



**EXAMEN PROFESSIONNEL  
POUR L'ACCES AU CORPS INTERMINISTRIEL  
DES ATTACHES D'ADMINISTRATION DE L'ETAT**

**SESSION 2020**

**Mardi 10 septembre 2019**

**L'épreuve écrite d'admissibilité notée de 0 à 20** consiste, à partir d'un dossier documentaire de vingt-cinq pages maximum, en la rédaction d'une note ou en la résolution d'un cas pratique. Cette épreuve, qui met le candidat en situation professionnelle, est destinée à apprécier sa capacité de compréhension d'un problème, ses qualités d'analyse, de rédaction et son aptitude à proposer des solutions démontrant son savoir-faire professionnel (durée : 4 heures, coefficient 2)

---

**Important :**

Vous devez écrire uniquement sur la copie d'examen qui vous a été remise et sur les **intercalaires qui vous seront distribués si besoin.**

Si vous utilisez des feuilles intercalaires vous devez inscrire la pagination en haut à droite de chaque feuille et reporter votre numéro de « code à barres ».



**Sous peine de nullité, votre copie et vos intercalaires, ne doivent en aucun cas être signés ou comporter un signe distinctif permettant l'identification du candidat (signature, nom, paraphe, initiales, symbole, ...).**

Vous devez écrire à l'encre bleue ou noire – pas d'autre couleur– sous peine de nullité car cela peut s'apparenter à un signe distinctif.

Il vous est demandé d'apporter un soin particulier à la présentation de votre copie.

**Le dossier contient 24 pages**

## **SUJET :**

Vous êtes adjoint au chef de bureau du pôle « politique de la ville » en charge des personnes vulnérables de la direction départementale de la cohésion sociale.

Le Préfet de département vous demande, en lien avec la direction générale de la cohésion sociale, l'agence régionale de santé, les représentants des EPHAD (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) de votre département et la FNADAEF (Fédération nationale des associations et amis des personnes âgées et de leurs familles), de préparer la prochaine réunion du conseil départemental consultatif dédié aux personnes vulnérables, en l'occurrence, les personnes âgées.

A cette occasion, il souhaite disposer d'une note opérationnelle destinée à lui servir de support à sa présentation, et présentant :

- Le contexte actuel de l'état du vieillissement de la population en France et ses enjeux
- Les pistes de réflexion pour parfaire les dispositifs existants de l'accompagnement des personnes âgées.

Vous joindrez à cette note un tableau synthétique des enjeux financiers.

## LISTE DES DOCUMENTS

- Document 1** : « Concertation Grand âge et autonomie : la feuille de route du 30 mai 2018 : l'ensemble des mesures » - Site du ministère des solidarités et de la santé – 11 octobre 2018 (2 pages)
- Document 2** : « Rapport Libault : 175 propositions pour une politique nouvelle et forte du grand âge en France » - Communiqué de presse – Ministère des solidarités et de la santé – 28 mars 2019 (2 pages)
- Document 3** : « Vieillissement de la population : quels enjeux de santé publique ? » – Francenetinfos.com – 23 février 2017 (2 pages)
- Document 4** : « La prise en charge des personnes âgées, un enjeu pour l'avenir » - extrait de la fiche d'analyse « Le vieillissement de la population et ses enjeux » - L'observatoire des Territoires du Commissariat général à l'égalité des territoires – 2017 (1 page)
- Document 5** : « Le vieillissement de la population mondiale et le cas de la France » – site « essentiel autonomie Humanis » - humanis.com - 04 août 2016 - Mis à jour le 08/03/2019 (1 page)
- Document 6** : « Le financement de la dépendance, un enjeu majeur » - Dorian Girard - Le Monde – 4 octobre 2018 (2 pages)
- Document 7** : « Un vieillissement de la population souvent exagéré » - Centre d'observation de la société - 11 mars 2019 (1 page)
- Document 8** : « La France face au coût de la dépendance des personnes âgées » - Observatoire 2014 Cap retraite – Editorial de Bernard Lasry, fondateur de Cap Retraite (1 page)
- Document 9** : « Concertation Grand âge et autonomie » - Dossier de presse (extraits) – 28 mars 2019 (5 pages)
- Document 10** : « Chiffres clés de l'aide à l'autonomie » – CNSA – 2018 (extraits) (4 pages)
- Document 11** : « CNSA (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie) » - Site du Ministère des Solidarités et de la Santé (1 page)
- Document 12** : « Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie » - Site Wikipedia (2 pages)

## « Concertation Grand âge et autonomie : la feuille de route du 30 mai 2018 : l'ensemble des mesures » - Site du ministère des solidarités et de la santé – 11 octobre 2018

La feuille de route « grand âge et autonomie a une double vocation, premièrement, améliorer dans l'immédiat la qualité de vie des personnes âgées et, deuxièmement, anticiper et faire face au défi de la perte d'autonomie.

### Priorité à la prévention à domicile comme en établissement

La vieillesse n'est pas synonyme de perte d'autonomie. La priorité doit être donnée à la prévention pour permettre à la population de vieillir sans incapacité et en réduisant la prévalence des maladies chroniques.

- **Améliorer la prévention de la perte d'autonomie à domicile**
  - Donner accès à une offre de prévention de la perte d'autonomie à proximité du lieu de vie : sport adapté, atelier de prévention des chutes, atelier mémoire, etc.
  - Coordination des financements et des actions : simplifier les conditions d'engagement des fonds de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) pour la conférence des financeurs ; clarifier la nature des aides éligibles, notamment pour permettre un meilleur soutien aux aidants.
- **Renforcer la prévention en établissement**
  - Développer des actions de prévention pertinentes pour les résidents des EHPAD en matière de santé bucco-dentaire, de dépistage, d'activité physique adaptée, de diététique et de prévention des chutes.
- **Soutenir le développement de la filière « Silver économie »**
  - Renforcer l'animation de la filière Silver économie. Cette filière constitue une réponse pour prévenir la perte d'autonomie et améliorer la qualité et le confort de vie des seniors via la conception de produits, technologies, équipements et services adaptés mais aussi via l'adaptation des logements et des transports.

### Repenser et faciliter le parcours de santé des personnes âgées

L'une des principales orientations de la Stratégie de transformation du système de santé (STSS) repose sur l'organisation territoriale de la santé pour décroiser les acteurs de la ville, de l'hôpital et du médico-social. Elle s'appuie sur une meilleure coordination des professionnels pour éviter les ruptures de parcours de soin, notamment celui des personnes âgées.

- **Favoriser l'hospitalisation à domicile**
  - Développer les soins sur le lieu de vie car les séjours hospitaliers sont souvent perturbants pour les personnes âgées et peuvent même entraîner une perte accélérée de l'autonomie. Pour les éviter, l'hospitalisation à domicile peut intervenir en EHPAD sans restriction depuis 2017. Depuis le 1er juin 2018, les services d'hospitalisation à domicile et les services de soins (services de soins infirmiers à domicile, services polyvalents de soins à domicile), déjà présents au domicile du patient avant la mise en place de l'hospitalisation à domicile, pourront travailler conjointement.
- **Faciliter les sorties d'hospitalisation**
  - Offrir la possibilité d'être hébergées temporairement dans un EHPAD après une hospitalisation au même tarif qu'à l'hôpital. Cela permettra de mieux préparer le retour à domicile, tout en maintenant la personne âgée dans un environnement sécurisé avec la présence de soignants.
- **Apporter l'expertise gériatrique au plus près du patient**
  - Renforcer le nombre et les effectifs des équipes mobiles de gériatrie pour appuyer les EHPAD et les professionnels exerçant en ville.
- **Généraliser l'accès à la télémédecine pour les personnes âgées**
  - Mettre en place la télémédecine dans l'ensemble des EHPAD selon des modalités adaptées à la situation particulière de chaque établissement et de chaque territoire. La télémédecine permet de limiter les déplacements des personnes âgées pour des consultations, d'éviter les hospitalisations inutiles et d'améliorer la qualité du suivi médical.

### Améliorer la qualité des soins et des accompagnements en établissement

Face au malaise exprimé par les professionnels du secteur, des mesures d'urgence sont nécessaires. Des crédits supplémentaires sont mobilisés dès 2018 pour apporter le meilleur soin aux personnes résidant en établissement. Ces crédits permettront de faire face à la demande croissante de soins médicaux en établissement et d'améliorer la situation financière des EHPAD en difficulté.

- ▶ Engagement ministériel sur la réforme des tarifs soins et dépendance des EHPAD : maintenir les ressources financières au minimum à leur hauteur actuelle pour les années 2018 et 2019.
- ▶ Permettre aux départements de fixer un tarif dépendance plus adapté aux besoins des EHPAD de leur territoire.
- ▶ Renforcer plus rapidement la présence de personnel soignant au sein des EHPAD, l'ensemble des établissements atteindront leur nouveau tarif cible d'ici la fin de l'année 2021.
- ▶ Création d'une astreinte infirmière mutualisée entre plusieurs EHPAD d'un même territoire, pour réduire les hospitalisations en urgence évitables et sécuriser les prises en charges nocturnes.

## **Renforcer la confiance des personnes âgées et de leur famille**

Les personnes âgées qui entrent en établissement d'hébergement doivent avoir confiance dans la structure qui les accueille.

- **Promouvoir la bientraitance**  
Définition d'un plan d'actions fin 2018 avec la contribution Commission de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance :
  - renforcer la prévention,
  - développer la lutte contre toutes les formes de maltraitance
  - accompagner les responsables et les personnels des établissements et services médico-sociaux, avec une gouvernance renouvelée.
- **Développer les enquêtes de satisfaction et renforcer l'information**
  - A partir de 2019 : généralisation des enquêtes de satisfaction auprès des résidents et de leur famille sous l'égide de l'Haute Autorité de Santé.
  - Rénovation du dispositif d'évaluation de la qualité des établissements et services pour personnes âgées pour mieux correspondre aux attentes des usagers et des professionnels.

## **Soutenir les professionnels et améliorer la qualité de vie au travail**

Ce soutien passe, d'une part, par le déploiement d'un véritable plan métiers et compétences associant l'ensemble des employeurs du secteur et les organismes de formation. D'autre part, il s'agit également de développer à une plus grande échelle, à domicile comme en établissement, l'ensemble des actions permettant d'accroître la qualité de vie au travail.

