

## VIELLISSEMENT ET CHOIX DE SOCIÉTÉ

# Mur démographique et financement

### 15 PROPOSITIONS

Rapport présenté par :

Olivier PERALDI – François JEGER - Nadia FRONTIGNY

Membres du groupe de travail :

Aude de CHAVAGNAC, Olivier COLLAS, Benoit DESAVOYE, Marc DHOMBRES,  
Bertrand DUCLOS, Laurent FERRIER, Patrice FAN, Olivier GOUSSARD,  
Michel HAMOUSIN, Marc SIMON.



NOVEMBRE 2022



L'Institut Chiffres & Citoyenneté est un *think tank*. Il s'inscrit dans une démarche de recherche, d'analyse et de diffusion de travaux portant sur les sujets sociétaux, économiques et citoyens. Il rassemble des personnalités, femmes et hommes, de tous horizons socio-professionnels souhaitant s'engager en faveur du débat public.

L'Institut Chiffres & Citoyenneté se donne ainsi pour mission d'agrèger les femmes et hommes de bonne volonté, représentant la diversité de la société française, respectueux des valeurs républicaines, et soucieux de sauvegarder, renforcer et développer l'esprit démocratique par le débat d'idées et la liberté de pensée.

L'Institut Chiffres & Citoyenneté n'est pas un parti politique. Il est libre de toute option politique, syndicale et/ou confessionnelle et ne reçoit aucune subvention ou don financier que ce soit d'organismes publics ou privés.



Retrouvez l'ensemble des travaux de l'Institut Chiffres & Citoyenneté  
sur [www.chiffres-citoyennete.fr](http://www.chiffres-citoyennete.fr)

■

## Vieillesse et choix de société : mur démographique et financement

■

### Introduction

Les projections démographiques prévoient une montée en charge du nombre de personnes âgées en situation de perte d'autonomie atteignant 2 millions de personnes en 2040, soit 50 % de plus qu'en 2020.<sup>1</sup>

Le vieillissement de la population, essentiellement dû à l'arrivée au grand âge de la génération « baby-boom / papy-boom », à l'allongement de la vie, aux progrès de la médecine, et à un taux de natalité inférieur à celui du renouvellement des générations, impose une gestion dynamique des politiques du grand âge, tant dans leur gouvernance que dans leur approche budgétaire.

La loi dite d'« Adaptation de la société au vieillissement » (ASV)<sup>2</sup> n'aura été qu'une première et insuffisante prise de conscience de l'urgence d'anticiper un phénomène pourtant prévisible et inéluctable. La création en 2021 d'une 5<sup>e</sup> branche de la sécurité sociale, appuyée sur la transformation à la marge de la gouvernance de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), mais sans garantie d'équilibre budgétaire du fait d'un financement partiel n'a pas été à ce jour à la hauteur d'un défi socio-économique pourtant très renseigné par de multiples rapports publics. Malgré ce constat, une loi-cadre du « grand âge », maintes fois annoncée par les différents gouvernements depuis plus de dix ans et, plus récemment encore, présente dans le programme du candidat à l'élection Présidentielle pour un second mandat, se fait toujours attendre. Efforts budgétaires du fait du retour de la guerre en Europe, dette « covid », mais aussi et surtout dette publique endémique, expliqueront - ou serviront de justificatif -, une fois encore l'absence de passage à l'acte d'une réforme maintes fois annoncée, autant de fois repoussée.

Les politiques publiques du grand âge s'appuient essentiellement sur des lois techniques alors qu'il s'agit essentiellement d'orientation et de structuration. Les questions essentielles restent sans réponse :

- quel choix de société au regard des aînés, mais aussi des générations à venir ?

---

<sup>1</sup> A. Miron de l'Espinay, D. Roy, Drees, *Perte d'autonomie : à pratiques inchangées, 108 000 seniors de plus seraient attendus en ehpad d'ici à 2030*. Projections de population âgées en perte d'autonomie selon le modèle Lieux de vie et autonomie (LIVIA), Etudes et Résultats n°1172, 2021.

<sup>2</sup> Décembre 2015.

- quels moyens accorder à ces choix pour leur assurer efficacité et pérennité ?
- quel cadre de solidarité, nationale ou individuelle, mettre en place afin de soutenir les politiques du grand âge, et jusqu'à quel coût budgétaire et acceptation sociale ?
- quel équilibre concevoir entre les différents types de services, Ehpad, résidence services, aide à domicile, et à quel niveau de qualité ?
- quelles orientations donner en termes de recherches et développement, notamment quant au recours aux technologies et aux innovations, mais aussi en matière d'évolution des savoir-faire et des compétences des professionnels ?

