



Concertation Grand âge et autonomie

Grand âge et autonomie : les chiffres clés

Démographie



4,8 millions

de personnes de
85 ans et plus en 2050.

x3,2

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

Perte d'autonomie



2,2 millions

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

40% des personnes qui
décèdent en France ont
connu la perte d'autonomie.

Grand âge et autonomie : les chiffres clés

Métiers du grand âge



830 000 équivalents temps plein employés auprès de personnes âgées en perte d'autonomie.

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

Accompagnement à domicile



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

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

Accompagnement en EHPAD



21 % des personnes de plus de 85 ans vivent en établissement.

7 573 EHPAD accueillent chaque année 608 000 résidents.

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

Grand âge et autonomie : les chiffres clés

Aidants



3,9 millions de personnes apportent une aide régulière à un proche de 60 ans ou plus vivant à domicile en raison de son âge ou d'un problème de santé.

Manque d'informations



72,5 % des Français jugent qu'ils sont mal informés des dispositifs d'aide et de prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie.

Reste à charge



60 € / mois : reste à charge moyen après aides et crédit d'impôt pour une personne âgée en perte d'autonomie vivant à son domicile.

1 850 € / mois : reste à charge moyen après aides et réduction d'impôt pour une personne âgée en perte d'autonomie vivant en EHPAD.

Hôpital



33 % des patients hospitalisés pendant l'année 2017 ont plus de 65 ans.

40 % des personnes de plus de 80 ans ont connu au moins un séjour hospitalier en 2017.

Isolement



50 % des personnes de plus de 75 ans n'ont plus de réseau amical actif.



Les priorités

Priorité des priorités : changer de regard et de terminologie

- Diffuser une culture de vigilance et de service attentionné à l'égard de la personne âgée dans l'ensemble des lieux accueillant du public. Les professionnels du grand âge « de première ligne » (AS, AVS, AES) seraient systématiquement associés aux formations initiales et continues des métiers de l'accueil (agent d'accueil et d'information, standardiste), dans les services publics (police, gendarmerie, sécurité sociale, justice, transports) comme pour les services de proximité (banque, assurance, notariat, télécommunications, sécurité). Il est également proposé d'intégrer des modules spécifiques sur l'accueil des personnes atteintes de troubles cognitifs dans la formation des métiers d'accueil du public.
- Il est proposé de lancer une mission parlementaire sur la lutte contre l'âgisme. Cette mission explorerait notamment la piste de la création d'un observatoire de l'âgisme, pouvant par exemple être rattaché au Défenseur des droits. Elle pourrait également étudier et promouvoir les évolutions terminologiques nécessaires pour privilégier des termes positifs traduisant la continuité de vie et le maintien du libre arbitre de la personne âgée. Dans l'immédiat, il est proposé de modifier le nom des établissements et de supprimer le terme d'« EHPAD ».

Priorité N°1 : Investir dans l'attractivité des métiers du grand âge, à domicile comme en établissement

- Evolution des grilles salariales et rapprochement des conventions collectives du secteur
- En priorité sur les métiers du domicile
- Généralisation de fonctions de management de proximité en établissement
- Un plan national pour les métiers du grand âge doit être lancé pour articuler les nombreux chantiers indispensables à l'attractivité des métiers et à la montée en compétences de l'ensemble des professionnels. Ce plan serait la première étape d'une dynamique nationale pour les métiers du grand âge et engagerait notamment une refonte des référentiels de compétence, le développement de l'apprentissage dans le secteur, un travail de rapprochement des conventions collectives du secteur, une mobilisation pour la prévention des risques professionnels, un chantier d'ouverture de perspectives de carrière pour les professionnels de proximité (aides à domicile et aides-soignants en particulier).

