celui de rénover en profondeur les structures d'hébergement qui sont trop vétustes, et d'améliorer le quotidien des résidents et les conditions de travail des personnels qui y travaillent. Dans le cadre du Ségur de la Santé, une enveloppe de 2,1 Md€ a été sanctuarisée pour financer un grand plan d'investissement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), qu'il faut rénover en profondeur et ouvrir sur l'extérieur.

Cette transformation de la politique de l'autonomie doit aussi se déployer en permettant de rendre plus attractifs les métiers de l'autonomie, afin de faire face à l'accroissement des besoins nouveaux de prise en charge. Pour les professionnels, le Gouvernement a décidé des mesures de revalorisations salariales inédites dans les EPHAD et pour les professionnels soignants des structures médico-sociales, ainsi que pour les salariés de l'aide à domicile.

Enfin, le Gouvernement souhaite permettre aux personnes de vieillir le plus longtemps chez elles, conformément au vœu quasi-unanime des Français. Les besoins d'accompagnement à domicile sont sans précédent si nous voulons répondre à ce défi, que d'autres pays d'Europe du Nord ont déjà relevé. À cet égard, les mesures portées dans le PLFSS 2022 sont inédites pour garantir le développement et l'amélioration de l'offre des services à domicile.

Amplifier et suivre l'adaptation des logements tout en simplifiant les aides et en uniformisant les procédures (recommandation n°1)

Je partage le constat dressé par la Cour sur la complexité des aides à l'adaptation des logements des personnes âgées, qui rejoint celui des différents diagnostics et rapports existants sur le sujet.

Dans le cadre des réformes prioritaires portées par le ministère chargé du logement, une gouvernance nationale a été mise en place dès l'automne 2019, qui a permis d'approfondir la coordination entre opérateurs nationaux. Ceux-ci, en 3 ans (2019-2021), auront été amenés à délivrer 200 000 aides directes à l'adaptation (Anah, Cnav, Action Logement), résultat confirmant la réalité du besoin.

Pour aller plus loin, j'ai demandé, dans un courrier du 8 octobre 2021, aux ministres chargés du logement et de l'autonomie, ainsi qu'à la secrétaire d'État en charge du handicap, sur la base des diagnostics et préconisations existants, de me faire d'ici fin 2021 des propositions pour amplifier, en lien avec les collectivités territoriales, l'action pour adapter les logements des personnes qui restent à domicile, harmoniser les aides existantes, simplifier le parcours des demandeurs et tendre vers la mise en place d'une aide unique.

Cette feuille de route s'appuiera sur l'expérience importante acquise par la CNAV et l'ANAH qui entretiennent déjà des collaborations fructueuses. Elle bénéficiera notamment de l'expérience dont dispose l'ANAH depuis deux ans dans le déploiement à grande échelle de l'aide à la rénovation énergétique des logements privés "MaPrime Rénov'" et des acquis dont dispose cet opérateur dans le partenariat avec les collectivités territoriales, ses principaux dispositifs d'intervention étant historiquement intégrés à des programmes territoriaux contractualisés.

Définir un objectif de santé publique ambitieux de diminution de l'incidence des chutes (recommandation n°2) et encourager les professionnels à infléchir leurs pratiques (recommandation n°3)

Chaque année, 2 millions de chutes de personnes âgées de plus de 65 ans sont responsables de 10 000 décès, la première cause de mortalité accidentelle, et de centaines de milliers de pertes brutales d'autonomie, souvent fatales ensuite. Ces chiffres persistent depuis plusieurs années, et vont s'accroître dans les années qui viennent avec la transition démographique, si rien n'est fait pour enrayer le phénomène.

Au-delà du bilan humain, l'enjeu de limiter le coût annuel des chutes pour la collectivité, que la Cour évalue à 1 milliard pour la seule assurance maladie, hors APA et coût d'hébergement en EHPAD, justifie d'autant plus l'intensification des efforts de prévention.

Les diagnostics médicaux et sociétaux de risque de chute sont étayés et convergents et les bonnes pratiques à mettre en œuvre sont souvent connues des personnes âgées, relayées par l'entourage et les professionnels, ou font l'objet d'actions de mobilisation.

Certains pays ont eu des actions volontaristes et affichent des résultats satisfaisants (Pays-Bas, Danemark). En France également, une politique de prévention volontaire d'envergure nationale paraît donc largement souhaitable.

Ainsi que le recommande la Cour, le ministre des solidarités et de la santé et la ministre déléguée à l'autonomie ont demandé à Mme Christine Abrossimov, administratrice générale, par lettre de mission du 22 septembre l'élaboration d'un « plan triennal anti-chutes de personnes âgées » d'ici la fin de l'année 2021 pour réduire drastiquement à horizon 2025 le nombre de chutes mortelles ou invalidantes.

Associant les ministères, la CNSA, la CNAM, la CNAV, les divers opérateurs et les acteurs de la société civile, ce plan identifiera quelques actions simples en faveur des personnes âgées, ciblées sur la prévention des chutes et de leurs conséquences.

À titre d'exemple, le plan encouragera le développement de l'activité physique, dont je partage avec la Cour le caractère prioritaire, encadrée par les professionnels, avec une plus grande proximité sur le terrain et une mobilisation du réseau Sport-Santé piloté par le ministère des sports et le ministère de la santé ainsi que des clubs sportifs, ou encore un accès élargi à la téléassistance, avec la réduction du reste à charge et une meilleure coordination avec les services de prévention.

Ainsi qu'il est recommandé, il s'appuiera sur le réseau des agences régionales de santé (ARS), en charge de l'impulsion des programmes locaux de santé publique et de leur coordination, qui disposeront d'outils leur permettant de mobiliser les leviers identifiés pour y parvenir, en particulier le recueil statistique pour suivre les chutes.

Il a été demandé au laboratoire CépiDC de l'institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), en lien avec Santé publique France, un suivi des décès sur des bases clarifiées et à l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, en lien avec la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), un suivi du recours aux hospitalisations croisant les diagnostics de chute et de traumatismes.

Outre l'impact attendu sur la réduction de la mortalité, de la morbidité, le maintien de l'autonomie des personnes âgées et la réduction des dépenses de santé, ce plan volontariste et pragmatique permettra d'intensifier la politique de prévention pratiquée par les professionnels de santé.

De ce point de vue, le plan pour les métiers du grand âge, qui a permis de revaloriser massivement les salaires des professionnels, en établissement ou à domicile, comporte un important volet en faveur de la formation et de la qualité de vie au travail. À travers par exemple la création d'une quarantaine de plateformes départementales de coordination pour les métiers, des actions de sensibilisation à la prévention de la perte d'autonomie pourront être menées, et contribuer à enrichir le contenu et l'attractivité de ces métiers.

Construire une offre graduée de prévention de la perte d'autonomie que le département serait chargé de mettre en œuvre sur son territoire (recommandation n°4)

Ainsi que le rappelle la Cour, le conseil départemental préside actuellement la conférence des financeurs de la perte d'autonomie (CDFPA), mise en place par la loi d'adaptation de la société au vieillissement. Les missions et les moyens des conférences des financeurs continueront d'être renforcés à l'avenir. La mise en œuvre de la réforme autonomie votée en PLFSS 2022, qui va mobiliser des moyens considérables inscrits dans la 5^{ème} branche, contribuera aux objectifs partagés d'une politique de prévention de la perte d'autonomie.