- **Améliorer la qualité de vie au travail**
  - Déploiement du plan d'action de la commission Qualité de vie au travail (acquisition de matériels soulageant les personnels, amélioration des locaux, formation au management de l'encadrement et à la qualité de vie au travail pour tous les personnels, mise en oeuvre du kit pédagogique sur la qualité de vie au travail...)
  - Expérimentation de « clusters » médico-sociaux (regroupements d'établissements menant un travail partagé sur la qualité de vie au travail) avec un appui des associations régionales pour l'amélioration des conditions de travail.
  - Lancement d'une démarche similaire dans les services à domicile avant la fin de l'année 2018.
  - Prise en compte par l'Observatoire national de la qualité de vie au travail des professionnels de santé du secteur médico-social
- **Mieux former les professionnels exerçant auprès des personnes âgées**
  - Révision des référentiels d'activités, de compétences et de formation des aides-soignants d'ici mars 2019. L'objectif est de mieux tenir compte des spécificités de l'exercice des aides-soignants auprès des personnes âgées : évaluation de l'état clinique et de la douleur des personnes âgées, sensibilisation à la prise en charge des patients atteints des maladies neurodégénératives ou en fin de vie, repérage des situations de maltraitance, etc.
  - Mise en oeuvre du plan d'accompagnement des EHPAD en difficulté : le volet « amélioration de l'organisation et du management » consacré à la place et les missions des aides-soignants.
  - Plus généralement, il conviendra de mettre en place un véritable plan métiers et compétences pour le personnel exerçant auprès des personnes âgées.
- **Accompagner les organisations pour répondre aux nouveaux besoins**
  - Accompagner la réorganisation des EHPAD identifiés en difficultés (à partir de diagnostics financiers et relatifs à la qualité des soins et des accompagnements).
  - Mobiliser l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP) pour conduire de nouveaux travaux dans la perspective d'identifier les leviers de transformation et d'accompagner les Agences régionales de santé et les conseils départementaux à mettre en oeuvre ces leviers.
  - Améliorer le mode d'organisation et la coordination des acteurs de l'aide à domicile pour mieux répondre au besoin accru de maintien à domicile.

**«Rapport Libault : 175 propositions pour une politique nouvelle et forte du grand âge en France » - Communiqué de presse – Ministère des solidarités et de la santé – 28 mars 2019**

**Une vaste concertation nationale pour des propositions élaborées avec les personnes et les acteurs concernés**

Par lettre de mission en date du 17 septembre 2018, le Premier ministre a demandé à Dominique Libault de conduire une concertation et de faire des propositions de réforme, notamment dans la perspective d'un projet de loi. Le 1er octobre 2018, Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la Santé lançait une vaste concertation nationale « Grand âge et autonomie » qui s'est achevée en février 2019. Elle a mobilisé 10 ateliers nationaux, 5 forums régionaux, une consultation citoyenne ayant recueilli plus de 1,7 million de votes pour 414 000 participants, 100 rencontres bilatérales et des groupes d'expression de personnes âgées, professionnels et aidants. « *La concertation Grand âge et autonomie qui vient d'avoir lieu s'est traduite par des contributions très riches et convergentes de la part de tous les acteurs. Ce rapport en est la traduction la plus fidèle possible* », explique Dominique Libault, pilote de la concertation Grand âge.

**10 propositions clés pour « passer de la gestion de la dépendance au soutien à l'autonomie »**

**1. La création d'un guichet unique pour les personnes âgées et les aidants dans chaque département**, avec la mise en place des Maisons des aînés et des aidants

**2. Un plan national pour les métiers du grand âge** permettant notamment d'agir à la fois sur une hausse des effectifs (cf. point 4), une transformation des modes de management, la prévention des risques professionnels, la montée en compétences à travers une politique de formation ambitieuse, le développement de perspectives de carrière en faveur de l'attractivité des métiers du grand âge et d'une meilleure structuration de la filière

**3. Un soutien financier de 550 millions d'euros pour les services d'aide et d'accompagnement à domicile**, afin d'améliorer le service rendu à la personne âgée et de revaloriser les salaires des professionnels

**4. Une hausse de 25 % du taux d'encadrement en Ehpad d'ici 2024 par rapport à 2015, soit 80 000 postes supplémentaires** auprès de la personne âgée, pour une dépense supplémentaire de 1,2 milliard d'euros

**5. Un plan de rénovation de 3 milliards d'euros sur 10 ans** pour les Ehpad et les résidences autonomie

**6. Améliorer la qualité de l'accompagnement et amorcer une restructuration de l'offre, en y consacrant 300 millions d'euros par an**, vers une plus forte intégration entre domicile et établissement, pour des Ehpad plus ouverts sur leur territoire

**7. Une baisse du reste à charge mensuel de 300 € en établissement pour les personnes modestes** gagnant entre 1000 et 1600 € par mois

**8. Une mobilisation nationale pour la prévention de la perte d'autonomie**, avec la sensibilisation de l'ensemble des professionnels et la mise en place de rendez-vous de prévention pour les publics fragiles

**9. L'indemnisation du congé de proche aidant et la négociation obligatoire dans les branches professionnelles** pour mieux concilier sa vie professionnelle avec le rôle de proche aidant

**10. La mobilisation renforcée du service civique et, demain, du service national universel**, pour rompre l'isolement des personnes âgées et favoriser les liens intergénérationnels

Les 175 propositions du rapport de Dominique Libault font sens dans leur globalité. De nature diverse, elles se renforcent mutuellement. L'ambition de ce rapport est de créer un cercle vertueux entre l'attractivité des métiers, l'amélioration de la qualité du service en Ehpad comme à domicile, la transformation de l'offre, un cadre de vie plus adapté, la diminution du reste à charge pour les familles, la prévention de la perte d'autonomie. L'objectif : permettre le libre choix et une meilleure qualité de vie pour les personnes âgées, dont la citoyenneté doit être pleinement reconnue.

### **8 priorités se détachent pour transformer l'accompagnement de la personne âgée en perte d'autonomie**

Les 175 propositions formulées répondent aux 8 priorités identifiées par les acteurs de la concertation Grand âge et autonomie :

**Priorité 1 : investir dans l'attractivité des métiers du grand âge**, à domicile comme en établissement

\*

**Priorité 2 : pouvoir choisir librement de rester à son domicile.** Pour que cette liberté soit effective, un certain nombre d'obstacles au maintien à domicile doivent être levés.

\*

**Priorité 3 : piloter pour et par la qualité.** La liberté de choix n'a de sens que si des prestations sont offertes à sa décision. L'amélioration de la qualité du service rendu à la personne âgée en tout point du territoire pour tout type de prise en charge est l'axe névralgique des réformes à venir.

\*

**Priorité 4 : mettre fin aux réponses en silos dans le parcours de la personne âgée** pour simplifier la vie des aidants et des aidés La spécificité de la personne âgée réside dans la grande diversité de ses besoins, qui font appel à des interventions multiples qui doivent être coordonnées : soin, actes d'hygiène, accompagnement dans les actes de la vie quotidienne, lien social, besoin de prises en charge expertes à domicile, en établissement ou à l'hôpital...

\*

**Priorité 5 : une nouvelle offre pour concrétiser le libre choix de la personne.** L'ensemble de l'offre doit évoluer vers une approche plus attentive aux besoins des personnes et sortir d'une approche binaire avec le cloisonnement entre Ehpad et domicile pour proposer une gamme de solutions intermédiaires, mieux articulées entre elles.

\*

**Priorité 6 : reste à charge en établissement : faire baisser la contribution des personnes modestes.** Aujourd'hui, les restes à charge sont élevés en établissement. La participation financière des résidents, une fois versées les différentes allocations et les contributions des obligés alimentaires, est estimée à un peu moins de 1 850 euros par mois pour la moitié d'entre eux. Une action ciblée est proposée en direction des familles modestes.

\*

**Priorité 7 : lutter contre l'isolement de la personne âgée et des aidants.** On ne peut concevoir une action forte en faveur des personnes âgées sans s'engager fermement auprès des proches aidants, dont le rôle est essentiel. L'intervention de la collectivité est nécessaire pour reconnaître et mieux soutenir les aidants. Parallèlement et pour favoriser la présence non-professionnelle auprès de la personne, le bénévolat et la présence de jeunes auprès des personnes âgées doivent être développés.

**Priorité 8 : augmenter l'espérance de vie en bonne santé en renforçant la prévention.** Aujourd'hui, en France et dans d'autres pays, les stratégies précoces de prévention ont des effets tout à fait positifs, qu'il s'agisse du maintien de l'autonomie physiologique ou cognitive. Il s'agit là d'un motif d'espoir, porteur d'une ambition nouvelle. Il est indispensable que notre pays investisse fortement ce champ et franchisse un cap nouveau pour une stratégie globale de prévention de la perte d'autonomie.

## **Vieillessement de la population : quels enjeux de santé publique ? – Francenetinfos.com – 23 février 2017**

*Le vieillissement de la population, et l'augmentation importante de la part des plus de 65 ans dans la société, a des conséquences importantes en termes de santé publique. Nouvelles problématiques, nouveau modèle, nouveaux enjeux financiers et sociaux... Avec en arrière-plan un objectif qu'il faut veiller à ne pas perdre de vue : favoriser le « bien vieillir ».*

### **Santé et vieillissement : enjeux et problématiques**

La France compte aujourd'hui, d'après les derniers chiffres de l'INSEE (1), 18,8% d'habitants de 65 ans et plus – une part qui a augmenté de 2,4 points en 10 ans. En 2060, le pays comptera 23,6 millions de personnes de plus de 60 ans... Soit un habitant sur 3. Cette même année, il devrait y avoir 200 000 centenaires : ils sont un peu plus de 20 000 seulement aujourd'hui.

Cette augmentation très nette de la proportion de personnes âgées devrait entraîner au niveau national un plus grand nombre de pathologies telles que « le déficit auditif, la cataracte et les défauts de rétractation, les lombalgies et cervicalgies, l'arthrose, la broncho-pneumopathie chronique obstructive, le diabète, la dépression et la démence », qui sont, d'après l'OMS, « des problèmes de santé courants chez les personnes âgées ». Les conséquences sont doubles : financières bien sûr, avec un système de financement de la santé qui pourrait s'en trouver davantage fragilisé ; mais aussi sanitaires et sociales pour les personnes touchées – et leurs proches.

En effet, nombre de ces pathologies sont susceptibles d'entraîner chez les séniors une perte d'autonomie plus ou moins complète, et donc des conditions de vie dégradées, et des répercussions sur les « aidants » à ne pas négliger non plus. La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement (2) promulguée le 1er janvier 2016 mise notamment sur le développement du maintien à domicile, et le soutien aux proches, pour anticiper les conséquences du vieillissement de la population et permettre aux personnes âgées de vieillir dans de bonnes conditions. Sur le thème de la « Silver Economy », un nouvel écosystème d'entreprises est d'ailleurs en train de se mettre en place : domotique, télémédecine, communication avec les proches... Visiomed Group vient par exemple de lancer une télévision connectée (3) qui intègre des services et application favorisant le maintien à domicile, en permettant la téléconsultation ou la télémédecine, via une télévision et une télécommande usuelle. Appelé Majord'Home, la plateforme a pour ambition de mettre la technologie au service du « bien vieillir », devenu difficilement dissociable du maintien à domicile le plus longtemps possible.

### **Le « bien vieillir » au cœur du sujet**

L'enjeu de santé publique le plus essentiel lié au vieillissement de la population réside avant tout dans ce « bien vieillir » ... Et passe d'abord par la prévention, autour de l'hygiène de vie notamment, et par le dépistage précoce des problèmes de santé. Dans le domaine visuel, la Fondation Optic 2000 a dans cet objectif lancé les CECOM (4), des centres de dépistage où les patients sont reçus gratuitement par un opticien et un orthoptiste, qui les conseillent sur le parcours de soins à adopter et sur la meilleure façon de maintenir leur autonomie dans leur vie quotidienne. Un problème qui concerne particulièrement les séniors, car, comme le souligne Yves Guénin, Secrétaire Général du groupe Optic 2000, avec le vieillissement de la population, « le nombre de personnes malvoyantes augmente, et l'isolement social est une conséquence ». En effet, les défauts de vision entraînent l'impossibilité de se mouvoir librement... et donc à terme de sortir de chez soi.