■

## ■ Partie 1.- Vieillesse : des politiques publiques entre deux âges

De l'âge du curatif et de la compensation, à celui de la prévention et de responsabilité, les politiques du grand âge et du handicap se trouvent dans l'entre-deux du constat et de l'action. Le constat tout d'abord. Dire que la situation est connue et que nul ne peut en ignorer les conséquences en matière de financements et de nécessité de réforme, est une litote. Plusieurs rapports publics, études et publications, ayant donné lieu notamment aux débats précédant les lois d'Adaptation de la société au vieillissement (ASV) en 2014, ou plus récemment la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 créant la 5<sup>e</sup> branche de la sécurité sociale dédiée à l'autonomie, ou encore celle de 2022 ajustant à la marge quelques dispositifs dont celui des proches-aidants, ainsi qu'une kyrielle de rapports publics, d'études et de publications ont placé la question du « grand âge » parmi les priorités des politiques publiques<sup>3</sup>. Bilan... à peu près rien tant la capacité à traduire les mots en actes paraît altérée.

L'action donc. Les politiques du grand âge ne sont pas matures, non par manque d'appréhension des enjeux, mais par absence de détermination politique d'agir en profondeur. En conditionnant, depuis plusieurs années la réforme de l'autonomie à celle des régimes de retraite, les gouvernements successifs laissent perdurer les conditions du renoncement. Le lien entre les deux sujets est établi depuis longtemps. Représentant 14,6 points de PIB (moyenne UE, 12,4 %), la branche vieillesse, qui gère le système de retraite, constitue le premier poste de dépenses du système de protection sociale en France, devant la branche maladie (10,9 points de PIB), et les autres branches, familles, accidents du travail, autonomie<sup>4</sup>. Ainsi, sur les plus de 660 milliards d'euros de dépenses annuelles de la sécurité sociale, la retraite représente 328 milliards versés chaque année<sup>5</sup>. Et le déficit de la branche vieillesse aura atteint en 2021 plus de 23 milliards d'euros.

Dans un tel contexte et alors que l'espérance de vie s'est accrue de 15 ans en 50 ans en France et que parallèlement le nombre de cotisants a baissé de 4 à 1,3 pour un retraité depuis 1960, le système de protection sociale par répartition entre les générations – autrement dit et pour aller vite, entre les actifs et les inactifs – peut-il survivre ? Oui, dirons certains, tant qu'il est possible de parier sur l'argent frais des emprunts souscrits par la France auprès des investisseurs, dont les bailleurs non-français représentaient en 2022 quasiment la moitié des prêteurs<sup>6</sup>. Rappelons, que la dette publique française qui en 2008 atteignait déjà 70 % du PIB, s'élève désormais en

---

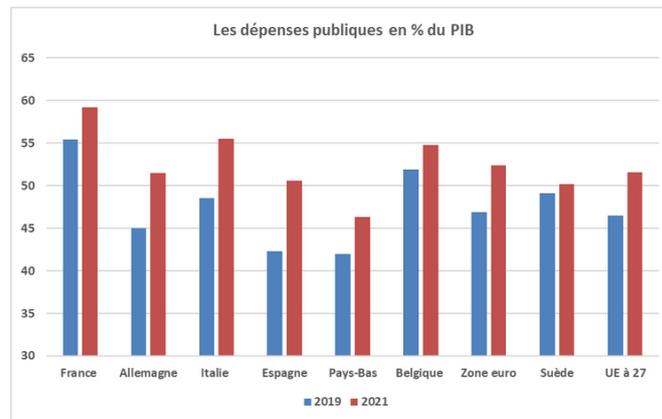
<sup>3</sup> Voir notamment : *Consultation citoyenne sur le grand âge et l'autonomie* (2018), rapport public *Propositions pour une réforme de la politique du grand âge*, D. Libault (2019), déclaration de Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé, sur la mise en place de la mission sur les métiers du grand âge, le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes et l'hospitalisation (2019), *Concertation grand âge et autonomie*, D. Libault (2019), rapport *Métiers du grand âge : propositions pour un plan de mobilisation nationale*, M. El Khomry (2019), Plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand-âge 2020-2024, M. El Khomri (2019), *Rapport d'information sur le grand âge dans les outre-mer*, E. Bareigts, S. Atger (2020), déclaration de Mme Brigitte Bourguignon, ministre déléguée chargée de l'autonomie, sur la réforme du grand âge et de l'autonomie nécessitant de changer de modèle et de revaloriser les métiers du domicile (janvier 2021), déclaration de Mme Brigitte Bourguignon, ministre déléguée chargée de l'autonomie, sur la réforme relative au grand âge et à l'autonomie et l'action du Gouvernement pour répondre aux enjeux rencontrés par les seniors face à la crise sanitaire (2021)...