À titre d'exemple de mesures nouvelles introduites dans le PLFSS 2022, outre un tarif minimum imposé de 22 euros de l'heure pour les services à domicile, une nouvelle « dotation qualité » financée par l'État à hauteur de 500 millions d'euros d'ici 2025 pourra être utilisée pour renforcer la qualité des services à domicile, la formation des personnels, ou encore mener des actions de prévention de l'isolement.

Le rôle de coordination des politiques de prévention de la perte d'autonomie ne peut néanmoins pas être confié de manière exclusive aux conseils départementaux, compte tenu de l'enjeu d'équité territoriale dont la CNSA doit se porter garante, et surtout de la nécessité d'impliquer fortement les politiques de santé publique, qu'elles soient portées par les agences régionales de santé (ARS) ou bien les caisses de sécurité sociale (CNAM, action sociale des caisses, CNAV, AGIRC-ARCCO...).

Le cadre des CDFPA doit ainsi être également investi pour coordonner avec le département, l'État et l'action sociale des caisses la politique de prévention de la perte d'autonomie, en associant étroitement les autres acteurs pouvant y contribuer, aux premiers rangs desquels les communes et le monde associatif.

Renforcer le rôle de régulation de la CNSA vis-à-vis des départements et de pilotage de la politique de prévention, en lien avec les caisses nationales de sécurité sociale (recommandations n°5 et n°6)

La prochaine convention d'objectifs et de gestion (COG) de la CNSA pour la période 2022-2025 doit permettre de conforter le rôle de la caisse dans l'atteinte de l'objectif d'équité qui est au cœur de la promesse de la 5^{ème} branche de la sécurité sociale.

D'ores et déjà, une nouvelle mission d'appui et de conseil auprès des départements, proposée en PLFSS 2022 et positionnée au sein de la CNSA devra permettre d'accompagner et d'outiller les départements dans la montée en puissance d'un véritable service public de l'autonomie.

Parallèlement, des moyens seront investis sur l'infrastructure SI de la branche autonomie, notamment via le déploiement d'un système d'information sur l'aide personnalisée à l'autonomie (APA), de façon à travailler sur un accompagnement plus homogène entre les territoires, et à disposer de données relatives aux prestations versées et à leurs bénéficiaires.

L'engagement de la CNSA devra aller au-delà au service de la prévention de la perte d'autonomie. À ce titre, un « centre de ressources » pour les aides techniques sera également créé dans le cadre de la future COG, pour mieux prendre en charge l'enjeu que représentent ces aides pour la prévention et la préservation de l'autonomie, en lien avec l'assurance maladie dont le pilotage de la liste des prestations et produits remboursables (LPPR) devra aussi faire place à ces enjeux d'autonomie en application du PLFSS pour 2022.

La mission de la CNSA en tant qu'opérateur de la politique de l'autonomie a été largement confortée dans la période récente, avec en outre la création d'un « laboratoire des solutions de demain » pour repenser l'offre d'hébergement, le déploiement national d'une politique d'habitat inclusif pour personnes âgées ou handicapées, ou des initiatives en ce qui concerne l'isolement des personnes âgées ou les filières territoriales des métiers, avec le relai dans les territoires des ARS et de leurs délégations départementales.

Le choix qui a été fait dans le cadre de la réforme de l'autonomie est celui de renforcer les moyens et de responsabiliser les différents acteurs de la prévention, dans le cadre d'une coordination au plus près des territoires.

De la même manière, le programme ICOPE « Integrated Care for Older People » de l'OMS, qui repose sur la surveillance et le maintien de fonctions essentielles des seniors, constituera un levier majeur de prévention et de sensibilisation des professionnels, avec le lancement prochain d'une expérimentation nationale de « dépistage multidimensionnel du déclin fonctionnel lié à l'âge » dans le cadre du dispositif expérimental de « l'article 51 ».

Il convient aussi de mener des actions pour faciliter l'accès des aides aux personnes âgées et leurs familles. C'est ainsi par exemple que le portail www.pourlespersonnesagees.fr, géré par la CNSA, rassemble l'information disponible sur l'offre d'établissements, ou que le portail www.maboussoleaidants.fr aide à trouver les aides de proximité pour les aidants.

L'ensemble de ces actions participeront de la construction collective d'un « véritable service public de l'autonomie » pour nos aînés, comme l'a évoqué le Président de la République lors de son adresse aux Français du 9 novembre dernier, et dont la politique de prévention de la perte d'autonomie constitue un des maillons essentiels.

**RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA CAISSE NATIONALE
D'ASSURANCE MALADIE (CNAM)**

J'ai bien pris connaissance du projet de rapport public thématique que vous m'avez fait parvenir dans le cadre de l'enquête sur « Vieillissement et prévention de la perte d'autonomie » et je vous en remercie.

Ce rapport développe de nombreuses analyses et recommandations partagées par l'Assurance Maladie. La Cnam en a pris connaissance non seulement au regard de sa contribution à plusieurs politiques analysées dans le rapport, mais également au titre du groupe Ugecam, dont certains établissements accueillent des personnes âgées. A cet égard plusieurs pistes (dépistage de la fragilité, réexamen des médicaments pris, prescription d'activité physique adaptée) sont examinées avec intérêt en vue d'un déploiement dans ces établissements.

De manière plus détaillée, je tiens à vous faire part des observations suivantes :

S'agissant de la prévention des chutes :

Le rapport recommande de mobiliser notamment le levier de réduction de la prescription de psychotropes afin de lutter contre les chutes des personnes âgées. La Cnam partage cette recommandation et mène des actions de prévention de la iatrogénie médicamenteuse chez les personnes âgées, tant auprès des médecins traitants que des EHPAD. Ainsi, entre 2008 et 2019, six campagnes d'accompagnement des EHPAD incluant des volets relatifs au recours aux psychotropes chez la personne âgée ont été conduites par l'Assurance maladie. Cet accompagnement prend la forme de visites des établissements, s'appuyant notamment sur la remise d'un profil prescripteur de l'établissement pour amener l'équipe soignante à s'interroger sur sa pratique et l'adéquation des prescriptions dispensées avec les recommandations de la HAS. Une campagne DAM sur la prescription d'antidépresseurs chez les personnes de plus de 65 ans devait être par ailleurs déployée d'ici la fin de l'année.

S'agissant de la mobilisation de la ROSP pour orienter les pratiques des médecins traitants dans le sens de la prévention de la perte d'autonomie :

Le rapport souligne que le levier que constitue la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) pourrait être mobilisé pour encourager les médecins à certaines pratiques pertinentes pour la prévention de perte d'autonomie des personnes âgées (dépistage de la fragilité, réexamen des médicaments pris, prescription d'activité physique adaptée). La Cnam estime que cela pourrait être une piste de réflexion dans la prochaine

convention médicale, qui comportera parmi ses thématiques une révision de la ROSP. Il convient toutefois de souligner que le constat établi aujourd'hui avec les médecins est celui d'une ROSP devenue complexe (avec 29 indicateurs) et qu'il s'agira certainement de la simplifier, ce qui appellera des discussions avec les partenaires conventionnels pour déterminer les thèmes à promouvoir prioritairement. À noter que le rapport (p. 73) flèche cette recommandation vers le ministère et la CNSA. Il conviendrait d'identifier la Cnam comme pilote pour cette recommandation, la ROSP étant définie par les partenaires conventionnels.