Autre service que veut donc proposer l'enseigne d'optique de proximité – elle compte plus de 1200 magasins répartis sur tout le territoire, permettre au patient de ne plus aller chez l'opticien, mais « apporter cette fonction de la vue [...] à domicile, dans les EPHAD, dans les maisons de retraite », explique Yves Guénin. « Les opticiens Optic 2000 sont des partenaires citoyens dans la chaîne visuelle, qui sont là pour donner cette fonction et assurer à chacun de bien vieillir, en voyant bien », conclut-il.

Permettre de maintenir l'autonomie des séniors se joue aussi au niveau de l'habitat, qui, s'il est adapté, peut prolonger voire pérenniser leur maintien à domicile. Or ce maintien à domicile est un facteur clé dans le bien-être des personnes âgées... qui coûte aussi moins cher qu'un placement, pour la collectivité comme pour les proches. Plusieurs projets sont en cours pour concevoir des habitats adaptés à cette frange de la population, et les innovations de la domotique offrent des pistes intéressantes à la société. Hager, avec son offre Tebis, peut ainsi proposer des services tels que les capteurs de chute et de mouvements, l'alerte automatique d'un tiers en cas de difficultés, l'automatisation de certaines tâches (fermeture des volets...), les détecteurs d'anomalie, les chemins lumineux... L'entreprise est partenaire dans le Bas-Rhin du projet ADORHA, qui vise à expérimenter les TIC et plus particulièrement la domotique, pour sécuriser la personne âgée dans son environnement et faciliter son quotidien.

La réflexion doit aussi être menée au niveau du bâti lui-même, et c'est le défi qu'est lancé Saint-Gobain Habitant France avec son offre « Multi-Confort Sérénité ». « La demande est très forte », confie Maurice Manceau, son directeur, qui a réfléchi avec cette offre à la façon de « répondre à ces pathologies [liées au vieillissement] en termes de bâti ». L'idée est en effet de préparer le bâtiment en amont, pour qu'il puisse ensuite être adapté aux différentes pathologies auxquelles les personnes âgées sont susceptibles d'être confrontées : des portes larges et sans seuil, l'absence de joints pour faciliter le nettoyage des sols, des cloisons renforcées pour accueillir d'éventuels futures mains courantes... La domotique est également intégrée au projet. Le potentiel de développement de ce type d'offres est important, puisqu'aujourd'hui seuls 6% des logements sont adaptés aux plus de 65 ans (5).

Pouvoirs publics, acteurs de santé, acteurs privés... Tous ont donc un rôle à jouer pour préparer la société au vieillissement de la population, et permettre aux séniors de vivre mieux, en préservant autant que possible leur qualité de vie, et leur autonomie.

(1) [http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg\\_id=0&ref\\_id=T16F032](http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=0&ref_id=T16F032)

(2) <http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/actualites/la-loi-relative-ladaptation-de-la-societe-au-veillissement>

(3) <http://www.tradingsat.com/visiomed-group-FR0011067669/actualites/visiomed-group-lance-la-tv-connectee-intelligente-dediee-au-maintien-a-domicile-716309.html>

(4) Centre d'Évaluation, de Conseils et d'Orientation pour les personnes Malvoyantes

(5) <http://www.mag-maison-intelligente.fr/technologie-veillir-maison/>

**« La prise en charge des personnes âgées, un enjeu pour l'avenir » - extrait de la fiche d'analyse « Le vieillissement de la population et ses enjeux » - L'observatoire des Territoires du Commissariat général à l'égalité des territoires - 2017**

Les enjeux du vieillissement sont différents suivant les territoires mis en exergue par la typologie vue précédemment. Ils se posent avec une acuité particulière dans les zones de vive progression du nombre de personnes âgées.

En métropole, les territoires les plus concernés sont ceux situés le long des littoraux océanique et méditerranéen qui présentent une augmentation vive du nombre de personnes âgées alors que leur proportion est déjà importante (territoire en jaune de la typologie). L'enjeu auquel ils doivent dès à présent répondre est celui de la prise en charge de la dépendance d'une population de plus en plus nombreuse. Cette prise en charge s'exerce soit par la solidarité familiale à travers l'aide de proches, soit par une solidarité collective financière (allocation personnalisée d'autonomie) ou par l'accueil dans des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad).

La solidarité familiale pourrait baisser du fait du faible nombre d'enfants par ménage et de leur éloignement notamment pour les personnes ayant migré dans ces territoires à l'approche de la retraite. Par ailleurs, ces territoires connaissent, comparativement aux autres, de faibles disponibilités en places dans ces établissements. Le taux de couverture, rapport du nombre de places disponibles dans un Ehpad à la population de 75 ans et plus, âge le plus concerné par ces structures, indique qu'ils font partie des territoires les moins pourvus, avec les frontières nord et est de la France.

À l'opposé, de nombreux espaces du Massif central, notamment les départements de l'Aveyron, de la Lozère, de l'Ardèche, du Cantal et de la Haute-Loire, ont un bon taux de couverture. De plus, s'ils font souvent partie des territoires à forte proportion de personnes âgées, le nombre de ces dernières augmente peu voire diminue (territoires en vert de la typologie).

L'isolement des personnes âgées est l'un des enjeux majeurs de ces espaces. En 2013, la part des personnes de 65 ans et plus vivant seules est de 33,5 % en France. Les régions du Sud-Ouest, l'Alsace et la Corse comptent une proportion significativement faible de ces personnes sauf dans les grands centres urbains. Ainsi cette part s'élève à 35 % dans la métropole de Toulouse contre 31 % pour le département de Haute-Garonne. Elle est, au contraire, plus élevée dans les territoires peu denses comme le Morvan, la Meuse, les Ardennes, le centre de la Bretagne, une partie du Massif central et les Pyrénées. La prise en charge des personnes âgées dépendantes par des structures spécialisées en nombre suffisant est donc également nécessaire dans ces territoires.

Dans les périphéries des grandes villes, incluses dans les territoires bleus de la typologie, les enjeux du vieillissement rapide, outre le nombre de place en Ehpad, seront liés à un urbanisme inadapté à une population âgée. Beaucoup de ces personnes sont propriétaires de leurs maisons et désirent continuer à y vivre. La densité de ce bâti est faible, les services sont donc souvent loin, il est nécessaire d'être motorisé pour y accéder. Lorsque ces personnes ne seront plus en capacité de conduire, elles risquent d'être confrontées à un certain isolement.

Ces zones construites et aménagées pour des ménages avec enfants verront ainsi leur population diminuer et changer. Les réseaux de transport et les services disponibles devront donc être repensés.

## **Le vieillissement de la population mondiale et le cas de la France – site « essentiel autonomie Humanis » - humanis.com - 04 août 2016 - Mis à jour le 08/03/2019**

**Le vieillissement de la population est un phénomène touchant la planète entière. Le nombre de personnes âgées de 60 ans et plus est celui qui augmente le plus rapidement, a contrario de celui concernant les personnes plus jeunes.**

**La cause de ce vieillissement est incontestablement une amélioration globale de la qualité de vie et de la santé de chacun. Cependant le vieillissement de la population entraîne des conséquences qu'il faudra savoir gérer afin de mieux vivre ce phénomène. Humanis fait le point sur les faits et chiffres du vieillissement de la population.**

### *Les chiffres et les faits relatifs au vieillissement de la population française*

Selon les chiffres de l'INSEE de l'année 2012, l'espérance de vie des Français est de 78,4 ans pour les hommes et de 84,8 ans pour les femmes. En comparaison, en 1994, elle était de 73,6 ans pour les hommes et de 81,3 ans pour les femmes

Nous faisons donc face à un vieillissement de la population française de plus en plus important.

En complément de ce vieillissement, une augmentation des besoins de soins de longue durée a été enregistrée. Il s'agit d'une des conséquences directes du nombre croissant de personnes âgées malades.

### *Vieillesse de la population en France : les projections en 2050*

Au 1er janvier 2050, et si les tendances démographiques se confirment, la population française comptera 70 millions d'habitants.

Les chiffres représentant la part de population âgée seront en hausse :

- 1 habitant sur 3 serait âgé de 60 ans et plus ; contre 1 habitant sur 5 en 2005. ;
- 22,3 millions de personnes âgées contre 12,6 millions en 2005 ;
- Cela représente une hausse de 80% en 45 ans.

En effet, la génération des baby-boomers arrivera à un âge avancé (environ 80 ans); c'est à cette période que l'accroissement du vieillissement de la population sera donc le plus fort. Les chiffres sont sans appel : il sera nécessaire de prendre en compte cette évolution fulgurante dans les prochaines décennies.

### *Les conséquences du vieillissement de la population*

Le vieillissement de la population a et aura inévitablement des conséquences sur notre société. Et surtout, il peut concerner des domaines parfois insoupçonnés comme l'économie, l'alimentation, les transports...

En effet, la part des travailleurs âgés augmentera aussi considérablement. Certains emplois nécessiteront d'être adaptés : ceux de l'industrie par exemple, nécessiteront des ajustements : certains industriels réfléchissent à la robotisation ou à l'automatisation des machines, facilitant ainsi le travail des employés.

Nous assisterons sans aucun doute au développement du secteur des services pour personnes âgées : aide à domicile, mais aussi produits de la vie courante ou encore nouvelles technologies à l'utilisation facilitée.

## « Le financement de la dépendance, un enjeu majeur » - Dorian Girard - Le Monde – 4 octobre 2018

Dans un pays à la population vieillissante comme la France, la perte d'autonomie des personnes âgées devient une équation de plus en plus complexe – et chère – à résoudre.

Lundi 1<sup>er</sup> octobre, journée internationale pour les personnes âgées, la ministre des solidarités et de la santé, Agnès Buzyn, annonçait le lancement de la concertation citoyenne sur la dépendance. Cette concertation devrait durer jusqu'en février 2019 et devrait aboutir à une loi sur l'autonomie en 2019. En parallèle, la Fédération nationale de la Mutualité française publiait une étude portant sur la perte d'autonomie des personnes âgées et les impacts financiers du vieillissement.

La dépendance est un enjeu croissant dans les pays à la population vieillissante. La perte d'autonomie est accompagnée de surcoûts majeurs, liés par exemple à l'emploi d'aides à domicile ou à l'admission dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad).