Priorité N°2 : Création d'une nouvelle prestation autonomie

- Créer une nouvelle « prestation autonomie » à domicile pour accroître le recours aux aides techniques et aux solutions de répit et d'accueil temporaire. L'APA permet de financer plusieurs types de prestations : aides techniques, aide humaine, adaptation du logement, accueil temporaire, portage de repas, fournitures d'hygiène, transport, etc.. Toutefois, l'aide humaine représente 92% des volumes d'aide alloués au total en moyenne, contre 2% pour le financement de l'accueil temporaire et 6% pour les aides diverses (essentiellement aides techniques).
- Créer, en remplacement de l'APA, une nouvelle « prestation autonomie », sur le modèle de la prestation de compensation du handicap (PCH). Elle identifierait distinctement trois « volets » pour le soutien de l'autonomie à domicile : aides humaines, aides techniques, répit et accueil temporaire. Chaque volet ferait l'objet d'un plafond spécifique. De cette manière, si une personne décide d'utiliser le nombre maximal d'heures d'aide humaine qui lui a été ouvert, elle pourra néanmoins avoir recours à des aides techniques ou à des solutions de répit ou d'accueil temporaire, sans avoir à réduire le nombre d'heures d'aide humaine dont elle bénéficie.

Priorité N°2 bis : Augmentation du temps de professionnels auprès des personnes âgées

- Augmenter de 25 % le taux d'encadrement auprès de la personne âgée en établissement d'ici 2024, par rapport à 2015. Cela représente une augmentation de 13 équivalents temps plein (ETP) pour 100 résidents entre 2015 et 2024, soit 80 000 professionnels supplémentaires. Les effectifs pris en compte ici sont ceux contribuant directement à la qualité de vie des résidents : personnels soignants ou paramédicaux, ainsi que des fonctions d'animation, pédagogiques et récréatives. En revanche, les fonctions de direction, d'accueil, de comptabilité, ne sont pas intégrées. Au total, cette mesure représente un effort public de 400 millions d'euros par an dès 2020, et d'1,2 md d'euros en 2024.
- Tarif unique national sur la base d'une tarification de référence à 21€ et d'une dotation forfaitaire équivalente en moyenne à 3€ par heure de prestation. Le coût de la réforme est évalué à 550 millions € sur la base du nombre de bénéficiaires 2018.

Priorité N°3 : Piloter par et pour la qualité

- Lancer un plan de rénovation des établissements, en particulier publics, et des résidences autonomie, en mobilisant 3 mds d'euros sur 10 ans, soit un triplement de l'effort actuel d'investissement
- Créer un « fonds qualité » doté de 100 à 200 millions d'euros par an pour les établissements et les structures d'accompagnement et de soin à domicile
- Recueillir et publier des données fiables sur la qualité de service dans chaque établissement sur le portail pour-les-personnes-agees.gouv.fr en extrayant des indicateurs du tableau de bord de la performance ANAP
- Concrétiser une logique de « chez soi » en expérimentant de véritables « projets de vie personnalisés » en établissement. Cette expérimentation doit permettre de définir les conditions d'une généralisation de la démarche et de mettre en œuvre concrètement une logique de « chez soi ».

Priorité N°4 : Parcours de la personnes âgée : mettre fin aux silos pour simplifier la vie des personnes âgées

- Créer un guichet unique du grand âge
- Mettre en place des « Maisons des aînés et des aidants » dans chaque département
- Définir par voie législative un droit commun au parcours de santé et d'autonomie pour les personnes âgées

Priorité N°5 : Une nouvelle offre pour concrétiser le libre choix de la personne

- Créer un fonds d'accompagnement de 150 millions € par an pour restructurer l'offre (frais d'ingénierie et des coûts de transition notamment)
- Créer un nouveau type d'établissement social et médico-social baptisé « établissement territorial ». Ces structures relèveraient d'un régime d'autorisation global et pourraient regrouper EHPAD, SSIAD et SAAD.
- étendre le financement des résidences autonomie à des prêts davantage subventionnés (PLUS), simplifier la procédure de création de ces résidences en remplaçant l'appel à projets par une autorisation, inclure dans le décompte des logements sociaux prévu par la loi SRU un sous-objectif spécifique pour les logements dédiés aux personnes âgées.
- Un mode de financement et de pilotage unifié et une extension du modèle SPASAD
- Un décloisonnement des SSIAD et des SAAD au sein des SPASAD en autorisant une fongibilité des résultats et en prévoyant un CPOM unifié

Proposition N°6 : Reste à charge en établissement : faire baisser la contribution