S'agissant du dispositif PRADO personnes âgées et son articulation avec les dispositifs d'accompagnement de la Cnav :

Le rapport évoque une absence de coordination et même une concurrence entre organismes de sécurité sociale via le dispositif d'Aide au Retour à Domicile après Hospitalisation (ARDH) de l'Assurance retraite et l'accompagnement « Prado Personnes âgées » de l'Assurance Maladie. Or les dispositifs sont articulés et une coordination est en place. En effet :

- l'action sociale de l'Assurance Retraite propose aux retraités un dispositif visant à financer des aides à domicile en sortie d'hospitalisation (aide-ménagère, portage de repas, petites aides techniques). Ce dispositif est sollicité durant l'hospitalisation et peut durer jusqu'à 3 mois. Un évaluateur de la caisse de retraite prend contact avec le retraité à sa sortie pour évaluer si les aides à domicile prévues sont adaptées à la situation, si une suite est à prévoir au-delà des 3 mois et lui proposer l'ensemble des services de prévention de la caisse de retraite ;

- l'Assurance Maladie propose quant à elle un service d'accompagnement du patient pour organiser son retour à domicile qui intègre la prise de relais entre l'équipe médicale hospitalière et les professionnels de santé de ville, mais également si besoin, la mise en place d'aides à domicile dont le dispositif ARDH de l'Action sociale retraite et un accompagnement par le service social de l'Assurance Maladie sur critères de fragilité et pour les bénéficiaires d'une affection de longue durée.

Concrètement, lorsqu'un patient retraité est accompagné dans le cadre de Prado, il peut bénéficier du dispositif ARDH de sa caisse de retraite si l'équipe médicale hospitalière a identifié un besoin d'aides à domicile à sa sortie.

L'équipe médicale hospitalière, le service social de l'établissement et le conseiller Assurance Maladie Prado vont œuvrer pour que le patient retraité accède à l'ARDH de sa caisse de retraite.

En outre, l'Assurance Maladie collabore régulièrement avec la Cnav dans le cadre de la sortie d'hospitalisation au-delà de Prado. Deux exemples peuvent être cités :

- Afin d'harmoniser les pratiques et de simplifier l'accès aux aides au retour à domicile, la Cnam, la Cnav, la CCMSA et la CNRACL finalisent un formulaire de demande unique pour tous leurs ressortissants. Ce formulaire pourra être utilisé par tous les établissements de santé pour solliciter les aides pour un patient relevant d'un de ces régimes, qu'il soit actif ou retraité, adhérent Prado ou non. Sa mise à disposition des assurés est prévue au plus tard en septembre 2021 ;

- En 2018, une expérimentation Cnam/Cnav s'adossant à Prado a été menée, pour proposer une aide visant à répondre au besoin de réactivité de mise en place des aides à domicile en sortie d'hospitalisation. Cette proposition a été ensuite déployée pour les adhérents Prado non retraités (20 premières heures d'intervention sans reste à charge pour l'assuré et mobilisables immédiatement). C'est la même idée qui est reprise dans l'expérimentation menée par la Cnav et l'Agirc-Arrco à Paris depuis le 1er juillet 2021. A nouveau, il n'y a pas d'opposition: si la Cnav et l'Agirc-Arrco proposent un nombre d'heures sans reste à charge en sortie d'hospitalisation mobilisables sous 48 heures, Prado utilisera ce nouveau dispositif plus réactif pour les retraités du régime général.

S'agissant du déploiement du rendez-vous « jeune retraité » par les centres d'examen de santé de l'Assurance Maladie :

S'agissant du démarrage, que la Cour estime insuffisant, du rendez-vous de prévention « jeune retraité » (EPS « jeune retraité »), je tiens à souligner que les centres d'examen de santé de l'Assurance maladie ont vu leur activité particulièrement perturbée par la crise sanitaire. Parallèlement à leur mobilisation sur de nouvelles missions, les centres ont constaté des réticences des assurés à se déplacer pour un examen de prévention. Ces éléments expliquent la baisse d'activité constatée en 2020 et qui se poursuivra en 2021. Toutefois, la requête permettant de cibler les assurés éligibles a pu être mise à disposition du réseau des CPAM et de leurs CES avec l'ensemble des outils de promotion de cette offre au début du second trimestre 2021. Les premières invitations trimestrielles ou semestrielles ont été relancées au second semestre. Par ailleurs, si le rapport mentionne que les CES devront « redéfinir leur offre » pour qu'elle réponde au cahier des charges, assez éloigné de leurs pratiques habituelles, il faut souligner qu'il n'est pas prévu une redéfinition, mais plutôt un complément de l'offre habituelle par une attention particulière aux retentissements que le passage à la retraite est susceptible d'avoir sur la santé des « jeunes retraités ». Dans cette logique et à la suite de l'EPS, l'Assurance Maladie mobilise également son service social dans l'accompagnement des assurés présentant un risque de répercussions sociales et familiales en raison de leur état de santé.

En outre, les thématiques médicales du référentiel de pratiques, fondées sur les recommandations de la HAS mises en œuvre dans le cadre de l'EPS sénior sont tout à fait adaptées pour l'EPS « jeune retraité » qui est une déclinaison de l'EPS Sénior. Enfin, le risque de doublon mentionné par la Cour est extrêmement faible entre la MSA et l'Assurance Maladie qui restent les principaux opérateurs de ce dispositif.

Enfin, je note que la Cour recommande de faire de la CNSA le pilote de la politique de prévention de la perte d'autonomie, et recommande de lui donner accès à cet effet à tous les systèmes d'informations des différentes caisses. Il convient de préciser que la CNSA a d'ores et déjà accès aux données de remboursement du système national des données de santé (SNDS) et que la Cnam travaille à la mise à disposition de données issues de RESID-EHPAD et de RESID-ESMS dans cet espace. Nous leur communiquons par ailleurs régulièrement des données statistiques.

Voilà les principaux éléments de réaction que je souhaitais porter à votre connaissance.

RÉPONSE DU DIRECTEUR DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE VIEILLESSE (CNAV)

Par courrier du 6 octobre 2021, vous m'avez transmis le rapport public thématique intitulé « La prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées » et je vous en remercie.

À titre liminaire, je souhaiterais préciser que la CNAV partage le constat de la Cour sur la nécessité de renforcer la prévention de la perte d'autonomie au regard de la transition démographique à laquelle est confrontée la France. À cet égard, je me permets de souligner l'entier engagement de la CNAV dans cette ambition, en dépit de leviers financiers contraints et maîtrisés.

Concernant le contenu du rapport public, la CNAV avait déjà formulé par courrier du 22 juillet 2021²⁴⁸ des observations sur le relevé d'observations provisoires. Au-delà de ces premières observations, qui demeurent d'actualité, je souhaiterais formuler certaines remarques complémentaires et apporter quelques précisions.