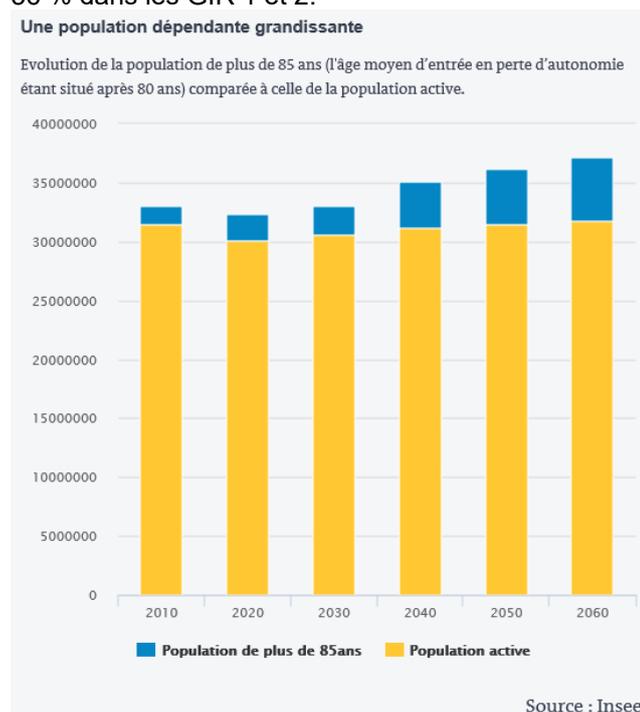
En 2012, environ 1,2 million de personnes âgées étaient dépendantes, c'est-à-dire qu'elles bénéficient de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). A ce chiffre, il faut ajouter des personnes qui ne bénéficient pas de cette aide, par méconnaissance ou refus de la percevoir. Selon les prévisions de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), en 2060, 2,3 millions de personnes pourraient être dépendantes. Que représente le coût de cette perte d'autonomie future des retraités, que le gouvernement qualifie comme un nouveau « *risque* » ?

### Comment définit-on la dépendance des personnes âgées ?

Pour mesurer le degré de perte d'autonomie d'une personne âgée, on utilise une grille Aggir (autonomie-gérontologie-groupe iso ressources). Cette grille prend en compte dix activités corporelles et mentales, dites activités discriminantes (communiquer verbalement, faire sa toilette, se lever, se déplacer hors de chez soi, aller aux toilettes, etc.) et sept activités domestiques et sociales, dites activités illustratives (effectuer des tâches ménagères, préparer un repas, acheter volontairement des biens, utiliser volontairement un transport collectif ou individuel, etc.).

Selon les difficultés évaluées par la grille en question, une personne va être classée dans un GIR (groupe iso ressources) allant de 1 (personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessite une présence indispensable et continue d'intervenants) à 6 (personne encore autonome pour les actes essentiels de la vie courante), et qui détermine si la personne âgée a droit à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Pour recevoir cette aide, elle doit être âgée d'au moins 60 ans, et se classer dans les GIR 1 à 4.

En France en 2012, 64 % environ des personnes âgées dépendantes se classaient dans les GIR 3 et 4, contre 36 % dans les GIR 1 et 2.



## 2060

- Population de plus de 85 ans: **5 396 908**
- Population active: **31 766 000**

Source : Insee

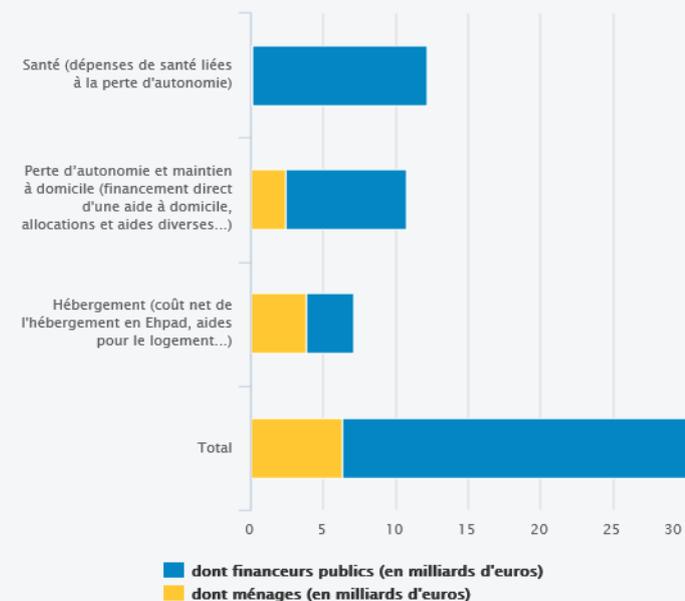
### Qu'est-ce que le « reste à charge » ?

L'étude de la Mutualité française met notamment en avant l'importance du reste à charge, c'est-à-dire le montant des dépenses qui restent à la charge des personnes âgées et de leur éventuelle couverture d'assurance privée, une fois déduites les diverses aides.

Les dépenses liées à la prise en charge des personnes en perte d'autonomie étaient estimées à 30 milliards d'euros en 2014, dont 23,3 milliards d'euros provenaient d'un financement public. Le reste étant à la charge de la personne, et de ses aides financières éventuelles.

#### Les dépenses personnelles liées à la prise en charge sont importantes

Répartition des dépenses liées à la dépendance, entre financements publics et privés



Source : Drees

### Quel coût cela peut-il représenter ?

Par exemple, un mois d'hébergement en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) pour une personne en perte d'autonomie élevée (ce qui correspond aux niveaux GIR 1 et 2), coûte en moyenne 2 450 euros. Après versement des aides comme l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) ou l'aide sociale à l'hébergement (ASH), le reste à payer est de 2 000 euros.

Le prix médian à payer par les résidents d'un Ehpad – ce qui prend aussi en compte le coût de l'hébergement et le tarif dépendance correspondant au tarif GIR 5 ou 6 (très peu, voire aucune dépendance) – était quant à lui de 1 949 euros par mois en 2016.

Si une personne classée GIR 1 (perte d'autonomie élevée) choisit de rester dans son logement, cela se traduit par la présence d'une aide à domicile. Pour rémunérer une personne pendant seize heures par jour au smic, il faudrait compter environ 4 750 euros par mois. En fonction de ses revenus mensuels, la personne âgée devrait donc financer entre 2 522 euros (pour un revenu jusqu'à 1 000 euros) et 4 070 euros, selon une estimation de la Fédération nationale de la Mutualité française (pour un revenu à 4 000 euros). Néanmoins, il faut nuancer cette éventualité dans la mesure où cette aide est bien souvent apportée par les proches de ces personnes âgées, qui ont moins recours à des aides à domicile. Le coût global de la dépendance diminue alors pour ces personnes et le reste à charge descend parfois à une centaine d'euros, voire moins pour des GIR moins élevés.

#### Comment financer cette nouvelle charge ?

Les ressources à la portée des personnes âgées pour subvenir à ces dépenses ne sont pas suffisantes. Le reste à payer représente souvent 100 % du revenu disponible moyen des plus de 75 ans. Il est alors assuré par des mutuelles personnelles ou par les proches des personnes. En parallèle, le nombre d'enfants par foyer est en baisse – le taux de fécondité en France est passé de 2,02 en 2010 à 1,88 en 2017 – ce qui se traduit par moins d'aides dans l'entourage des personnes âgées. Tous ces éléments rentrent en compte dans la problématique du financement de la perte d'autonomie.

## « Un vieillissement de la population souvent exagéré » - Centre d'observation de la société - 11 mars 2019

La population française vieillit, le phénomène est connu. L'âge moyen de la population a légèrement diminué entre le milieu des années 1940 et le milieu des années 1960, de 35,7 ans à 34,7 ans du fait du baby-boom. Depuis, il a repris une progression en réalité déjà entamée dans la première partie du XXe siècle : il est remonté à 41,9 ans en 2019. La part des plus de 60 ans a augmenté de 16 % à 26,4 % entre les années 1950 et aujourd'hui. Depuis 2014, elle dépasse celle des moins de 20 ans, qui représentait un tiers de la population à la fin des années 1960.

Ce vieillissement résulte de deux grands facteurs : l'allongement de la durée de vie d'un côté, et la baisse de la fécondité – après une période exceptionnelle de baby-boom – de l'autre. Il n'est que partiellement compensé par l'immigration (les nouveaux arrivants sont moins âgés que la moyenne de la population vivant en France). Ce sont deux bonnes nouvelles : le niveau de santé s'améliore et on contrôle mieux le nombre d'enfants que l'on met au monde. Dans notre histoire démographique, la baisse de la natalité est ancienne, elle date du XIXe siècle et c'est plutôt le baby-boom (1945-1965) qui constitue une exception.

Les conséquences du vieillissement de la population sont souvent dramatisées en France. Les sexagénaires d'aujourd'hui ne sont pas comparables à ceux des années 1950, tant du point de vue de la santé que des modes de vie. L'âge n'est pas une notion fixe : il évolue dans le temps. Ainsi, si l'âge moyen a augmenté de sept années entre le milieu des années 1960 et le milieu des années 2010, l'espérance de vie a augmenté de 13 ans pour les hommes et de 11 ans pour les femmes. L'ensemble de l'échelle de la vie s'est étiré et les temps de la vie évoluent. Les grands-parents d'aujourd'hui n'ont pas les mêmes rôles, les mêmes modes de vie qu'il y a cinquante ans. A partir de 2020, les décès des premières générations du baby-boom joueront dans le sens du rajeunissement de la population ou au moins d'une stabilisation de la structure par âge. En revanche, la baisse de la fécondité joue en sens inverse.

L'impact global du vieillissement demeure très relatif. Ainsi par exemple, les pays où la part des personnes âgées est la plus importante dans la population ne sont pas – et de loin – les moins innovants ou dynamiques, ni les plus conservateurs au plan politique, comme le montre la situation des pays scandinaves. La population de la France vieillit mais notre pays n'en est pas pour autant sur le déclin. Néanmoins, nous devons nous adapter à cette évolution. Dans un contexte de chômage de masse, l'équilibre du régime des retraites est très délicat dans un système par répartition (les actifs financent directement les pensions). Il faut par ailleurs trouver de nouvelles ressources pour la prise en charge des aînés, qui pourra de moins en moins l'être par la génération suivante, et en particulier les femmes qui assument le plus souvent ce rôle. De plus en plus souvent actives, elles portent d'autres aspirations que de prendre en charge leurs parents après s'être occupé de leurs enfants en bas âge. Enfin, à l'avenir, nos sociétés verront un nombre croissant de générations coexister, des arrières grands-parents aux petits-enfants.

### Le poids des âges

La population française est auscultée à la loupe, mais on en oublie parfois les éléments les plus simples. Que représente la population de chaque âge dans l'ensemble ? Pour le comprendre, nous l'avons découpé en sept catégories : la petite enfance, l'enfance, l'adolescence, les jeunes adultes, les adultes, le troisième et le quatrième âge. On peut distinguer trois principaux grands groupes d'ampleur inégale. Notre pays compte 22 % de mineurs, soit 14,5 millions de personnes. Cet ensemble se compose de 3,3 % de très jeunes enfants (non en âge d'être scolarisés, 2,2 millions), 10,9 % d'enfants de 3 à 11 ans (7,3 millions) et 7,5 % d'adolescents âgés entre 12 et 17 ans (5 millions). Les jeunes adultes, au nombre de 6,1 millions, représentent 9,1 % de la population totale. Les adultes, 28,9 millions, constituent 43,1 % de l'ensemble. Enfin, les aînés (de plus de 60 ans) représentent un quart de la population, que l'on peut décomposer en troisième âge (de 60 à 79 ans, 20,1 %) et quatrième âge (plus de 80 ans, 6 %).