- Diminuer de 300 € par mois le reste à charge pour les personnes gagnant entre 1 000 et 1 600 € par mois (35 % des résidents). Elle serait ciblée sur les catégories modestes ne bénéficiant pas de l'aide sociale à l'hébergement (ASH). Cette baisse serait obtenue à travers la mise en place d'une nouvelle prestation, dégressive en fonction des ressources, pour les résidents. La prestation serait de 300 € par mois pour des ressources inférieures à 1 600 € par mois puis serait dégressive jusqu'à 50 € par mois pour les personnes disposant de plus de 3 200 € de ressources mensuelles.
- Créer un « bouclier autonomie » de 740 € par mois en moyenne. Ce bouclier serait activé dès lors qu'une personne réside en établissement depuis plus de 4 ans. Il concernerait 90 000 personnes soit 15 % des résidents. La différence entre le reste à charge et 90 % des ressources courantes du résident serait intégralement couverte. La prise en compte de 90 % des ressources du résident permettrait de laisser un « reste à vivre » correspondant à 10 % de ses ressources courantes. Cette mesure représente un gain moyen pour les personnes éligibles de l'ordre de 740 € par mois.

Proposition N°6 : Reste à charge en établissement : faire baisser la contribution

- Aide sociale à l'hébergement (ASH) : réévaluation, harmonisation des pratiques entre départements et suppression de l'obligation alimentaire pour les petits enfants. Afin d'assurer une meilleure égalité de traitement des bénéficiaires de l'ASH, il est proposé d'harmoniser les pratiques des Conseils départementaux, notamment à travers la mise en place de règles nationales concernant les ressources et les charges prises en compte dans le calcul de l'aide. Une hausse du reste à vivre de 50 euros par mois pour les personnes les bénéficiaires de l'ASH est proposée. Elle concernerait près de 110 000 personnes à faibles ressources. Il est par ailleurs proposé de supprimer l'obligation alimentaire, pour les petits-enfants dans un premier temps.
- Une mesure de baisse du reste à charge pour l'ensemble des résidents, quel que soit leur niveau de ressources, à travers la fusion des tarifs soins et dépendance.
- Cette fusion consiste à changer le mode de financement d'une partie des coûts de l'accompagnement en établissement. Alors que ces dépenses sont aujourd'hui financées à la fois par les familles et par les Conseils départementaux, ces dépenses seraient demain financées par l'assurance maladie, dans une logique universelle.
- Cela signifie concrètement une baisse du reste à charge pour l'ensemble des résidents, quel que soit leur niveau de ressources. Au total, cette mesure représente une baisse des dépenses aujourd'hui acquittées par l'ensemble des familles de 200 millions d'euros.

Priorité N°7 : Lutter contre l'isolement de la personne âgée et des aidants

- Simplifier les démarches avec la création de Maisons des aînés (Département et ARS) et des aidants et améliorer l'accès à de nouvelles solutions de répit
- Indemniser le congé de proche aidant
- Mobiliser le service national universel et le service civique auprès des personnes âgées

Priorité N°8 : Augmenter l'espérance de vie en bonne santé en renforçant la prévention

- Créer un rendez-vous de prévention de l'avancée en âge proposé à trois âges clés
- Inscrire la prévention dans la formation initiale et continue de tous les professionnels
- Imposer aux structures d'accompagnement et de soin une formation des personnels au repérage des fragilités
- Lancer une campagne nationale pluriannuelle de sensibilisation à la prévention