²⁴⁸ Réponse CNAV du 22/07/2021 joint à la fin du courrier

Le rapport souligne à plusieurs reprises la nécessité de définir un objectif ambitieux de diminution des chutes des personnes âgées.

La CNAV partage la position de la Cour qui va dans le sens des actions que mène l'Assurance retraite sur cette thématique :

Financement d'ateliers collectifs de prévention en matière d'activité physique adaptée, de prévention des chutes et de sensibilisation à la thématique de l'habitat qui bénéficient chaque année à environ 55 000 personnes.

Mise à disposition de référentiels sur ces trois thématiques afin d'homogénéiser les pratiques et de fournir des outils méthodologiques aux porteurs de ces actions.

Formations des évaluateurs des caisses de retraite aux risques du domicile, tant pour l'intervenant que la personne âgée.

Financement chaque année de plus de 20 000 aides à l'adaptation du logement des personnes âgées (parcs social et privé) et d'environ 25 000 aides techniques.

La CNAV est, à cet égard, pleinement associée aux travaux que la ministre en charge de l'autonomie, Brigitte Bourguignon, vient de lancer au mois de septembre 2021 pour élaborer un « plan national anti-chutes » d'ici la fin de l'année 2021.

La Cour souligne que le domaine de la lutte contre l'isolement social n'a encore fait l'objet que « d'une esquisse de prise de conscience ».

La crise sanitaire de la covid 19 a montré que de nombreuses personnes âgées se trouvaient dans une situation de fort isolement social et qu'il était impératif d'intensifier les politiques de lutte contre l'isolement social. Pour autant, il m'apparaît important de souligner que la CNAV avait déjà fait, dans le cadre de sa COG 2018-2022, de la lutte contre l'isolement social un objectif majeur. À ce titre, plusieurs actions sont menées, qui me conduisent à nuancer cette appréciation de la Cour :

Développement d'actions collectives favorisant le maintien du lien social qui bénéficient à environ 100 000 retraités chaque année.

Développement sur l'ensemble du territoire de partenariats pour mieux repérer les personnes âgées fragiles et lutter contre l'isolement social : Centres sociaux, Petits Frères des Pauvres, Restos du cœur ...

Mise en place d'un dispositif d'appels sortants à destination des retraités fragiles pendant les périodes de confinement lors de la crise sanitaire.

Au sein du chapitre 3, la Cour souligne la fréquentation insuffisante du portail www.pourbienvieillir.fr qui constitue, avec le site de la CNSA, les deux principaux points d'entrée pour s'informer sur les questions de l'autonomie.

Pour mémoire, l'interrégime (Cnav, Msa, Cnracl) a récupéré en 2020 la gestion du site « pourbienvieillir » qui relevait auparavant de Santé Publique France (SPF). Conscient de la nécessité de rendre plus attractif ce site, des travaux de refonte devraient être engagés par l'interrégime en 2022 et pourraient également être l'occasion de travailler à une meilleure coordination avec le site de la CNSA.

La Cour souligne qu'au sein des Carsat, les propositions d'orientation vers des ateliers de prévention, à la suite d'un rejet d'une demande d'aide individuelle, ne sont pas suffisamment nombreuses.

La CNAV partage ce constat et souhaite renforcer ce principe d'orientation vers des actions collectives de prévention notamment dans le cadre du dispositif OSCAR, qui articule plus finement aide individuelle et action collective : en cours de déploiement, ce dispositif OSCAR a vocation à remplacer progressivement les Plans d'action personnalisés (PAP) d'ici la fin de l'année 2023.

La Cour préconise dans son rapport de développer pour les retraités ne pouvant bénéficier d'une aide individuelle (PAP-OSCAR), en raison notamment d'un pré-ciblage indispensable au respect du budget d'action sociale, une « visite conseil à domicile » qui permettrait de diffuser des conseils en prévention, de détecter des besoins en matière d'habitat ou d'orienter les retraités vers des actions collectives de prévention.

La CNAV partage le point de vue de la Cour sur la nécessité de développer ce type de « visites conseils à domicile » afin de ne pas laisser des retraités fragiles sans aucune réponse. L'expérimentation NACRE – ICOPE que mène actuellement la CNAV dans quatre départements (avec le CHU de Toulouse, le PGI de Bourgogne Franche-Comté et I2ML) et qui vise à modéliser et préparer le déploiement d'une forme de « Rendez-vous retraite et prévention » (réalisés par des professionnels de l'évaluation) à destination des jeunes retraités précaires économiquement, contribue à cette ambition.

Le développement de ce type de « visite conseil à domicile », qui pourrait s'inscrire dans le cadre de la prochaine COG, nécessitera au préalable de réaliser une simulation du coût de cette mesure et impliquera par ailleurs de former les évaluateurs à cette nouvelle nature de visites.

La Cour indique que la mise en place par la CNAV de référentiels sur les actions collectives de prévention est une « initiative bienvenue » dans la mesure où cela permet d'harmoniser les pratiques même s'il manque certaines thématiques (lutte contre l'isolement, inclusion numérique).

La CNAV souhaite indiquer à la Cour qu'un référentiel sur l'inclusion numérique a été élaboré en 2020 (en lien avec la CNSA, la MSA, la CNRACL et l'AGIRC-ARRCO) et largement diffusé au sein des différents réseaux au cours de l'année 2021. Par ailleurs, la CNAV réfléchit actuellement, dans la perspective de la prochaine COG, à une meilleure diffusion et application de ses référentiels.

La Cour souligne la nécessaire évolution législative sur l'aide sociale légale (ASL).

La CNAV partage totalement le constat de la Cour sur ce sujet et a déjà eu l'occasion de faire remonter cette difficulté auprès des ministères de tutelle. En effet, les retraités autonomes (Gir 5 et 6) dont les ressources sont inférieures au montant de l'ASPA ne peuvent bénéficier des prestations d'aide à domicile de l'action sociale de la CNAV au motif qu'ils sont éligibles à l'ASL (qui permet le financement d'heures d'aide-ménagère à domicile). Cela ne contribue pas à la clarification des compétences entre les conseils départementaux et les caisses de retraite dans la mesure où ces dernières sont normalement compétentes pour les Gir 5 et 6. Par ailleurs, cela ne simplifie pas les démarches des personnes âgées pour identifier le bon interlocuteur. En outre, l'ASL est soumise à un recours sur succession qui peut être à l'origine de refus d'aide par la personne âgée ou ses aidants familiaux.

Une solution envisageable serait de supprimer l'ASL afin que les bénéficiaires relèvent de l'action sociale extra-légale des caisses de retraite. Cela éviterait le transfert de bénéficiaires vers les conseils départementaux lors des revalorisations du montant de l'ASPA et permettrait aux retraités d'avoir des plans d'aides plus diversifiés que la seule aide-ménagère à domicile de l'ASL. En outre, l'action sociale extra-légale n'est pas soumise au recours sur succession. Compte tenu du faible volume de bénéficiaires actuels de l'ASL à domicile, un transfert du « stock » de bénéficiaires vers la CNAV ne semble pas, a priori, une opération très lourde.