**« La France face au coût de la dépendance des personnes âgées » - Observatoire 2014  
Cap retraite – Editorial de Bernard Lasry, fondateur de Cap Retraite.**

La prise en charge de la dépendance, définie comme « l'incapacité d'effectuer des actes quotidiens de la vie », est forcément lourde. Elle nécessite de la permanence, de la proximité et une action personnalisée auprès de chacun. Et, chaque année, avec l'augmentation de l'espérance de vie et les progrès de la médecine palliative, le problème se fait plus présent.

Certes, grâce aux technologies, on peut renforcer la surveillance et la prévention. Mais, au quotidien, même si des progrès sont faits, la présence humaine pour l'aide à l'habillage, à la toilette, à l'alimentation, est incontournable.

Et derrière la question de la dépendance, se pose la question de l'isolement de la personne âgée, face à l'invalidité et à l'inéluctabilité de la fin de vie. Les enjeux pour notre société sont évidemment multiples:

- Un enjeu financier ; dont la question clé est l'arbitrage qui doit être le plus clair possible, pour répartir les responsabilités de chacun : État, collectivités locales, régimes sociaux, personnes âgées, familles.
- Un enjeu organisationnel ; il s'agit certes de mettre en place des réseaux d'aide efficaces, offrant des solutions individualisées et immédiates sur tout le territoire. Il faut aussi organiser une communication fluide et un dialogue permanent avec les personnes dépendantes et leurs familles.
- Il y a aussi pour notre société l'acceptation et plus encore la volonté de réintroduire la personne âgée à domicile - « l'invisible » - à l'intérieur de la cité.

Évidemment, l'évolution de la prise en charge de la dépendance en France, telle que décrite dans cette étude, est dans ses fondements un modèle éthique et humain. Les pouvoirs publics ont fait le premier pas et les attentes des personnes âgées dépendantes et de leurs familles sont aujourd'hui très fortes.

Face au poids économique grandissant, les mécanismes actuels et l'organisation du financement de la dépendance n'offrent pas une solution pérenne. De multiples approches sont possibles : acceptation par les contribuables d'une augmentation de la fiscalité, report vers le patrimoine des personnes âgées, implication des familles, renforcement des systèmes de protection privée. Dans tous les cas, il faudra faire bouger les lignes car il paraît plus qu'hypothétique d'envisager une grande marche arrière sur ce dossier.

Aujourd'hui, le rôle de l'État dépasse la prise en charge. Il est crucial de mobiliser les familles et d'impliquer chacun face à ce défi. C'est aussi l'ambition de Cap Retraite en mettant à jour les enjeux économiques pour la collectivité.

La présente étude analyse en détail les coûts de la prise en charge de la dépendance. Elle décrit une mutation majeure de notre société, qui représente une opportunité économique extraordinaire pour le marché de l'emploi français.

## « Concertation Grand âge et autonomie » - Dossier de presse (extraits) – 28 mars 2019

*« Le vieillissement de notre population soulève un (...) défi, (...) celui du grand âge, de la dépendance, sujet qui, tout à la fois, nous bouleverse, et que beaucoup d'entre nous voudraient tenir à l'écart (...). La dépendance est là, et ce nouvel âge vulnérable de la vie est en train de s'installer. Ne pas le voir ou considérer que ce serait l'affaire de quelques-uns, c'est ne pas nous traiter dignement nous-mêmes, c'est ne pas traiter dignement les femmes et les hommes qui, une fois encore, ont la charge au quotidien de femmes et d'hommes qui vivent parfois leurs dernières heures, leurs dernières semaines, et dont ils sont, celles et ceux qui les soignent, bien souvent, la dernière famille ».*

*Discours devant le congrès de la Mutualité Française le 13 juin 2018 à Montpellier*

*« La solidarité nationale se traduit (...) dans l'aide que nous devons de manière inconditionnelle aux plus fragiles (...).*

*Ce que nous avons vu ces dernières années émerger, c'est un nouveau risque social auquel nous serons toutes et tous confrontés et une part de l'angoisse que j'entends de nos concitoyens les plus âgés n'est pas simplement l'angoisse pour eux-mêmes et leur retraite, c'est l'angoisse pour ce qu'ils vont devenir ou ceux dont ils ont souvent la charge. Il nous faut donc construire pleinement le financement et l'organisation de ce nouveau risque social (...).*

*C'est pourquoi l'année 2019 sera consacrée à ce travail. »*

**Emmanuel Macron** Président de la République

*Discours devant le Parlement réuni en Congrès le 9 juillet 2018 à Versailles*

### GRAND ÂGE : LE TEMPS D'AGIR

*« Nous vieillissons, la France vieillit. Pour paraphraser La Fontaine, il n'est rien de moins ignoré, rien où l'on soit moins préparé.*

*Maints rapports ont dénoncé le fait que notre société « performative » tend à rendre invisibles les personnes du très grand âge, que ce soit dans les représentations (publicité, médias) ou dans l'organisation de la société (isolement chez soi ou entre elles dans les établissements spécialisés).*

*Ce manque de visibilité et d'organisation de la représentation, conjugué aux difficultés des finances publiques, et notamment des finances sociales, dans les dernières décennies, peut expliquer sans l'excuser le retard pris par notre pays, en dépit de plans successifs, pour reconstruire une politique de la longévité, notamment en prévision de l'accroissement à venir très significatif du nombre des personnes âgées dans notre société.*

*La concertation Grand âge et autonomie qui vient d'avoir lieu s'est traduite par des contributions très riches et convergentes de la part de tous les acteurs. Ce rapport en est la traduction la plus fidèle possible.*

*Un nouveau regard sur le grand âge est indispensable : inclusion et autonomie doivent être les maîtres mots. Aider nos parents à vivre debout, avec les autres, dans la dignité, ne doit pas être une préoccupation marginale mais être au cœur de notre pacte social car elle engage, non seulement le bien-être des personnes qui nous sont chères, mais la vision que nous avons de notre société, de l'égalité femme/homme, de notre vivre ensemble, de notre vie individuelle et collective.*

*Cela peut s'appuyer sur de multiples initiatives foisonnantes, et l'attention même portée aux intolérables situations de maltraitance prouve tout à la fois l'importance du chemin à parcourir pour atteindre les objectifs du « bien-être du grand âge pour tous » et la prise de conscience de la très grande majorité de nos concitoyens, pour beaucoup confrontés à ce sujet avec leurs proches, de la nécessité d'agir et de transformer notre façon de faire.*

*Transformation des liens intergénérationnels, transformation de l'offre qui ne peut se réduire à l'isolement chez soi ou en établissement, transformation du système d'aides pour que l'allongement de la vie de ses proches ne se traduise pas en dilemme financier pour les ménages modestes, transformation de la prise en charge pour assurer des parcours de soins et de santé sans rupture, transformation de la politique de prévention qui doit commencer très tôt et se poursuivre le plus longtemps possible pour maintenir au mieux les fonctions de la personne.*

*Ceci ne pourra être réalisé qu'en mettant la valorisation des métiers comme axe prioritaire de la stratégie nationale du grand âge. Rien ne sera possible sans que notre société reconnaisse au mieux celles (la très grande majorité) et ceux dont l'activité professionnelle est d'accompagner et de prendre soin des personnes en perte d'autonomie.*

*Ceci suppose un investissement financier et de pilotage de politique publique en profondeur et dans la durée, dont je mesure pleinement la difficulté dans le cadre des finances publiques actuelles de la France.*

*Toutefois, nous n'avons pas le temps d'attendre, c'est un luxe qui ne nous est pas donné, et il faut remettre les montants nécessaires au regard de l'ensemble des masses financières de la protection sociale dont la perte d'autonomie doit être reconnue comme un risque à part entière. Redéployer des moyens au profit d'une meilleure prise en charge du grand âge peut être compris par nos concitoyens. Enfin, il convient de ne pas regarder cette stratégie comme exclusivement un coût dans la durée : une meilleure organisation des parcours évitant les hospitalisations inutiles, une stratégie vigoureuse de prévention en améliorant l'espérance de vie en bonne santé limite les coûts liés à la prise en charge et à la détérioration de l'autonomie. Enfin une autre présence du grand âge dans notre société enrichit la vie de chacun. »*

**Dominique LIBAULT** Pilote de la concertation Grand âge et autonomie

---

## UNE DEMANDE DE TRANSFORMATION EN PROFONDEUR

**Les Français se prononcent très majoritairement en faveur du domicile**, qui permet de conserver une sphère de liberté et d'éviter le déracinement souvent associé à l'Ehpad.

**Une attente forte d'amélioration de la qualité en établissement** : les résidents disent pour beaucoup souffrir de leur quotidien, regrettant d'être coupés de leur « vie d'avant ». Le sentiment d'une dégradation de la qualité du service rendu s'exprime fortement. C'est aussi la **perception d'une inégalité entre les établissements, les territoires** et l'absence d'information publique fiable quant à la qualité de la prise en charge.

**Le besoin d'être chez soi, quel que soit son lieu de vie** : l'entrée en Ehpad est trop souvent vécue comme une exclusion. 40 % des Français qui ont un proche concerné pensent que le processus d'entrée en maison de retraite va se faire contre l'accord de celui-ci et **80 % pensent qu'entrer en Ehpad signifie perdre sa liberté de choix. Les Français âgés veulent se sentir comme « chez soi ».**

**Une demande forte de simplification du système de prise en charge pour sortir de ce qui a été souvent qualifié de « parcours du combattant ».** La complexité, vécue souvent dans des moments de ruptures et dans un contexte d'urgence, s'exprime dans **l'accès à l'information, l'orientation et les démarches administratives mais aussi dans l'accompagnement lui-même.**

**L'attente d'une plus grande égalité de traitement entre les territoires et les structures de prise en charge apparaît nettement** : les disparités dans le niveau de prestations, dans la qualité du service rendu ou dans les méthodes d'évaluation des besoins des personnes apparaissent difficilement justifiables aux yeux des Français.

## UN SYSTÈME PEU LISIBLE EN DÉPIT D'UN EFFORT PUBLIC CROISSANT ET DE NOMBREUSES INITIATIVES INNOVANTES

**Un effort public en hausse constante** : En 2017, les dépenses pour la prise en charge des personnes âgées ont représenté 11 Md€ pour l'assurance maladie et 7,3 Md€ pour les départements, en hausse respectivement de 47 % et de 18 % depuis le début des années 2000. Si la part de la richesse nationale consacrée à cette problématique a crû nettement, elle a essentiellement concerné l'accueil en établissement (87 % des nouveaux financements de l'assurance maladie et 75 % de ceux des départements). Côté domicile, la loi d'adaptation de la société au vieillissement (ASV) de 2015 a toutefois permis une croissance de la dépense d'allocation personnalisée d'autonomie (APA) de + 6,5 % entre 2008 et 2015.