<sup>4</sup> Eurostat, Fipeco, 2019.

<sup>5</sup> 2019. Montant du PIB français évalué en 2021 à 2 492 milliards d'euros.

<sup>6</sup> 48 % de la dette française sont détenus par des investisseurs étrangers, Agence France Trésor, juin 2021.

2022 à 114,5 points de PIB, alors que les charges d'intérêt sont passées de moins de 35 milliards d'euros en 2021 à plus de 44,5 milliards d'euros en un an, sous l'effet de l'inflation...



Source : Eurostat ; FIPECO

Le contexte d'une classe politique peu encline à assumer la fin d'un Etat-providence, n'aura pas aidé les uns comme les autres à sacrifier une parcelle d'acquis considérés immuables. Travailler quelques trimestres de plus, aligner les taux de CSG entre actifs et retraités, organiser les conditions d'un système assurantiel pour ceux qui le peuvent et le veulent, préserver des cadres favorables à la solidarité familiale... Finalement, peu a été dit sur ces points, et rien n'a réellement été entrepris. Règne de cigales.

Si échanges de services pour les uns<sup>7</sup>, et aides financières pour les autres<sup>8</sup>, nuancent l'approche d'une « guerre des générations », reste que la réalité serait plutôt à chercher dans la relation des Français, quelle que soit leur génération, envers l'autorité publique. Pour les seules questions relatives aux politiques de solidarité envers les plus âgés, les annonces récurrentes non suivies de réels effets sur une « grande réforme » du grand âge pourraient avoir eu pour effet de déresponsabiliser tout un chacun.

### Réformer. Vraiment ?

Comment projeter une réforme des politiques du grand âge, présentant structurellement une dynamique dépensière, avec au pied un boulet de 3 000 milliards de dette dans les comptes de la nation ? Quelle ambition projeter sans heurter une opinion publique, certes avertie, mais peu lucide sur les marges de manœuvre réelles des gouvernants en matière d'augmentation des dépenses publiques ? Les arbitrages sont certes délicats à trouver. Sur quelles autres dépenses publiques agir ? Le retour de la guerre en Europe a relégué aux calendes l'hypothèse d'une énième baisse du budget de la Défense, et les urgences sociales s'accumulent : urgence éducative, urgence médicale et hospitalière, urgence climatique, urgence judiciaire et pénitentiaire, urgences sociales de toutes natures, etc.

Près de 1,3 million de Français sont en situation de perte d'autonomie et bénéficient de l'APA, dont la moitié de façon suffisamment prononcée pour devoir être suivis au quotidien (GIR 3, 2 et 1). Ils seront 1,6 million en 2030 et 2,25 millions en 2060. Les « papy-boomers » vont passer

<sup>7</sup> La moitié des 11 millions d'aidant familiaux sont salariés.

<sup>8</sup> Plus de six Français sur dix de plus de 45 ans réalisent de dons d'argent à leurs enfants, *Baromètre auprès des Français de plus de 45 ans*, Club Landoy, 2021.

de six à onze millions de personnes de plus de 75 ans d'ici 2030. 760 000 personnes bénéficient d'un accompagnement à domicile, et près de 610 000 résident en Ehpad, soit 10 % des plus de 75 ans. D'ici 2030, ce sont 56 000 places en Ehpad qui devront être créées<sup>9</sup>. Qui peut imaginer que cela soit possible sans une prise de conscience majeure ?

### Les technos à la manœuvre

Un peu comme un médecin porterait son attention sur le squelette d'un patient atteint de dystrophie musculaire, les décideurs publics des politiques du grand âge s'intéressent plus à la sauvegarde des équilibres entre infrastructures administratives qu'aux causes de dysfonctionnements, pourtant prétextes à l'annonce, mandature après mandature, d'une « grande loi de l'autonomie » des personnes âgées. Ainsi, les maux récurrents des politiques du grand âge, que sont la complexité de la gouvernance et le déséquilibre de leur financement, passent-ils régulièrement à pertes et profits des arbitrages nationaux.

L'ingénierie administrative des dispositifs de prise en charge et de gestion des politiques du handicap et du vieillissement s'avère, en France, particulièrement « technophile ». Ainsi, à côté du chef de filât reconnu aux conseils départementaux par la loi ASV<sup>10</sup>, les Agences régionales de santé<sup>11</sup> se sont-elles vues chargées d'un nombre croissant de missions, au point de ne pouvoir tout faire, ou plutôt d'être dans l'impasse de chercher à tout faire sans en avoir les moyens. Comment s'étonner, dès lors, de leur incapacité à contrôler les maisons de retraite qu'elles ont-elles-mêmes agréées et qu'elles peinent à surveiller ?<sup>12</sup> Ainsi et à titre illustratif, avant le scandale Orpéa révélé en 2022, moins de 700 Ehpad étaient contrôlés annuellement sur les 7 500 qui composent le parc français des maisons de retraite médicalisées...<sup>13</sup>

Faute de moyens paraît-il. Si l'explication ne vaut pas excuse, elle a le mérite de révéler le désarroi profond d'une administration protéiforme, aux compétences morcelées, et non coordonnées.