Données financières et gouvernance

Financer un nouveau risque de protection social

- Le schéma de financement proposé ne prévoit aucune hausse de prélèvement obligatoire. Il se décline en deux temps :
 - En 2024, date d'extinction de la dette sociale aujourd'hui amortie par la Caisse d'amortissement de la dette sociale, financée actuellement par la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS), la CRDS serait remplacée par un prélèvement social pérenne, dont le produit serait en partie affecté au financement de l'autonomie. La réutilisation de cette recette existante garantirait l'absence de hausse des prélèvements obligatoires.
 - Avant 2024, les dépenses seraient financées en recourant à l'affectation d'excédents du régime général, à une priorisation des dépenses relatives aux personnes âgées dans l'arbitrage de l'évolution des dépenses sociales, et à un décaissement du Fonds de réserve des retraites.
- En matière de financement privé, la priorité semble devoir être donnée à la mobilisation de l'épargne existante. La concertation a en effet démontré qu'en moyenne, 3 personnes sur 4 ont aujourd'hui les moyens de faire face au coût de la résidence pour une durée d'au moins 6 ans, si l'on retient l'hypothèse d'une pleine mobilisation de leur patrimoine financier et immobilier. Si ce résultat reste théorique, cela démontre la pertinence d'une stratégie de mobilisation des patrimoines, à partir d'instruments rénovés.
- À très court terme, pour plus d'équité, il est proposé de mieux valoriser le patrimoine dans le calcul de la nouvelle « prestation autonomie » à domicile en intégrant la valeur de la résidence principale dans les ressources prises en compte pour le calcul de la prestation.

Enjeux financiers relatifs aux propositions

Mds € équivalent point PIB 2018	2018	2024	2030
	Estimation	Cible	Cible
DREES tendanciel	28,4	30,5	32,7
Effet démographique en écart à 2018		2,1	4,3
dont domicile		1,6	3,3
dont établissement		0,5	1,0
Dépenses nouvelles (en sus du tendanciel démographique)			
Taux d'encadrement en établissement		1,2	1,7
Rénovation bâti en établissement		0,3	0,3
Hausse des plans d'aide à domicile		0,6	0,5
Amélioration des conditions d'offre (fonds qualité, accompagnement des restructurations, revalorisation des salaires en plus du tendanciel, fonds SI)		0,6	0,5
Baisse du reste à charge en établissement		2,0	2,7
Autres (Maison des aînés et des aidants, indemnisation congés aidants, RDV prévention)		0,2	0,2
Total dépenses nouvelles		4,8	6,1
Économies proposées			
Équité accrue dans la prestation		0,3	0,3
Gains d'efficience		0,4	0,8
Recentrage des exonérations et dépenses fiscales		0,0	0,1
Total économies		0,4	1,2
Besoin de financement public		6,2	9,2
dont offre à domicile		2,3	4,0
dont offre en établissement		2,3	2,9
dont reste à charge des ménages		1,6	2,3

Enjeux financiers relatifs aux propositions

- Le besoin de financement public se décompose entre :
 - Un effet démographique lié à la hausse du nombre de personnes âgées dépendantes évaluée par la Drees à +1,2 %/an d'ici 2030 et +2,5 %/an entre 2030 et 2040 : par rapport à 2018, les dépenses devraient ainsi augmenter de 1,5 Md € (équivalent point de PIB 2018) d'ici 2022 et de 4,3 Mds € d'ici 2030 ;
 - Des mesures nouvelles proposées portées progressivement de 0,7 Mds € en 2020 à 4,8 Mds € en 2024 et qui atteindraient 6,1 Mds € d'ici 2030;
 - Des mesures d'économies qui représenteraient 700 millions€ en 2024 et 1,2 Md € en 2030.
- Au total, le besoin de financement public supplémentaire par rapport à 2018 atteindrait 6,2 Mds € en 2024 (0,3 point de PIB) et 9,2 Mds € d'ici 2030 (0,4 point de PIB). Il s'agit d'un effort en € équivalent point de PIB c'est-à-dire qu'il viendrait s'ajouter à la hausse mécanique des coûts liée à l'inflation et aux revalorisations salariales supposées parallèles à la productivité moyenne de l'économie.
- Les trois piliers (offre à domicile, offre en établissement et reste à charge des ménages) seraient globalement équilibrés à l'horizon 2024. D'ici 2030, l'orientation choisie conduirait à ce que 4,0 Mds sur les 9,2 Mds € seraient destinés à l'offre à domicile.