En conclusion, il me semble important de souligner à nouveau (comme dans mon courrier du 22 juillet dernier) la forte réserve de la CNAV sur la recommandation n°6 du rapport qui préconise de renforcer la CNSA dans le rôle de pilote national de la politique de prévention de la perte d'autonomie notamment par redéploiement des moyens humains des caisses nationales de sécurité sociale. En effet, la CNAV porte et pilote un politique

de prévention de la perte d'autonomie sur l'ensemble du territoire (via le réseau des Carsat) pour un coût de fonctionnement extrêmement limité (La Direction nationale de l'action sociale de la CNAV représente 15 ETPMA). Un redéploiement de moyens humains vers la CNSA, par construction extrêmement limité (et donc à faible enjeu pour la CNSA), fragiliserait fortement la territorialisation de cette politique de prévention sur tout le territoire métropolitain et ultramarin ; elle aurait en outre pour conséquence directe une remise en cause de la politique de prévention portée par l'ensemble des régimes de retraite.

Par ailleurs, donner à la CNSA un rôle de « fédérateur » de l'interrégime, qui est piloté par les conseils d'administration des différents régimes de retraite, risquerait d'ajouter une strate supplémentaire à une gouvernance déjà jugée complexe et irait donc à rebours de l'objectif de simplification, prélude souvent à l'efficacité.

RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA CAISSE CENTRALE DE LA MUTUALITÉ SOCIALE AGRICOLE (CCMSA)

J'ai pris connaissance avec la plus grande attention du rapport thématique intitulé la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées que la Cour des comptes se propose de publier prochainement.

Ce projet appelle les observations de ma part listées ci-dessous que je souhaite voir figurer dans le rapport définitif.

Concernant les moyens de la CNSA (recommandation n°6) : *Doter la CNSA, pilote national de la politique de prévention de la perte d'autonomie, des ressources suffisantes pour mener à bien ses missions, au besoin par redéploiement de moyens humains des caisses nationales de sécurité sociale et mettre à sa disposition les données nécessaires, relatives à l'accès des retraités à l'offre de prévention, de l'ensemble des caisses (ministères des solidarités et de la santé et du budget).*

Sans remettre en cause le rôle de pilotage que doit prendre la CNSA dans la prévention de la perte d'autonomie, c'est la coopération efficace avec les caisses de retraite qui doit être privilégiée. La mise en place d'une gouvernance permettant d'assurer une collaboration avec la CNSA, plutôt que le basculement des moyens humains est à préconiser. La CNSA ne disposant pas d'un réseau local, le redéploiement de moyens humains, des caisses vers la CNSA, s'effectuerait au détriment d'une action portée actuellement par le réseau des caisses au niveau local à proximité des territoires.

Par ailleurs, la MSA étant un guichet unique, un transfert de ressources humaines impacterait la prise en charge globale des assurés ainsi que l'offre de services proposée.

Concernant les rendez-vous jeunes retraités : Moins de 1 000 personnes auraient bénéficié de ce rendez-vous en 2020. La crise sanitaire explique certainement le faible taux de retour positif aux invitations (2 % à l'Agirc-Arrco pour 32 000 personnes invitées). Les centres d'examen de santé de l'assurance maladie, chargés de la mise en œuvre pour le régime général, ont été très mobilisés par le contact-tracing, et n'ont pas proposé ce rendez-vous. Les premières invitations devraient être lancées au second semestre 2021. Ces centres devront en tout état de cause compléter leur offre habituelle pour qu'elle réponde au cahier des charges du rendez-vous jeune retraité. Compte tenu du volume d'examens de santé qu'ils réalisent habituellement, bien supérieurs à ceux de l'Agirc-Arrco, leur place dans le dispositif est essentielle. Leur mobilisation pourrait contribuer à l'atteinte de l'objectif de 200 000 personnes conviées à ce rendez-vous d'ici 2022.

La MSA regrette que ses données d'évaluation n'aient pas été prises en compte, d'autant plus qu'elle a été la première caisse à avoir déployé les rendez-vous prévention jeune retraité. En 2020, 2058 assurés de la MSA ont participé à ce dispositif, en présentiel ou par téléphone (donnée non intégrée au bilan global).

Concernant les risques juridiques et financiers des structures : Si quelques structures ont une réelle autonomie de gestion, d'autres, dirigées par les cadres des caisses et/ou bénéficiant uniquement de salariés mis à disposition, sont intégrées de facto à la Carsat ou à la MSA. Cette situation ambiguë comprend des risques juridiques, la solidarité financière de la Carsat ou de la MSA pouvant être mise en jeu et ces caisses pouvant être considérées comme le réel employeur des salariés de la structure.

Les dispositions prises pour assurer le pilotage des structures, et activer les mesures nécessaires en cas de difficulté, permettent de prévenir les risques juridiques et financiers liés à ces activités.

Concernant l'organisation de la MSA : Pour ajouter encore à la complexité, les caisses de MSA de Lorraine et de Mayenne-Orne-Sarthe étant à cheval sur deux Carsat, ces caisses travaillent donc avec deux associations inter-régimes, l'association Label Vie et une Asept, dont le périmètre ne coïncide pas avec celui de leur région. La mise en cohérence des territoires MSA avec les régions administratives apparaît nécessaire.

La MSA ne souscrit pas à ce commentaire qui remet en cause l'organisation actuelle du régime agricole. Aujourd'hui, aucune incidence organisationnelle liée à ces doubles rattachements n'est constatée.

Concernant l'offre de services de la MSA : En 2020, la Cour avait mis en évidence l'expansion désordonnée de l'offre de services de la MSA ainsi que des risques juridiques et financiers insuffisamment maîtrisés liés à la présence d'administrateurs et d'agents de direction des caisses de la MSA dans les instances dirigeantes de ces associations. Or, cette situation perdure.

L'organisation et le fonctionnement de l'offre de services de la MSA font l'objet d'une attention particulière, afin de garantir les conditions de sécurisation juridique et financière appropriées. Le dispositif de maîtrise des risques spécifiquement dédié, et qui a vocation à évoluer pour s'adapter à l'évolution des risques propres à ces activités, s'inscrit dans cette logique. Il est rappelé que l'offre de services de la MSA constitue un axe stratégique fort de son action au service des territoires.

Concernant les Associations de Santé, d'Éducation et de Prévention sur les Territoires – ASEPT : Les objectifs assignés à la structure inter-régimes ne sont pas homogènes entre financeur et opérateur. De ce point de vue, la place des Asept conservant des fonctions d'opérateur est particulièrement ambiguë.

Initialement, les ASEPT ont été créées pour réaliser la production d'actions collectives seniors (structures opératrices). Lors de la mise en place de l'interrégimes Bien Vieillir retraite, les ASEPT ont servi de support pour la création des structures locales interrégimes. Au fil des années, ces structures locales ont pris une autre identité que celle des ASEPT. Aussi, les ASEPT sont aujourd'hui principalement et en grande majorité des structures opératrices (au nombre de 13) et non pas des structures interrégimes (au nombre de 6).