Les députés s'en étaient émus pourtant<sup>14</sup>. Constatant une administration focalisée sur « l'offre de santé plus que sur la santé publique », les députés soulignaient une complexité « fortement consommatrice de ressources », le « chevauchement de compétences », dus notamment à des périmètres d'intervention, mal définis et de fait générant trop souvent des démarches inutiles de la part des acteurs de terrain car redondantes, et potentiellement porteuses de conflits de compétences entre acteurs publics. Mais si ces derniers peinent dans la surveillance, ils font preuve d'un zèle particulièrement attentif dans la constitution des dossiers d'agrément, en amont donc de l'activité, où rien n'échappe aux consignes. Et là encore, si la performance se jugeait au nombre de questionnaires transmis aux Ehpad notamment, les ARS mériteraient les félicitations du jury. Las, ce ne sont pas les questionnaires qui font la performance, mais pour ne parler que de ces outils de remontée d'informations, l'analyse faite des réponses et, le cas

---

<sup>9</sup> Rapport Sénat, 2022.

<sup>10</sup> Loi d'Adaptation de la société au vieillissement, 2014.

<sup>11</sup> Créées par la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, 21 juillet 2009, Conseil des ministres du 7 avril 2010.

<sup>12</sup> Cf. *Les Fossoyeurs*, V. Castanet, éd. Fayard, 2022.

<sup>13</sup> Rapport sénatorial, B. Bonne, M. Meunier, 2022.

<sup>14</sup> Rapport d'information de la *Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur les agences régionales de santé*, Mme A. Firmin Le Bodo, M. J-C. Grelier, 16 juin 2021.

échéant, les actions qui s'ensuivent... Des révélations récentes sur la déficience du suivi global des acteurs de la dépendance montrent à quel point nous en sommes loin.

Au fil du temps, de réformes à petits pas en renoncements, les politiques de prise en compte du vieillissement se sont concentrées sur les symptômes à minima sans entrer dans le vif du sujet de la simplification de la gouvernance, de la rationalisation de la gestion, de la soutenabilité à moyen et long termes de leur financement.

Les débats sur l'assurance individuelle, la surabondance d'institutions intervenantes, la complexité des démarches, les raisons de délai de traitement de demandes d'APA ou de PCH de plus en plus longs, ou encore de pratiques administratives dissemblables voire contradictoires d'un département à l'autre, ont été insuffisamment approfondis, voire simplement occultés.

Les parties prenantes pourtant ne manquent pas. Aux Agences régionales de santé (ARS) et à leurs délégations départementales s'ajoutent Observatoires régionaux de la santé, Cellules d'intervention en région (CIRE) de Santé publique France, Cellules de veille, d'alerte et de gestion sanitaire (CVAGS), Clic, Maïa, mais aussi Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), Directions « autonomie » des conseils départementaux, parfois des services d'agglomération ou d'inter communauté, et bien sûr, la CNSA... Vrai paradoxe, alors que, du côté de l'Etat, les ARS se sont substituées en regroupant les champs d'intervention, aux Agence régionales de l'hospitalisation (ARH), aux Missions régionales de santé (MRS), aux Groupement régionaux de santé publique (GRSP), aux Services sanitaires des directions régionales de l'action sanitaire et sociale (DRASS), aux Direction départementale de l'action sanitaire et sociales (DDASS), et aux Caisses régionales d'assurance maladie (CRAM), le chemin engagé est resté limité à des entités pour la plupart dépendantes des préfets (ministère de l'Intérieur), au profit du seul ministère de la Santé. L'articulation avec les autres institutions compétentes en matière de prise en charge des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, particulièrement les conseils départementaux reste encore à trouver. Ainsi, poursuivre la simplification en mettant en cause les prérogatives des conseils départementaux reste hors de portée.