**De nombreuses initiatives du secteur témoignent de sa capacité à innover :** le secteur développe une pluralité de projets innovants comme la création d'Ehpad hors les murs, la mise en place de plateformes de services sur les territoires, le développement de labels de qualité ou encore la création de maisons des aînés et des aidants. Mais force est de constater que la connaissance et la diffusion des innovations dans le secteur médico-social est très faible et pas à la hauteur de son indispensable modernisation.

**En établissement, l'offre demeure hétérogène.** Avec 21 % des personnes de plus de 85 ans vivant en établissement en 2011, la France fait partie des pays européens ayant un **taux d'institutionnalisation élevé**.

La qualité de l'offre incluant le soin, l'aide, l'alimentation, l'animation est perçue comme très hétérogène. Les disparités sont également fortes quant à la qualité des locaux. Selon la DREES, en 2015, **la construction ou la dernière rénovation des bâtiments des Ehpad dataient de plus de 25 ans dans 23 % des cas.**

**À domicile, l'offre est nombreuse, atomisée et économiquement fragile.** Pour les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) habilités à l'aide sociale qui représentent 75 % de l'offre, **les tarifs pratiqués sont parfois inférieurs aux coûts de revient.** De plus, l'offre est atomisée avec 7 000 services d'aide et d'accompagnement à domicile caractérisés par des statuts juridiques différents.

**Les disparités territoriales sont fortes tant sur l'offre que sur le montant des prestations.** Selon les régions, les taux d'équipement sont compris entre 52 et 198 places pour 1 000 personnes âgées. Concernant l'attribution de l'APA, les différences entre départements portent sur les critères d'éligibilité, l'évaluation des besoins, les règles de tarification, les montants moyens par bénéficiaire pouvant varier du simple au double.

**Des prestations peu lisibles pour les bénéficiaires.** La prise en charge de la perte d'autonomie fait intervenir une multiplicité de financeurs (assurance maladie, Conseils départementaux, État etc.), pour des dépenses de natures différentes (soins, dépendance, hébergement, etc.) et des opérateurs aux statuts divers. Cette situation engendre une **perception faible de la dimension de l'effort public réel.**

**Des réponses professionnelles trop cloisonnées et peu coordonnées.** Que ce soit dans les champs sanitaires et sociaux, les organisations administratives, les établissements et les acteurs de ville ont fait évoluer leurs réponses aux besoins des personnes âgées. Si cet engagement est une richesse, ces réponses ont presque toujours été faites en silos, sans réelle coordination.

**Un pilotage local de la politique du grand âge particulièrement complexe.** Cette complexité découle de l'intervention conjointe du Conseil départemental, chef de file de l'action sociale, et des Agences régionales de santé (ARS) compétentes pour l'organisation du système de santé. Elle est également sous-tendue par la combinaison d'une logique de droits universels portés au niveau national et d'une logique d'aide organisée localement.

**Un débat parlementaire peu organisé.** Celui-ci est largement structuré par les lois financières (loi de finances et loi de financement de la sécurité sociale) qui concernent peu le secteur. Des approches dédiées sont réalisées dans le cadre de l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) et des actions de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Cependant, il n'existe pas de vision annuelle, intégrée et complète de l'effort public.

**Une connaissance statistique et une recherche insuffisamment développées.** Si l'on note un accroissement récent du nombre de publications, notamment de la DREES, la connaissance statistique demeure limitée. La collecte des données est longue, coûteuse et complexe du fait de la diversité des acteurs. De fait, **les moyens d'évaluation de la politique publique sont aujourd'hui insuffisants et dispersés** entre plusieurs financeurs.

## **UN INVESTISSEMENT URGENT DANS L'ATTRACTIVITÉ DES MÉTIERS**

**Un emploi en croissance forte depuis une décennie.** Depuis 2010, le secteur de l'action sociale a généré **138 000 créations nettes d'emploi (+7,7 %)**. En 2018, on estime qu'environ 830 000 ETP (équivalents temps plein) étaient employés auprès des personnes âgées en perte d'autonomie : 430 000 ETP en établissements (dont 380 000 en EHPAD), 270 000 ETP dans les services d'aide et d'accompagnement à domicile, 130 000 ETP dans les soins à domicile.

**Des difficultés de recrutement qui risquent de s'aggraver.** En 2015, près de la moitié des établissements indiquaient rencontrer des difficultés de recrutement. Pour l'aide à domicile, où l'emploi à temps partiel atteint 89 %, le rapport de branche de l'aide à domicile pour 2017 fait état d'un besoin de recrutement immédiat de 17 000 personnes. Cette **pénurie va s'accroître dans les prochaines années**. Si les chiffrages sont difficiles à établir en la matière, il faudrait vraisemblablement créer entre 150 000 et 200 000 ETP dans le secteur d'ici 2030 du fait de la seule démographie.

**Un temps professionnel auprès de la personne âgée globalement insuffisant.** Le taux d'encadrement en Ehpad1 a certes sensiblement augmenté depuis 2007, passant de 57,2 à 62,8 ETP pour 100 résidents. Le contexte de hausse tendancielle des besoins de soins des personnes âgées accueillies a néanmoins partiellement neutralisé ces efforts. La présence humaine auprès des résidents reste globalement insuffisante avec **un impact négatif sur les conditions de travail et la qualité d'accompagnement**.

Le taux d'encadrement correspond au rapport entre les effectifs du personnel en équivalent temps plein (ETP) au nombre de résidents. Le résultat est exprimé en ETP pour 100 résidents.

**Des tensions sur les effectifs aggravées par la dégradation des conditions de travail.** Outre la perception d'un manque de personnel, cette dégradation s'explique par des pratiques managériales très hétérogènes, la réduction des temps d'intervention, l'intensification des rythmes de travail et l'accroissement des besoins des résidents. **Les taux d'accidents du travail et de maladies professionnelles et le taux d'absentéisme sont particulièrement élevés.**

**Un manque d'attractivité des métiers lié aux insuffisances de formation et de perspectives de carrière.** Les difficultés de recrutement, le manque de temps, les conditions de travail ont un impact majeur sur l'attractivité des métiers, dont l'image est dégradée. En dépit de leur engagement quotidien, les professionnels souffrent d'un **manque de reconnaissance** et, malgré les progrès enregistrés, la **formation des professionnels ne répond pas aux besoins** liés à l'accroissement des niveaux de perte d'autonomie des personnes.

## **L'ATTENTE D'UNE COUVERTURE PUBLIQUE ET D'UNE MEILLEURE PRISE EN COMPTE DES RESSOURCES DANS L'ATTRIBUTION DES AIDES**

**Un reste à charge maîtrisé à domicile mais élevé en établissement.** A domicile, le reste à charge a été considérablement réduit par la loi ASV. La prise en charge est totale pour les dépenses de soins et financée par l'APA ou le crédit d'impôt pour les dépenses d'accompagnement de la vie quotidienne. **Selon la DREES, après crédit d'impôt, le reste à charge est en moyenne de 60 euros à domicile.** En revanche, **le reste à charge en établissement reste élevé.** Si les prestations de soins sont couvertes à 100 % et celles de la « dépendance » aux deux tiers environ par l'APA, les prestations d'hébergement reviennent aux familles. Selon la DREES, le reste à charge après aides atteint 1 850 euros par mois et **excède les ressources courantes de la personne âgée dans 75 % des cas.**

**Un choix marqué pour une prise en charge publique du risque et un attachement à la modulation de l'aide selon les revenus.** Pour 66 % des Français, c'est à la solidarité nationale de prendre en charge financièrement les personnes âgées en perte d'autonomie. Ils sont par ailleurs 70 % à considérer que l'aide visant à compenser les surcoûts liés à la dépendance doit être accordée en priorité aux personnes à faibles revenus, d'après la DREES.

**Des dépenses sociales importantes, mais une part consacrée à la perte d'autonomie relativement faible par rapport à nos voisins européens.** La France a fait le choix de dépenses sociales fortes, permettant d'assurer aux plus de 65 ans le niveau de vie relatif, par rapport au niveau de vie des actifs, le plus élevé de l'OCDE. Si la France fait partie des pays européens qui dépensent le plus en moyenne pour la santé et les retraites, les dépenses affectées à la perte d'autonomie y sont sensiblement inférieures.

## **UN MANQUE DE COORDINATION, SOURCE DE RUPTURES DE PARCOURS, DE DÉFAUT DE PRÉVENTION ET D'ISOLEMENT**

**La prévention, un enjeu mal reconnu et peu soutenu.** La prévention occupe une place insuffisante dans les politiques du grand âge. La France **doit s'aligner sur les standards internationaux de prévention**. Si de nombreuses actions de prévention existent, elles sont peu organisées, peu financées et reposent sur des initiatives individuelles. Sans cohérence d'ensemble, elles voient leur efficacité amoindrie.

**Des interventions insuffisamment pensées dans une logique de continuité de parcours.** Les **ruptures de parcours** aggravent la perte d'autonomie de la personne âgée et concourent à une partie vraisemblablement importante du **surcoût des dépenses de soins**. **L'accompagnement à domicile, qui mobilise de nombreux intervenants, pâtit d'un manque de coordination.** Des initiatives innovantes comme les PAERPA [parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie] et les MAIA [méthodes d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'Autonomie] conçus pour pallier ces problèmes ont vu le jour. Elles doivent être mieux coordonnées, généralisées et devenir le socle d'un parcours de droit commun. L'hôpital doit également s'adapter à la personne âgée. Plusieurs constats s'imposent sur les conditions d'accompagnement à l'hôpital : la fréquence du mode d'entrée par les urgences, les risques de dépendances iatrogène et nosocomiale, une organisation du travail peu respectueuse des rythmes de la personne âgée. Tous ces éléments engendrent un taux de **réhospitalisation de 17 % dans les 30 jours pour les 65 ans et plus**.

**Un appui aux proches aidants encore insuffisant.** Par leur présence et leurs actions, les proches aidants jouent un rôle déterminant dans le maintien à domicile et à la prévention de l'isolement. Au total, **3,9 millions de personnes sont engagées auprès d'un proche**. Un **besoin de reconnaissance** s'est largement exprimé. L'isolement, le **manque de solutions de répit**, la complexité des démarches administratives ainsi que la délicate conciliation entre le rôle d'aidant et la vie professionnelle ont été mis en évidence.

**Des solidarités du quotidien et un cadre de vie qui ne parviennent pas à rompre un isolement encore très répandu.** La perte d'autonomie isole, tant socialement que géographiquement. La perte d'autonomie coupe les personnes âgées de leur « vie d'avant » et parfois même de leur libre arbitre, qu'elles abdiquent pour ne pas gêner, être un poids pour leurs enfants. Ainsi, selon le Comité consultatif national d'éthique, **50 % des personnes de plus de 75 ans n'ont plus de réseau amical**. Face à cette situation, les besoins sont ceux d'un entourage aimant, bienveillant et stable. Plus globalement, c'est le regard porté sur le grand âge qui doit évoluer.