Concernant les structures interrégimes : Ces choix stratégiques opposés expliquent que certaines structures interrégimes bénéficient de financements de la conférence des financeurs, alors que d'autres n'en demandent pas (Bretagne, Centre-Ouest, Languedoc-Roussillon), estimant préférable que les conseils départementaux financent directement les Asept, opérateurs de la politique de prévention.

Les positionnements stratégiques différents sont liés essentiellement à la volonté des acteurs locaux.

RÉPONSE DU PRÉSIDENT DU GIE AGIRC-ARRCO

Par courrier en date du 6 octobre 2021, vous nous invitez à formuler nos remarques sur le rapport sur « la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées », rapport que nous avons lu avec la plus grande attention.

L'objectif repris par votre titre « construire une priorité partagée » résume notre constat et notre souhait de contribuer largement à la mise en place d'une politique ambitieuse.

Au travers de notre mission d'intérêt général, nous souhaitons contribuer activement à porter une politique publique nationale de prévention de la perte d'autonomie, politique qui se doit de promouvoir une approche globale incluant les aspects médicaux psychologiques et sociaux.

Comme vous le soulignez à plusieurs reprises, l'Agirc-Arrco a clairement exprimé le souhait de rejoindre l'Inter-régimes avec une réelle volonté de co-construire sa politique, dans une démarche globale en vue d'améliorer l'accessibilité à l'offre et de participer à la coordination de nos expertises.

C'est dans cet esprit que l'Agirc-Arrco a travaillé avec la CNAV, la CCMSA, la CNRACL et l'Etat, sur le projet de la nouvelle convention Inter-régimes, qui sera signée au début de l'année 2022.

Dans la continuité de la convention de 2017, celle de 2022 affirme l'accompagnement par l'Inter-régimes d'une politique organisée et coordonnée de la promotion de la santé et du bien-vieillir sur les territoires, en lien étroit avec l'Etat, la CNSA et les collectivités territoriales, dans le respect des rôles respectifs des départements et des ARS.

Notre entrée dans l'Inter-régimes se traduira par l'intégration du Comité de pilotage national, du Comité technique et d'autres instances, afin de permettre à l'Agirc-Arrco d'apporter son expertise qu'il s'agisse de l'évolution de l'offre ou du site internet "Pour Bien Vieillir".

Au niveau territorial, les actions prioritaires ont été définies pour rejoindre la dynamique Inter-régimes déjà installée, dans le respect des calendriers d'actions prévus par tous les acteurs.

Concernant l'implication des groupes de protection via leurs institutions de retraite complémentaire (IRC), elle se traduit par une adhésion au projet de développement de l'action sociale territoriale Agirc-Arrco, avec ses 16 comités régionaux. Composés des collaborateurs des IRC, les comités seront chargés du déploiement de l'approche retenue par l'Agirc-Arrco pour son entrée dans l'Inter-régimes.

Par ailleurs, vous renouvelez le constat déjà formulé par la Cour dans son rapport public annuel de 2019, de difficultés de l'Agirc-Arrco à contrôler le respect par les institutions de retraite complémentaire, de la règle de consacrer au moins 80% de leurs financements aux actions réalisées dans le cadre des orientations prioritaires.

Nous tenons à préciser à la Cour, qu'à la suite de ces observations formulées en 2019, de nombreux travaux ont été engagés au niveau de la fédération et au sein des institutions de retraite complémentaires, pour renforcer les contrôles et améliorer les processus de recueil de données. Ces travaux vont permettre à la fédération d'avoir désormais une vision plus complète des actions engagées au sein des groupes de protection sociale.

RÉPONSE DU PRÉSIDENT DE L'ASSOCIATION DES MAIRES DE FRANCE (AMF)

Vous avez bien voulu transmettre, pour avis, à l'Association des maires de France et des présidents d'intercommunalité le rapport de la Cour des comptes intitulé « La prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées » et je vous en remercie.

Le 4 mars 2021, l'AMF, représentée par Pierre MARTIN, maire de Chauvé et référent grand âge, a été auditionné par la Cour des Comptes, concernant les services de soin à domicile.

Ayant examiné avec attention le projet de rapport de la Cour des Comptes, l'AMF souhaite faire part des observations suivantes.

Je vous prie de bien vouloir trouver ci-après les observations de l'AMF.

1/ Observations générales

L'AMF souhaite que le rapport de la Cour des comptes valorise davantage le rôle des communes et intercommunalités en recommandant de les associer systématiquement aux instances d'élaboration des politiques à destination des personnes âgées

Dans le projet de rapport, est souligné le rôle central des communes et intercommunalités dans la prévention de la perte d'autonomie, puisqu'elles mettent en œuvre au quotidien de nombreuses actions en destination des personnes âgées.

Alors même qu'elles ont peu de compétences obligatoires concernant la dépendance, elles jouent indéniablement un rôle majeur dans l'inclusion sociale des personnes âgées, la prévention de la perte d'autonomie, l'accès aux droits, la coordination des acteurs, le développement d'une offre de mobilité adaptée ou de logements inclusifs, l'accompagnement des aidants... Elles gèrent, par ailleurs, ou soutiennent, de nombreux établissements et services à destination des personnes âgées.

Par leur très bonne connaissance des spécificités de leur territoire, ainsi que des besoins de leurs administrés, les maires sont aujourd'hui des acteurs incontournables des politiques à destination des personnes âgées et pourtant insuffisamment associés à l'élaboration de celles-ci.

L'AMF avait regretté, lors de leur mise en place, que les communes ne soient pas membres de droit des conférences des financeurs de la perte d'autonomie.

L'implication des élus locaux a particulièrement été mise en lumière depuis le début de la crise sanitaire. Les maires ont porté un regard très attentif sur l'ensemble des personnes âgées de leur territoire, qu'elles résident en EHPAD ou à domicile. Leur prise en charge a appelé la mise en place de multiples mesures pour garantir leur sécurité mais également celle des professionnels intervenants auprès d'elles en EHPAD ou via les SAAD, que la gestion soit municipale ou privée.

La question du repérage des personnes âgées isolées a également été centrale. Les élus ont été nombreux à faire remonter le fait que les règles RGPD ont pu être un frein au développement d'actions concernant la lutte contre l'isolement des personnes âgées et leur repérage. Cette difficulté est également pointée par la Cour des comptes dans son rapport.

Ainsi, l'AMF propose que la réglementation RGPD puisse être assouplie lorsque la demande émane du pouvoir public et relève de démarches de solidarités et non commerciales.

L'AMF considère que cette question du repérage doit être à lier avec celle de la prévention de la perte d'autonomie. En effet, si l'AMF est sensible à la proposition de la Cour des comptes de construire une offre graduée de services concernant la prévention de la perte d'autonomie, elle souhaite mettre en avant le fait que la question du repérage des personnes âgées se posera inévitablement pour les deuxième et troisième niveaux d'intervention.

2/ Observations sur les recommandations

« Amplifier et suivre l'adaptation des logements tout en simplifiant les aides et en uniformisant les procédures »

L'AMF partage le constat de la Cour des Comptes sur la pluralité des financements apportés par différents acteurs et la nécessaire simplification des aides, amenant à une meilleure lisibilité des dispositifs d'habitat adapté.