Conséquence du manque d'articulation des institutions, le député Jean-Louis Thiérot, ancien président du Conseil départemental de Seine-et-Marne, devant les membres de la Délégation aux collectivités territoriales du Sénat<sup>15</sup> souligne que « *les ARS souffrent d'un juridisme permanent et du principe de précaution poussé à l'extrême* », ajoutant non sans humour mais avec peut-être un peu d'humeur que s'entendait lors de la crise sanitaire de la covid-19 « *le doux bruissement des parapluies s'ouvrant, au lieu de la mise en œuvre des actions nécessaires.* » Les membres du groupe de travail de l'Institut C&C ont pu également prendre connaissance de témoignages, notamment d'acteurs de terrain, allant malheureusement dans le même sens.

Enfin, les différentes lois relatives aux politiques du grand âge se sont bien gardées de s'attaquer à la disparité des champs d'intervention des institutions publiques et du système de financement. De fait, la France est le seul pays en Europe, pour ne pas dire au monde, à fractionner les financements, du soin d'un côté aux ARS, et de l'hébergement (Ehpad) d'un autre côté aux conseils départementaux. La suradministration y gagne ce que l'efficacité y perd.

---

<sup>15</sup> Audition du 28 mai 2020.

Bien entendu, l'ensemble constitue un frein à l'innovation, à la capacité d'adaptation aux situations des personnes et des territoires. Combien de temps pour permettre l'intervention de chirurgiens-dentistes dans les Ehpad ? Combien de temps pour accepter les consultations en télé-médecine dans les établissements en désert médical ? Combien de temps encore pour clarifier les rôles et les compétences de chaque institution ? Il aura fallu attendre une crise, et un Ségur de la Santé pour que certaines (pas toutes) de ces questions trouvent une oreille attentive de la part des pouvoirs publics. La fenêtre de tir de la loi 3D<sup>16</sup> qui aurait pu être un véhicule législatif pour rééquilibrer les interventions des acteurs publics dans les territoires aura été une nouvelle occasion manquée.

### Manœuvrer sans les marges

La Cour des comptes le constate : « Avec un déficit public de 6,4 points de PIB en 2021, soit plus du double de celui de 2017, et une dette publique supérieure à 110 points de PIB, la France sort de la crise sanitaire avec une situation des finances publiques parmi les plus dégradées de la zone euro (...) »<sup>17</sup>. Soulignant que la France, contrairement à ses partenaires européens, n'a pas profité des années 2017-2019 pour reconstituer des marges de manœuvre budgétaire, la Cour des Comptes recense les « marges d'efficacité » pour recouvrer une plus grande maîtrise des finances publiques, autrement dit réaliser des économies. Les enjeux sociaux sont en première ligne : retraite, assurance maladie, formation professionnelle, éducation... Autant dire qu'une augmentation du budget consacré aux politiques du grand âge à hauteur de la vague démographique qui vient, a d'ores et déjà du plomb dans l'aile.

## ■ Partie 2.- Vieillesse et approches sociétales

L'allongement de la durée de vie sera-t-il la cause d'un accroissement du risque de vieillir en situation de perte d'autonomie ? Ou, tout au contraire, l'émergence d'une avancée en âge en bonne santé, comme ce fut le cas lorsque la soixantaine apparaissait être la limite acceptable de l'activité professionnelle il y a encore quelques décennies, alors que la période de retraite passait d'une moyenne de six années à vingt-six années entre les années 60 et aujourd'hui. Comme le souligne le philosophe Pierre-Henri Tavoillot, il s'agirait alors d'être « âgé mais pas vieux »<sup>18</sup>.

### Le fait sociétal

« *Vieillir est la seule façon de ne pas mourir* ». Avec plus d'humour que de pessimisme, l'écrivain Jean d'Ormesson résume ce qu'il qualifie de « *malédiction* », nuancé immédiatement la formule par un « *il y aurait pire que mourir, ce serait de ne pas mourir* ».<sup>19</sup> La facétie oratoire de l'homme de lettres est révélatrice de l'ambiguïté de la perception sociale du vieillissement, à la fois persistance dans le présent d'un corpus historico-social dont

<sup>16</sup> Loi 3Ds relative à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration et portant diverses mesures de simplification de l'action publique locale, 9 février 2022.

<sup>17</sup> Rapport sur *La situation et les perspectives des finances publiques*, Cour des Comptes, 7 juillet 2022.

<sup>18</sup> P-H. Tavoillot, *Le grand âge est considéré de façon paradoxale dans la France d'aujourd'hui*, Le Figaro, 19 juin 2022.

<sup>19</sup> Interview, Le Parisien, 26 janvier 2016.

l'essentiel relève du passé, et injonction aux descendants de considérer ce miroir de leur propre devenir.

Lorsque l'Organisation mondiale de la santé (OMS) se penche sur la maltraitance envers les personnes âgées<sup>20</sup>, l'étude révèle la dureté du regard porté par la société sur cette période de la vie<sup>21</sup>. Cette déconsidération du vieillissement est illustrée par des chiffres accablants. Une personne âgée sur six déclare avoir subi au moins un acte de maltraitance dans son environnement familial au cours de l'année écoulée. Deux professionnels de maison de retraite sur trois admettent avoir commis un acte de maltraitance sur la même période.