## Chiffres clés de l'aide à l'autonomie – CNSA – 2018 (extraits)

### Quelques chiffres sur la population concernée par l'aide à l'autonomie :

Gain d'espérance de vie à 65 ans, entre 1997 et 2017 : +2,3 ans pour les femmes ; +3,1 ans pour les hommes (source : INSEE, estimations de population et statistiques de l'état civil, 1997 et 2017 (provisoire)).

7,6% : C'est la part de la population âgée de 60 ans et plus (16,9 millions de personnes pour la France à bénéficiaire de l'APA au 1<sup>er</sup> janvier 2017 (sources : DREES, enquête Aide sociale des départements, INSEE, estimations de population)

En 2017, l'espérance de vie à la naissance est estimée à 79,5 ans pour les hommes et 85,3 ans pour les femmes (source : INSEE, estimations de population et statistiques de l'état civil, 1997 et 2017 (provisoire)).

5,69 Md€ : C'est le montant total de l'APA versé en 2016 à 1,29 million de bénéficiaires. (sources : DGFIP 2017, DREES – enquête Aide sociale 2016)

### Espérance de vie à 65 ans en 2015 (source : Eurostat 2017) :

L'indicateur d'espérance de vie sans incapacité est l'indicateur d'espérance de vie sans limitations d'activité à long terme.

Femmes :

Espérance de vie à 65 ans : 23,5 ans

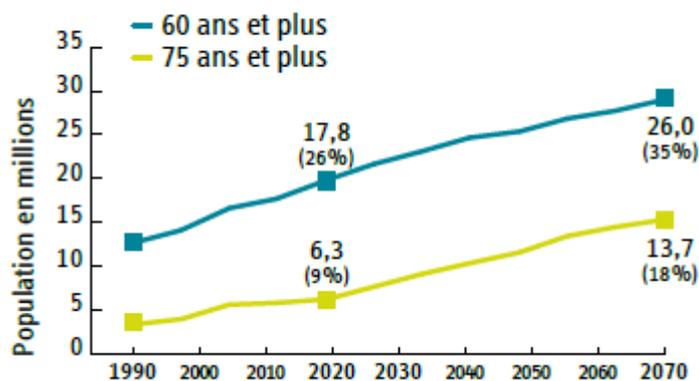
Espérance de vie à 65 ans sans incapacité : 10,7 ans

Hommes :

Espérance de vie à 65 ans : 19,4 ans

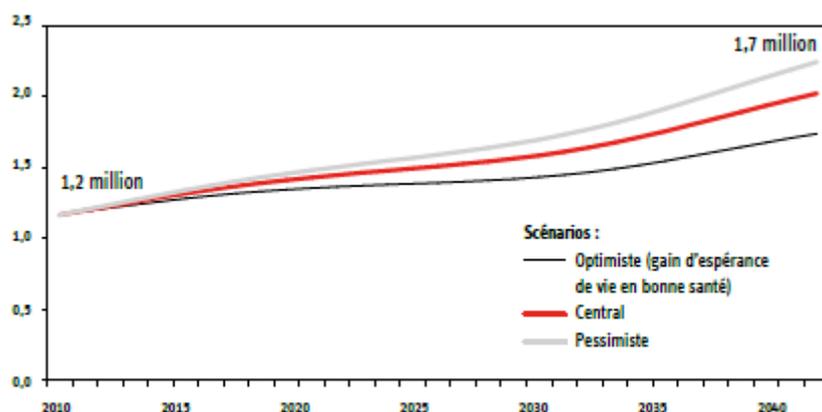
Espérance de vie à 65 ans sans incapacité : 9,8 ans

### Vieillessement de la population française



Source : Projection de population à l'horizon 2070, INSEE 2016.

### Projection du nombre de bénéficiaires de l'APA jusqu'en 2040



Source : DREES, pour le rapport « perspectives démographiques et financières de la dépendance », 2011.

## Le financement de l'aide à l'autonomie (source : LFSS 2018) :

### Contribution des finances publiques à la compensation de la perte d'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées en 2016 :

- CNSA : 36% (22 608 M€)
- Etat : 25 % (15 783 M€)
- Départements (net transferts CNSA) : 21% (13 254 M€)
- Sécurité sociale : 17% (10 987 M€)
- AGEFIPH (association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées) + FIPHFP (fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique) : 1% (607 M€)

Le poste « Sécurité sociale » prend en compte :

- Pour l'assurance maladie, les pensions d'invalidité et les dépenses en unités de soins de longue durée
- Pour l'assurance vieillesse, l'action sociale en faveur des personnes âgées
- Pour la CNAF, l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé et l'allocation de présence parentale
- Les exonérations de cotisations pour l'emploi d'une aide à domicile

**63,2 Md€** : C'est le montant total de la contribution des finances publiques à la compensation de la perte d'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées en 2016.

#### Personnes âgées : 22,8 Md€ :

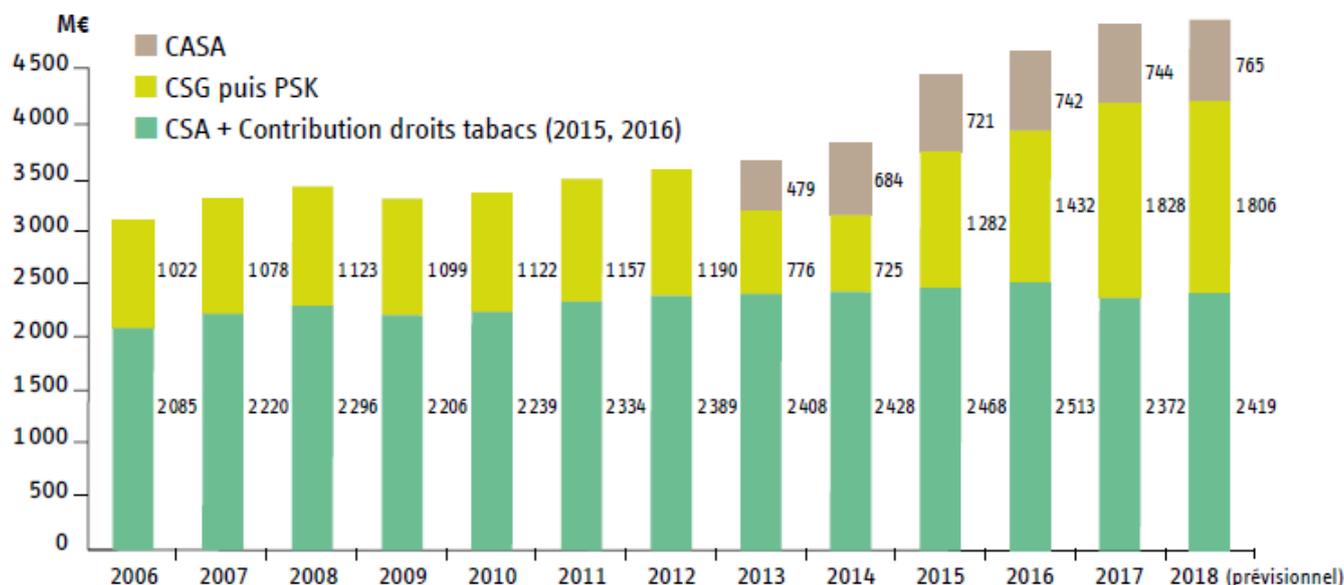
- CNSA : 53 % (12 222 M€)
- Départements (net transferts CNSA) : 29 % (6 552 M€)
- Sécurité sociale : 10% (2 279 M€)
- Etat : 8% (1 793 M€)

#### Personnes handicapées : 40,4 Md€ :

- Etat : 34% (13 990 M€)
- CNSA : 26% (10 386 M€)
- Sécurité sociale : 21% (8 708 M€)
- Départements (net transferts CNSA) : 17% (6 702 M€)
- AGEFIPH + FIPHFP (2014) : 2% (607 M€)

En 2017, les recettes de la CNSA sont composées à 77,9% de l'ONDAM médico-social et à 22,1% de recettes propres.

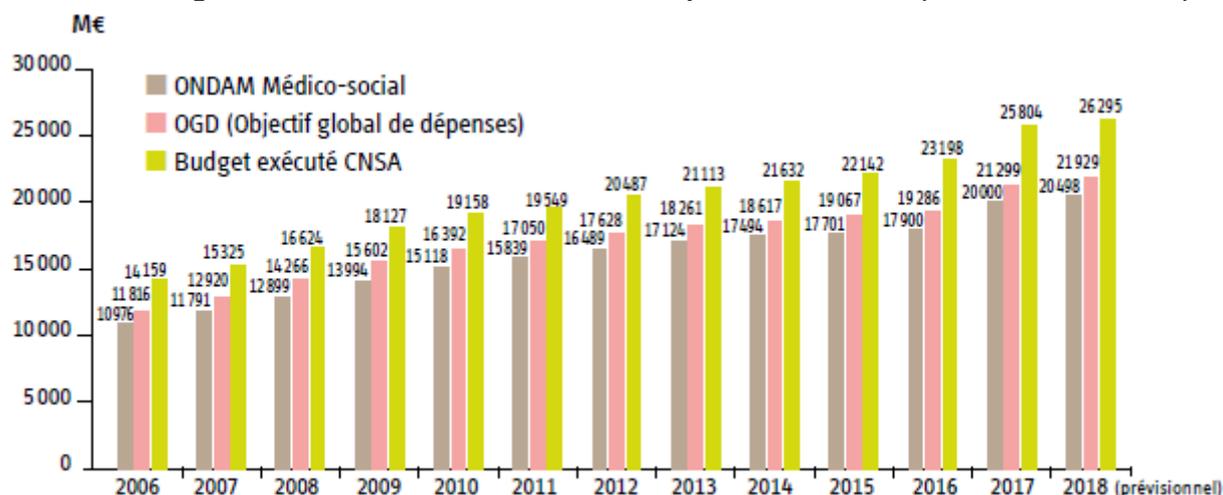
Recettes propres 2006 à 2017 de la CNSA et prévisionnelles 2018 (source : CNSA 2017) :



Les recettes propres de la CNSA sont constituées de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA), d'une part des droits de consommation sur les tabacs (DCT) en 2015 et 2016, d'une part de contribution sociale généralisée (CSG) remplacée par un prélèvement social sur les revenus du capital (PSK) en 2016 et, depuis 2013, de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA). Ces recettes sont pour partie mobilisées pour verser aux départements des concours qui contribuent au financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), de la prestation de compensation du handicap (PCH) et des maisons départementales pour les personnes handicapées (MDPH).

26,3 Md€ : C'est le budget prévisionnel de la CNSA en 2018, soit +85,7% depuis 2006.

#### Budget exécuté 2006 à 2017 de la CNSA et prévisionnel 2018 (source : CNSA 2017):



#### Les concours prévisionnels versés aux départements :

**3,230 Md€** : C'est le montant total des concours financiers notifiés par la CNSA aux départements (prévisionnel 2018).