Pour une gouvernance clarifiée et partenariale

- Augmenter de 35 % la part de la richesse nationale consacrée à la perte d'autonomie de la personne âgée en 2030 par rapport à L'ambition des propositions issues de la concertation présente un coût. Ces propositions conduiraient les dépenses publiques autour de 1,6 % du PIB en 2030 soit près de 35 % de plus qu'en 2018. Environ 45 % de cette hausse proviendrait du seul effet du vieillissement démographique, les 55 % restants finançant les mesures proposées pour l'amélioration de la qualité de l'offre ou pour la baisse du reste à charge en établissement.
- Les dépenses publiques augmenteraient ainsi, par rapport à 2018, pour atteindre 6,2 mds d'euros en 2024 et de 9,2 mds d'euros en 2030.
- Le recours à un financement public reposant sur la solidarité nationale
- La mobilisation de prélèvements obligatoires existants, plutôt que la création de nouveaux prélèvements

Pour une gouvernance clarifiée et partenariale

- Créer un guichet unique de proximité dédié aux personnes âgées et à leurs proches aidants, les Maisons des aînés et des aidants assureraient les fonctions d'accueil, d'information, d'orientation et de gestion de cas complexes. Ce copilotage s'appuierait sur un partenariat entre ARS et Conseils départementaux, défini localement. Il garantirait une intégration de l'offre sanitaire et médico-sociale en proximité de la personne.
- Créer des conférences départementales du grand âge. Ces instances stratégiques de la politique du grand âge au niveau départemental intégreraient les conférences des financeurs et seraient dotées de missions élargies. L'objectif : favoriser l'innovation et la coopération entre les acteurs à travers de réelles dynamiques territoriales.
- Scénarii de pilotage plus efficient de l'offre medico-sociale :
 - Scenario n°1 : Un copilotage ARS/conseil départemental avec possibilité de délégation de compétences.
 - Scenario n°2 : l'ARS est l'interlocuteur de gestion unique de l'ensemble de l'offre médico-sociale, à domicile comme en établissement, et le Conseil départemental est le pilote de la stratégie départementale et l'interlocuteur de proximité de la personne.
 - Scenario n°3 : Le Conseil départemental est l'interlocuteur de gestion unique pour l'ensemble de l'offre médico-sociale à domicile comme en établissement, et l'ARS est recentrée sur ses missions de contrôles.

Pour une gouvernance clarifiée et partenariale

La CNSA, opérateur placé sous la tutelle de l'Etat, doit voir ses missions et ses compétences renforcées :

- Au premier chef sur ce qui constitue le cœur de ses missions actuelles et futures, à savoir le pilotage financier d'un risque de protection sociale, qui nécessite de consolider chaque année des données financières fiables.
- La CNSA doit également affermir sa compétence de garant de l'égalité de traitement entre les territoires, en publiant des données départementales d'évaluation de la qualité du service rendu à l'utilisateur, et en renforçant le caractère contraignant des conventions pluriannuelles conclues avec les Conseils départementaux.
- Elle devra développer ses missions transversales : pilotage d'un chantier de modernisation des systèmes d'information, appui à la mise en place du réseau de Maisons des aînés et des aidants, repérage et essaimage des bonnes pratiques. En particulier, la CNSA aurait la responsabilité du déploiement d'un chantier de modernisation et de rapprochement des systèmes d'information, sans viser la création d'un SI national unifié dont les risques en matière de coût, de mise en œuvre et d'appropriation par les utilisateurs paraissent importants.
- Revoir la composition du Conseil de la CNSA pour mieux prendre en compte les aspects liés au cadre de vie des personnes âgées et renforcer la représentation des personnes âgées et des proches aidants. Au sein du collège des associations œuvrant au niveau national pour les personnes âgées, deux sièges sont occupés par des associations représentant les personnes âgées au niveau national, deux sièges par des associations représentant les proches aidants au niveau national.

Pour une gouvernance clarifiée et partenariale

- Élargir le champ de la consultation obligatoire du Conseil de l'âge du HCFEA aux transports, au logement, à l'aménagement et à la cohésion des territoires, à la culture et à la vie associative.
- La consultation obligatoire du Conseil de l'âge sur les champs non strictement médico-sociaux a pour objectif de rompre avec une approche trop cloisonnée de la politique du grand âge, portée par les ministères sociaux mais dont les objectifs débordent largement de leurs seules attributions. Le décroisement de cette politique et son ouverture à d'autres champs ministériels nécessite de positionner une instance en vigie. Le Conseil de l'âge, de par sa composition, son positionnement et sa mission d'animation du débat public, peut occuper cette fonction.