« N'oublions pas que la vieillesse est une conception humaine d'un moment de la vie ; ce concept n'existe pas dans le règne animal. » Cette précision portée à la réflexion des membres du groupe de travail par l'une des personnalités auditionnées souligne la responsabilité sociale que chacun doit introspecter à l'aune de son propre comportement. Elle rejoint de façon prosaïque le travail de nombreux historiens et sociologues, dont Bernard Ennuyer qui souligne les limites d'une « construction » du « problème de la vieillesse »<sup>22</sup> sous l'angle de l'évolution démographique telle que définie au début des années 60<sup>23</sup>, estimant que les dispositifs de prise en charge de la vieillesse ne peuvent être isolés des politiques plus générales relevant du social et de l'emploi.

Au fil des décennies, à la vision univoque du « vieillard indigent » des années d'après-guerre<sup>24</sup>, s'est substituée aujourd'hui une pluralité de situation, dont celle du papy-boomer, engagé dans une retraite dont la durée est passée, entre les années 1960 et aujourd'hui, de 6 à 26 ans, et considéré grand gagnant des Trente Glorieuses<sup>25</sup>, et dont la garantie de pension de retraite sur un quart de siècle pèse directement sur les cotisations d'actifs dont le ratio est de plus en plus faible, et n'ayant pas anticipé un risque de dépendance notamment par la souscription d'une assurance individuelle... De fait, ce renversement de perspective impose aujourd'hui de sérier les différentes périodes du vieillissement, avec pour faire simple, d'un côté, celle du jeune retraité « en pleine forme », généralement propriétaire, consommateur averti, électeur mobilisé, en capacité d'aider en services ou financièrement ses descendants, et dont la génération – rappelons-le – est en France la première à capter l'essentiel de l'épargne et du patrimoine. D'un autre côté, les personnes âgées en perte d'autonomie, soutenues financièrement par la solidarité nationale, mobilisant près de 1,4 million de professionnels de l'aide à l'autonomie et

---

<sup>20</sup> « La maltraitance des personnes âgées consiste en un acte unique ou répété, ou en l'absence d'intervention appropriée, dans le cadre d'une relation censée être une relation de confiance, qui entraîne des blessures ou une détresse morale pour la personne âgée qui en est victime. Ce type de violence constitue une violation des droits humains et englobe les violences physiques, sexuelles, psychologiques ou morales ; les abus matériels et financiers ; l'abandon ; le défaut de soins ; et l'atteinte grave à la dignité ainsi que le manque de respect. », OMS.

<sup>21</sup> *Tackling abuse of older people: five priorities for the United Nations Decade of Healthy Ageing (2021–2030)*, OMS, 2022.

<sup>22</sup> *La discrimination par l'âge des « personnes âgées » : conjonction de représentations sociales majoritairement négatives et d'une politique vieillesse qui a institué la catégorie « personnes âgées » comme posant problème à la société*, B. Ennuyer, Revue des Droits de l'Homme, n°17, 2020.

<sup>23</sup> Rapport P. Laroque, 1961, réédition éd. L'Harmattan, 2014.

<sup>24</sup> Cf. E.Feller, *Vieillesse et société dans la France du premier XXe siècle 1905-1953*, thèse d'histoire sous la direction de M. Perrot, Université Denis-Diderot, 1997.

<sup>25</sup> Voir notamment : *Du rapport Laroque à la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement : cinquante-cinq ans de politique vieillesse en France*, A. Grand, Vie Sociale, n°15, 2016.

11 à 13 millions de proches-aidants, dont 40 % indiquent avoir renoncé à une opportunité professionnelle pour assumer cette aide à un proche âgé<sup>26</sup>.

Vue ainsi, l'approche sociétale du concept de vieillissement pose la question du niveau d'acceptabilité d'une solidarité intergénérationnelle tant des ascendants vers les descendants que l'inverse. Avec une proportion d'actifs de plus en plus faible au regard du nombre d'inactifs, et alors que l'équilibre financier des dispositifs de solidarité repose encore en majorité sur les cotisations des premiers, la question n'est pas neutre.

Transformée en 2020 en branche de la sécurité sociale<sup>27</sup>, la CNSA dispose d'un budget de 32,2 milliards d'euros (2021) finançant à quasi-parité les dispositifs d'aide aux personnes âgées en perte d'autonomie (13,6 Md€) et les personnes en situation de handicap (12,4 Md€).