#### Les concours financiers versés par la CNSA aux départements (source : CNSA 2018) :

- Concours APA 1 : 60% (1 932 M€)
- Concours PCH : 19% (594 M€)
- Concours APA 2 : 14% (454 M€)
- Concours MDPH : 2% (71 M€)
- Concours forfait autonomie : 1% (40 M€)
- Concours autres actions de prévention : 4% (140 M€)

**40 M€** : C'est le concours financier notifié aux départements correspondant au forfait autonomie.

**140 M€** : C'est le concours financier notifié aux départements correspondant aux autres actions de prévention

**71 M€** : C'est le concours direct notifié aux départements pour les MDPH au titre de l'année 2018

**454 M€** : C'est le montant prévisionnel de l'APA2 en 2018.

Avec la mise en œuvre de la loi d'adaptation de la société au vieillissement votée le 28 décembre 2015, la CNSA verse deux nouveaux concours financiers aux départements depuis 2016 : le **forfait autonomie** pour renforcer les missions de prévention des résidences autonomie, et le concours **autres actions de prévention** pour soutenir les programmes des conférences des financeurs.

La Caisse augmente également le montant de sa participation aux dépenses d'allocation personnalisée d'autonomie avec la création en 2016 d'une seconde part du concours APA, appelée **APA2**. Elle compense principalement la revalorisation des plafonds de l'APA à domicile, améliore le reste à charge des bénéficiaires de l'APA à domicile et finance le droit au répit des aidants.

## Les prestations de l'aide à l'autonomie :

### Personnes âgées :

#### Répartition des aides sociales aux personnes âgées à domicile et en établissement au 31 décembre 2016 :

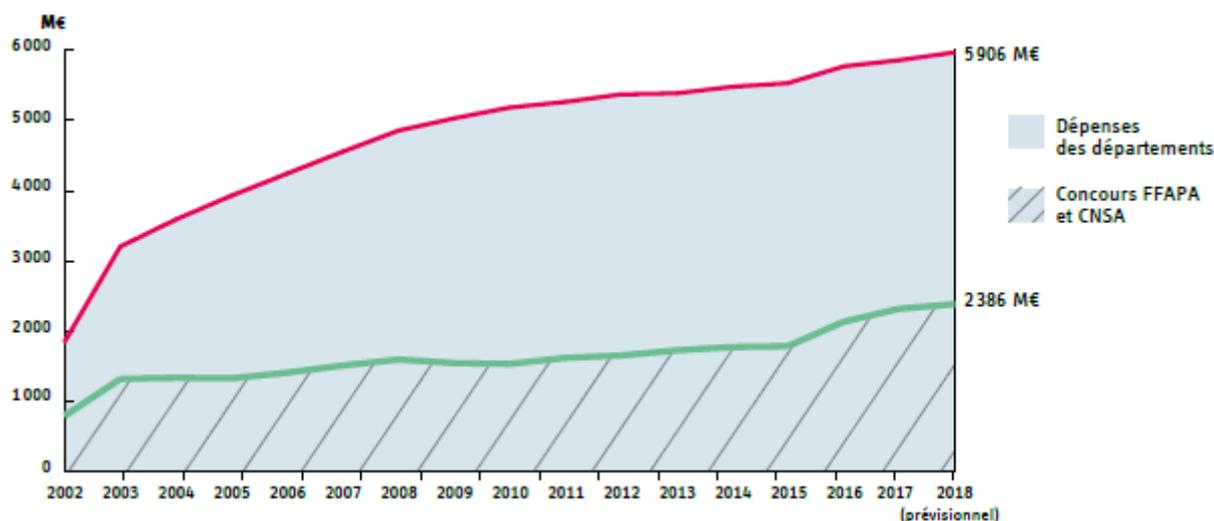
(sources : DREES, enquêtes Aide sociale 2012 à 2016, CNAF, CCMSA, DARES)

- Aides en établissement : 45 % :
  - APA en établissement : 37%
  - ASH : 8%
- Aides à domicile : 55 % :
  - APA à domicile : 53%
  - Aides ménagères : 1%
  - Accueil chez des particuliers : <1%

**8Md€** : C'est le montant total des aides sociales pour les personnes âgées en 2015 (sources : DREES, enquêtes Aide sociale 2011 à 2015, CNAF, CCMSA, DARES)

**1 285 500** : C'est le nombre de bénéficiaires payés au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) en décembre 2016, dont 757 400 à domicile et 528 100 en établissement. (sources : DREES, enquêtes Aide sociale 2016)

**Evolution des dépenses d'APA (y compris APA2) et des concours FFAPA (fonds de financement de l'APA) puis CNSA versés aux départements depuis 2002 (source : CNSA 2018) :**



## **« CNSA (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie) » - Site du Ministère des Solidarités et de la Santé**

La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie CNSA, dont la Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS) assure la tutelle à titre principal, est un établissement public créé par la loi n°2004-626 du 30 juin 2004.

La loi du 11 février 2005, loi n° 2005-102 sur l'égalité des droits et des chances des personnes handicapées, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées et la loi du 28 décembre 2015 d'adaptation de la société au vieillissement précisent et renforcent ses missions.

### **Les missions de la CNSA**

Mise en place en mai 2005, la CNSA (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie) est, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2006, chargée de :

- ▶ participer au financement de l'aide à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées : contribution au financement de l'allocation personnalisée d'autonomie et de la prestation de compensation du handicap, concours au financement des maisons départementales des personnes handicapées, des conférences des financeurs de la perte d'autonomie, affectation des crédits destinés aux établissements et services médico-sociaux, soutien à la modernisation et à la professionnalisation des services d'aide à domicile ;
- ▶ garantir l'égalité de traitement sur tout le territoire quel que soit l'âge ou le type de handicap, en veillant à une répartition équitable des ressources ;
- ▶ assurer une mission d'expertise, d'information et d'animation : échange d'informations, mise en commun des bonnes pratiques entre les départements, soutien d'actions innovantes, développement d'outils d'évaluation, appui aux services de l'État dans l'identification des priorités et l'adaptation de l'offre ;
- ▶ assurer une mission d'information des personnes âgées, des personnes handicapées et de leurs proches ;
- ▶ Enfin, la CNSA a un rôle d'expertise et de recherche sur toutes les questions liées à l'accès à l'autonomie, quels que soient l'âge et l'origine du handicap.

La CNSA est donc à la fois une « caisse » chargée de répartir les moyens financiers et une « agence » d'appui technique.

## « Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie » - Site Wikipedia

Budget : 26 800 000 000 € (2019)

En France, la **Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie** (CNSA) est un établissement public national à caractère administratif.

Depuis 2017, sa directrice est Anne Burstin. La présidente du Conseil de la CNSA est Marie-Anne Montchamp.

### Création

Elle a été créée par la loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité des personnes âgées et des personnes handicapées modifiée par la loi handicap du 11 février 2005. Ces lois sont codifiées dans le Chapitre X du code de l'action sociale et des familles. Les missions de la CNSA ont été étendues notamment par la loi relative à l'adaptation du vieillissement du 28 décembre 2015.

### Gouvernance

Placée sous la tutelle des ministres chargés de l'action sociale, de la sécurité sociale, et du budget, la caisse est dotée d'un conseil, d'un conseil scientifique. Son directeur est nommé par décret. La CNSA est liée à l'Etat par une convention d'objectifs et de gestion pour la période 2016-2019.

### Le conseil de la CNSA, une instance originale

En tant qu'organe de gouvernance classique, le Conseil arrête le budget, approuve les comptes et le rapport d'activité et se prononce sur les priorités d'action de la CNSA. Par sa composition originale, il est aussi un lieu d'échange et de débat sur tous les aspects des politiques d'aide à l'autonomie. Le Conseil réunit des représentants de tous les acteurs concernés par les politiques de l'autonomie. Depuis octobre 2017, il est présidé par Marie-Anne Montchamp.

### Le conseil scientifique

Le Conseil scientifique de la CNSA est chargé de formuler des avis sur les questions d'ordre scientifique ou technique dont il est saisi par la directrice. Il a un rôle d'orientation de l'action scientifique de la CNSA. Il apporte son expertise à la direction de la CNSA sur les sujets qui relèvent de son champ de compétences. Il se réunit deux fois par an.

### Une équipe constituée de professionnels aux origines variées

Pour l'année 2017, le plafond d'emploi de la CNSA était de 123,2 équivalents temps plein (ETP). Depuis septembre 2017, la CNSA est dirigée par Anne Burstin.

### Les partenaires et relais territoriaux

Originalité par rapport aux caisses nationales de sécurité sociale, la CNSA n'a pas de réseau territorial propre. Elle intervient en appui aux acteurs locaux, remplissant auprès d'eux une double fonction de financement (elle leur répartit l'essentiel des moyens de son budget) et d'animation (elle garantit l'efficacité et l'équité dans la compensation de la perte d'autonomie). Cette organisation unique est une force, même si la CNSA ne maîtrise pas les moyens déployés par ces réseaux dans le cadre de ses missions. Elle tire sa légitimité de son offre de services développée avec et pour les acteurs de terrain.

## **Fonctions**

La Caisse contribue au financement de l'aide à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées en versant aux conseils départementaux un concours au financement de l'allocation personnalisée d'autonomie et de la prestation de compensation du handicap. Elle leur verse également un concours pour le financement d'actions de prévention, individuelles ou collectives, de la perte d'autonomie. Elle verse des fonds aux maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) pour contribuer à leur fonctionnement.

Elle répartit entre les agences régionales de santé les crédits de l'assurance maladie destinés au financement des établissements et services médico-sociaux accueillant les personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie. La CNSA contribue à l'égalité de traitement sur tout le territoire national quel que soit l'âge de la personne ou l'origine du handicap. Elle favorise l'harmonisation des pratiques par un appui technique aux réseaux sur le terrain.

Elle joue un rôle d'expert pour l'élaboration des référentiels nationaux d'évaluation des déficiences et de la perte d'autonomie, ainsi que pour celle des outils d'appréciation des besoins individuels de compensation. Elle anime le réseau des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) et celui des équipes médico-sociales chargées de l'évaluation de l'APA dans les conseils départementaux.

La CNSA soutient l'innovation et la recherche dans le champ du handicap et de la perte d'autonomie.

Elle a enfin pour mission d'informer les personnes âgées, les personnes handicapées et leurs proches. Elle a mis en ligne en 2015 le portail internet d'information et d'orientation [www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr](http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr).

## **Financement**

Les ressources de la caisse sont constituées par une contribution des régimes d'assurance maladie au titre de l'objectif national des dépenses de l'assurance maladie (ONDAM), par la « contribution solidarité autonomie » (CSA), par la « contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie » (CASA) et par une fraction de la contribution sociale généralisée (CSG).

## **Répartition des crédits**

Les fonds issus de l'enveloppe médico-sociale de l'assurance maladie sont principalement employés pour verser des financements aux agences régionales de santé pour le fonctionnement des établissements et services médico-sociaux de leur région.

Les fonds issus de la collecte de la contribution solidarité autonomie et de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie sont employés de la façon suivante :

- financements apportés aux départements et utilisés par ces derniers pour financer les aides aux personnes âgées et handicapées dont ils assurent l'attribution (PCH et APA) ;
- financements apportés aux départements, aux associations, aux OPCA pour le développement de la formation et la professionnalisation du secteur et l'aide à l'investissement.