Toutefois, elle tient à rappeler que les communes et leur groupement apportent des financements aux diverses formes d'habitats adaptés et plus particulièrement dans le cadre de l'habitat inclusif, en fonction des besoins locaux exprimés.

Elle souligne que de nombreux projets d'habitat inclusif à destination des personnes âgées sont en cours et ils sont souvent portés par les collectivités ou leur groupement, en lien avec les acteurs associatifs, les bailleurs sociaux...

Il est également important qu'il n'existe pas un modèle unique car chaque projet possède ses spécificités, en fonction du public accueilli, du lieu d'implantation, des ressources disponibles, du degré d'autonomie du bénéficiaire....

Le ministère du logement travaille actuellement sur un dispositif intitulé « MaPrim'Adapt' », aide financière à l'adaptation du logement, cumulable avec le dispositif « MaPrimeRénov ».

Il est indispensable que ce dispositif ne vienne pas s'ajouter aux dispositifs déjà existants mais qu'il permette une fusion des multiples aides d'adaptation des logements au vieillissement en une seule, plus simple et plus compréhensible pour les futurs bénéficiaires.

« Encourager les professionnels de santé à infléchir leurs pratiques via des incitations financières »

L'AMF interpelle régulièrement les pouvoirs publics sur la pénurie de professionnels de santé pour ce qui concerne la médecine de ville mais également la médecine hospitalière. Si les récentes mesures, telles que l'abandon du numerus clausus au profit d'objectifs nationaux pluri annuels de formation des professionnels de santé à former, permettront, à terme, d'augmenter le nombre de médecins, les effets de ces mesures ne devraient se ressentir dans les territoires que dans une dizaine d'année.

Les élus locaux souhaitent que des solutions immédiates soient mises en place et proposent, par exemple, d'ouvrir le débat sur des sujets tels que la délégation de tâches ou encore la possibilité pour des étudiants en dernière année de médecine de faire des remplacements. Ils sont également favorables, lorsque cela est possible, à la mise en place d'équipes territoriales de santé afin de répondre à la pénurie de médecins. Cette suggestion pourrait utilement s'articuler avec la proposition de la Cour des comptes de mettre en place des professionnels de santé formés aux problématiques de prévention.

L'AMF constate également que le sujet du maintien à domicile est aussi à croiser avec celui de la rééducation. Souvent oubliés des politiques de santé, les soins de rééducation participent activement au maintien des personnes âgées à domicile.

Concernant le développement du sport santé, l'AMF partage le constat de la Cour des Comptes sur la nécessité de promouvoir l'activité physique et sportive auprès des personnes âgées.

Il faut souligner qu'un nombre croissant de collectivités proposent des dispositifs à destination des personnes âgées avec l'aide de professionnels tels que des kinésithérapeutes et ce, sans aucune aide financière.

Malgré la création d'un réseau de communes engagées en faveur du sport sur ordonnance, l'AMF regrette que les collectivités ayant mis en œuvre ce dispositif ne soient pas accompagnées par les différents ministères concernés et plus particulièrement par les ARS.

L'AMF note également le besoin des collectivités de disposer d'outils leur permettant de développer une offre d'équipements de sport santé.

« Construire une offre graduée de prévention de la perte d'autonomie » et « doter la CNSA, pilote national de la politique de prévention de la perte d'autonomie, des ressources suffisantes pour mener à bien ses missions et mettre à sa disposition les données nécessaires de l'ensemble des caisses »

L'AMF partage le constat de la Cour des comptes sur la dispersion des professionnels intervenants auprès des personnes âgées comme des instances chargées d'élaborer les politiques de prise en charge des personnes âgées qu'elles soient dépendantes ou non dépendantes.

Ainsi, l'AMF plaide pour un rapprochement de l'ensemble des ressources et compétences dédiées aux personnes vieillissantes d'un territoire afin de rendre cette offre à la fois plus visible, plus accessible mais également mieux coordonnée. Ce rapprochement apparaît indispensable afin d'apporter des réponses globales aux personnes concernées.

Cela implique de repenser les modes d'intervention, aujourd'hui trop cloisonnés, ainsi que le mode de fonctionnement des EHPAD afin d'en faire de réels lieux de vie davantage ouverts sur le territoire, plus en lien avec les SAAD et les autres structures existantes qu'elles relèvent de la santé, du social ou du médico-social. Cette coordination renforcée doit également permettre de donner davantage de lisibilité aux personnes âgées sur l'offre d'établissements et services existants, leurs coûts, mais aussi sur les aides financières et l'accompagnement dont elles peuvent être bénéficiaires, pour réaliser des travaux d'aménagement de leur logement par exemple.

L'AMF peut partager l'objectif d'un resserrement et d'une clarification de la gouvernance et souscrire au constat du nécessaire rôle d'ensemblier joué par les départements.

Toutefois, les schémas de transition démographique, qui remplaceraient les schémas d'organisation sociale et médico-sociale tels que dépeints par la Cour, ne devront pas être prescriptifs. Ils devront intégrer l'ensemble des actions portées par les communes, acteur incontournable de la prévention de la perte d'autonomie, et pas uniquement celles portées par les EPCI.

Enfin, l'AMF, attachée au principe de subsidiarité, émet des réserves quant à la possibilité pour le département de se substituer à l'action du bloc local en cas de carences constatées localement, considérant que les maires sont des acteurs de proximité et de fins connaisseurs des besoins de la population, notamment en matière de lutte contre l'isolement.

L'AMF considère par ailleurs qu'une réflexion doit être ouverte sur les SAAD. Si de nombreux labels valorisent certains SAAD existants, d'autres apportent, en revanche, peu de garanties sur la qualité des prestations proposées.

L'AMF propose également que la Cour des comptes évoque dans son rapport la pénurie de professionnels travaillant auprès des personnes âgées. Une large réflexion doit être menée autour de la revalorisation des métiers du grand âge et de leur rémunération afin de répondre à la pénurie de professionnels mais aussi de fidéliser ceux déjà en exercice. Les élus locaux font particulièrement état d'importantes pénuries, au sein des services des CCAS, pour ce qui concerne les aides à domicile et les auxiliaires de vie.

Enfin, l'AMF regrette qu'en dépit des nombreux rapports montrant l'importance à agir sur le sujet du vieillissement, la loi grand âge n'ait pas vu le jour et souhaite insister sur le fait que les objectifs concernant la prévention de la dépendance, comme la prise en charge des personnes âgées perdant en autonomie, devront s'appuyer sur des financements dédiés. Ils ne pourront en aucun cas reposer sur les budgets communaux aujourd'hui plus que jamais contraints.

**RÉPONSE DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE DE L'AGENCE
NATIONALE POUR L'AMÉLIORATION DE L'HABITAT (ANAH)**

Vous avez adressé à l'Anah, le 6 octobre 2021, le rapport public thématique relatif à la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées et je vous en remercie.

J'ai l'honneur de vous faire part ci-dessous des observations de l'Anah à ce projet.