### **Actifs et retraités : comment partager l'effort ?**

Cela a été dit et est entendu : le système de retraite par répartition s'appuie sur la solidarité entre les générations. Les actifs payent pour les retraités. Depuis la journée de solidarité institué en 2004 (le lundi de pentecôte), les salariés donnent un jour de salaire participant ainsi au financement de l'autonomie (handicap et grand âge). Depuis 2013, les retraités sont aussi assujettis à une Contribution sociale pour l'autonomie de 0,4 % (CASA). En sont cependant exonérés au tiers des retraités dont la pension est inférieure à 1 200 € par mois. Avec plus de 2 milliards d'euros collectés auprès des salariés et près de 800 millions d'euros auprès des retraités, la journée de solidarité rapporte près de 3 milliards aux finances publiques. A ce rythme, il faudrait deux, voire trois journées de solidarité supplémentaires pour atteindre l'équilibre budgétaire des politiques de l'autonomie.

L'autre contribution, plus importante, est tirée de la CSG, via l'enveloppe médico-sociale de l'assurance maladie. Là encore les retraités sont moins ponctionnés que les actifs. Le taux de leur CSG est inférieur.

### **L'articulation des acteurs : jusqu'où aller ?**

Une réflexion devant apporter des réponses à la problématique de l'articulation des acteurs des politiques de l'autonomie a été menée en 2021, suite à une lettre de mission remise par le ministre à l'administration centrale<sup>28</sup>. Le rapport remis au ministre en 2022<sup>29</sup> propose la création d'un service public territorial de l'autonomie.

La réponse suggérée par le rapport ministériel consiste, en vingt-et-unes recommandations, à bâtir un « service public territorialisé de l'autonomie ». Que l'on soit sceptique ou confiant, l'approche sera considérée de la même façon, peu imaginative, de fait très conventionnelle.

La nécessité d'une réforme est avérée. Mais en se limitant à penser la complexité institutionnelle du système dans une approche d'articulation et non d'évolution des champs de compétences respectifs entre l'Etat (ARS, CNSA) et les conseils départementaux, le rapport propose l'aménagement de l'existant sans aller jusqu'à soutenir une refonte des rôles des acteurs publics.

<sup>26</sup> Etude OCIRP / Viaoice, Salariés aidants et dialogue social, 2021.

<sup>27</sup> Loi organique n°2020-991, et loi n°2020-992 créant la 5<sup>e</sup> branche de la sécurité sociale, 7 août 2020.

<sup>28</sup> 30 décembre 2020, « Autonomie et parcours ».

<sup>29</sup> 17 mars 2022.

L'intention des observateurs publics, ainsi que le souligne le rapport, est louable. La hauteur des enjeux appelle néanmoins une ambition soutenue allant, comme le propose le groupe de travail de l'Institut C&C, au-delà d'un « pacte entre collectivités territoriales et Etat » pour l'articulation des interventions de chaque acteur public des politiques du grand âge, mais aussi dans la révision législative de leur champ de compétences. Comme le met en lumière et le propose le groupe de travail de l'Institut C&C, cette nécessité est certes plus complexe à mettre en œuvre mais elle est impérative.

### **Grand-âge : des métiers en désamour**

Les dépenses publiques d'aide aux établissements et services œuvrant auprès des personnes âgées auront été augmentées de 5 % en 2023, soit de 800 millions d'euros<sup>30</sup>, auxquels s'ajouteront 700 millions d'euros destinés aux politiques d'accompagnement et de compensation du handicap. Si 170 millions seront fléchés vers l'amélioration de l'attractivité des métiers du grand-âge, ils n'iront essentiellement que dans le soutien financier aux métiers en Ehpad ; une fois encore, et comme ce fut le cas lors des arbitrages du Ségur de la santé, les difficultés de recrutement de professionnels du grand-âge travaillant au domicile des personnes en perte d'autonomie, sont oubliées. Néanmoins, est espérée ainsi l'ouverture de plus de 3 000 postes d'aides-soignants et auxiliaires de vie en Ehpad dans l'année, à rapprocher du nombre de 7 000 Ehpad en activité en France, soit une moyenne d'un poste et demi par établissement... L'effort est loin des besoins réels. Il est loin aussi de l'annonce faite lors de la campagne présidentielle de 2022 par Emmanuel Macron d'un Plan national de recrutement de 50 000 infirmiers avant la fin du mandat... Difficile de voir grand quand manquent les financements. Difficile d'être ambitieux en l'absence de choix suffisamment préparés. Il y a un temps pour faire des choix. Il y en a un autre pour regretter de ne pas les avoir faits... avant d'enfin agir.