En préambule, la prévention de l'autonomie couvre un spectre très large de politiques et d'interventions. La question plus spécifique de l'adaptation des logements à la perte d'autonomie est un sujet à l'interface des politiques de l'habitat et des politiques sociales. L'Anah mobilise ainsi différents moyens financiers et opérationnels pour favoriser l'adaptation des logements à la perte d'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées :

- aides à l'adaptation du logement en faveur des propriétaires occupants, propriétaires bailleurs et locataires ;*
- aides à l'accessibilité à destination des syndicats de copropriété.*

Ces aides sont mobilisables en secteur diffus et en opérations programmées dans le cadre de partenariats avec les collectivités territoriales, afin de traiter une grande diversité de cas et de configurations locales.

Synthèse des observations de l'Anah au projet de rapport public thématique (rpt)

Finalité de la politique d'adaptation et création d'un dispositif unifié

L'Agence partage la nécessité de simplifier le parcours usager des bénéficiaires des aides à l'adaptation du logement et d'anticiper les situations de dépendance, afin de développer une véritable politique de prévention des impacts de la dépendance. C'est le sens de l'engagement de l'Anah auprès du ministère du Logement, renforcé depuis la mise en place de l'une des réformes prioritaires du ministère chargé du Logement en faveur de l'adaptation des logements, mais aussi dans le cadre de la mission confiée au printemps 2021 à la DITP et relative à la démarche de simplification des aides à l'adaptation de logements.

Comme souligné dans le rapport, il s'agit bien de simplifier le parcours usager, tout en intégrant l'efficiency du processus métier à même de garantir la rapidité de traitement des demandes et de limiter au maximum les délais d'instruction.

Je souhaite toutefois attirer votre attention sur quelques points de vigilance dans le paragraphe relatif au « maquis des aides financières à l'adaptation des logements ».

La perspective de la création d'un dispositif d'aide unifié est essentielle pour la simplification du parcours de l'usager. Celle-ci doit s'inscrire dans un questionnement global, autant sur la finalité de la politique d'aide à l'adaptation du logement que sur les impacts collatéraux sur les dispositifs existants.

La création d'une plateforme unique dédiée à l'adaptation du logement au vieillissement présentera une réelle plus-value pour le parcours des demandeurs, en simplifiant le paysage existant entre le portail actuel de la CNAV, la plateforme de l'Anah et le crédit d'impôt. L'Agence sera cependant attentive à la bonne articulation du futur système d'aide à l'adaptation du logement :

- à la fois avec les autres politiques d'intervention en faveur de la rénovation de l'habitat, afin de préserver une incitation forte en faveur de l'amélioration globale des logements ;*
- mais également avec les aides propres portées par les collectivités (qu'il s'agisse des départements ou des collectivités du bloc communal), dont la complémentarité avec les dispositifs nationaux est indispensable pour bien accompagner les ménages et réduire au maximum leur reste à charge.*

Un autre point de vigilance, en cas d'unification des aides à l'adaptation des logements sur le vieillissement, mériterait de porter sur le maintien d'une aide à destination des personnes en situation de handicap. Cet axe représente actuellement 13 % des dossiers « autonomie » traités par l'Anah,

Enfin, l'unification des dispositifs ne doit pas remettre en question le rôle essentiel de l'assistance à maîtrise d'ouvrage (AMO) financée dans le cadre des aides de l'Anah, qui permet aux ménages de disposer d'un tiers de confiance pour les accompagner dans la gestion de leur demande d'aide. Ce mécanisme protège efficacement contre la fraude et contribue au bon ciblage des travaux et des publics prioritaires, ainsi qu'à leur pertinence.

Il conviendrait de préserver cette AMO mobilisée par une majorité des ménages aidés par l'Agence au titre de l'autonomie, dans l'esprit de l'accompagnement mis en place sur les travaux de rénovation énergétique dans le cadre du service public de la rénovation de l'habitat instauré par la loi Climat et Résilience récemment promulguée. Ainsi, comme souligné dans

le rapport, le recours au diagnostic d'un ergothérapeute est primordial pour déterminer les solutions les plus adaptées à la personne. L'AMO doit pouvoir coordonner le conseil social, technique, le montage du dossier y compris dans sa partie financière, ainsi que le suivi voire la réception des travaux.

L'Anah souhaite également préciser, qu'à ce jour, le dispositif d'aide relatif à l'autonomie relève du régime des aides à la pierre dont la gestion est assurée au niveau territorial, soit par les services de l'Etat au sein des directions départementales des territoires, soit directement par les collectivités délégataires de rang 3. Les services instructeurs concernés traitent de l'ensemble des dispositifs gérés par l'Anah en matière d'autonomie, mais également de rénovation énergétique, de lutte contre l'habitat indigne, de traitement des copropriétés en difficulté, ceci dans une optique globale d'amélioration de l'habitat privé.

Dénombrement des logements adaptés

Le rapport souligne l'approximation faite sur le décompte des logements adaptés dans le cadre de l'OVQ adaptation, les dossiers traités par Action Logement, la CNAV et l'Anah étant sommés sans prise en compte d'éventuels doubles comptes des dossiers cofinancés.

Le décompte précis des logements traités, en l'absence de système d'information centralisé, présente des limites certaines. S'agissant des cofinancements, il convient cependant de souligner qu'ils sont nécessaires au regard du coût des travaux et qu'ils constituent un véritable effet levier pour la prise de décision des ménages.

Ainsi, d'après les éléments issus du système d'information de l'Anah, les aides des collectivités et des caisses de retraite sont évaluées entre 20 et 25 % du montant total des travaux d'adaptation des logements.

Conditions d'éligibilité aux aides

Le rapport fait le constat suivant : « Les travaux n'interviennent-ils pas à un âge trop tardif pour modifier substantiellement le parcours de vie des bénéficiaires ? Si l'on estime qu'il faut agir plus tôt, comme des études le suggèrent, alors la condition d'âge d'Action Logement (70 ans) imposée par le ministère des finances, est trop restrictive. Si l'on veut toucher un public moins dépendant, alors la condition de GIR posée par l'Anah est contre-productive. »

L'Agence partage la nécessité d'anticiper les situations de dépendance, afin de développer une véritable politique de prévention. Comme le relève le Haut conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA) dans son rapport sur les mobilités des personnes âgées concernant les âges de la vie auxquels une personne sera le plus susceptible de se sentir concernée par la question du vieillissement dans son parcours de vie, il s'agira de bien définir la cible des aides nationales. La cible des jeunes retraités et la cible des personnes en période charnière de départ en retraite apparaissent pertinentes pour prendre en compte l'objectif recherché de prévention et de sensibilisation, et font d'ores et déjà l'attention des réseaux des professionnels du bâtiment dans la perspective de rendre désirable l'adaptation des logements.

Toutefois, il convient de signaler qu'une intervention auprès d'une population plus jeune et moins dépendante implique des impacts budgétaires potentiellement conséquents. Lever le critère de girage apparaît pertinent dans une logique de massification, mais à ce jour les aides ne sont pas dimensionnées pour couvrir une population plus large sans le filtre du girage. Compte-tenu des moyens alloués, ce critère permet de concentrer les aides sur les personnes qui en ont le plus besoin et dont la dépendance est avérée et suivie par les professionnels de l'action sociale.

Telles sont les observations que je souhaitais porter à votre connaissance.