### **Infirmiers : un périmètre d'actions restreint**

Si le financement – y compris celui de la revalorisation des professionnels –, est désormais l'urgence, le contexte administratif du secteur n'aide pas à trouver les voies de valorisation relevant moins de l'argent que de la méthode. L'expérience de douze départements qui auront vu leurs hôpitaux publics fonctionner avec moins de cinquante infirmiers pour 10 000 habitants, est à ce titre édifiant. En prenant en compte l'ensemble des personnels soignants, la France dispose en moyenne de 336,5 professionnels pour 10 000 habitants à comparer à la moyenne européenne de 400 soignants pour 10 000 habitants<sup>31</sup>. L'APHP comptabilise 1 400 postes vacants d'infirmiers dans ses établissements.

Une étude du ministère de la Santé et des Solidarités indiquait déjà en 2018, sur la base de chiffres de 2015, les difficultés de recrutements de près d'un Ehpad sur deux (44 %) en personnels soignants<sup>32</sup>. Constatons que sept ans plus tard, la situation n'a pas été redressée et s'est même aggravée.

L'insuffisance du nombre d'infirmiers relève en partie du manque d'attractivité d'un métier éprouvant et peu valorisé, constat auquel s'ajoute une certaine désaffection pour l'univers de travail au sein d'établissements, qu'ils soient publics ou privés.

---

<sup>30</sup> Projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2023.

<sup>31</sup> Etude *Human resources for health*, The Lancet, 2019.

<sup>32</sup> Etude et Résultats n°1067, *Le personnel et les difficultés de recrutement dans les Ehpad*, 13 juin 2018

Pour autant, les auditions menées par le groupe de travail ont mis l'accent sur des systèmes et expérimentations prometteurs en termes de valorisation de ces métiers. Ainsi, par exemple, l'instauration d'équipes d'infirmiers dites « mobiles » permet de démultiplier les interventions en Ehpad. Les infirmiers sont formés au système d'information qui leur permet de collecter les besoins qui leurs sont signifiés, et de les partager avec un médecin traitant, gériatre. Le dispositif mis en place en collaboration entre la structure de terrain et certains conseils départementaux au titre de l'expérimentation dite « article 51 », permet de maintenir un service infirmer au sein d'Ehpad en difficulté de recrutement, et de préserver tout à la fois la fonction de prévention et dépistage avec celle du contrôle du soin. Le coût estimé de 100 € mensuels par personne âgée suivie est largement en dessous ce celui de l'hospitalisation.

En baissant de 10 à 15 % le taux d'hospitalisation des personnes âgées en France, ce coût serait largement couvert.

### **Vieillesse et industrie de la donnée**

L'art est toujours difficile. Surtout quand les bonnes intentions se heurtent aux réalités. La collecte, l'agrégation et l'analyse des données souhaitées par les rédacteurs du rapport ministériel répondent à la logique d'une action appuyée sur une connaissance actualisée de la situation de la personne aidée et dans le cadre du suivi de son parcours de soins et services.

Le fléchage des systèmes informatiques « MDPH » et « APA » vers cette fonction d'actualisation de l'information, permettrait en effet d'apporter une réponse plus efficiente aux situations vécues par les personnes âgées et de mieux anticiper leur évolution. Il convient d'intégrer dans le raisonnement la présence de plus en plus prononcée dans l'environnement des personnes âgées et de leur proches aidants, familiaux ou professionnels, d'outils numériques fortement collecteurs de données et échappant en grande partie au cadre de la réglementation de protection des données personnelles et sensibles.

Plusieurs professionnels auditionnés par le groupe de travail C&C soulignent qu'aides-soignants, aides à domicile, personnels intervenants en établissement utilisent – comme c'est d'ailleurs le cas en dehors des activités professionnelles –, les applications privées, les réseaux sociaux, des logiciels d'échange de donnée, etc., dans l'exercice de leur profession auprès des personnes âgées ou handicapées. En bref, les outils proposés pour l'essentiel par les Gafam sont également des outils utilisés à des fins professionnelles, pour échanger entre professionnels, mais aussi avec les tiers, proches aidants, usagers de messageries instantanées et autres dispositifs peu sécurisés. Ces applications sont d'ores et déjà des vecteurs quotidiens d'informations personnelles, souvent à caractère sensible, parfois de santé. Leur substituer des solutions numériques spécifiques paraît de fait pour le moins délicat. D'autres voies pourraient être plus efficaces : informer et sensibiliser, mais aussi penser « le coup d'après », la responsabilisation des fournisseurs de ces dispositifs ; objectif délicat à atteindre également certes, mais plus efficace que la restriction de n'utiliser que des applications spécifiques créées *ex nihilo* avec, par construction, de faibles chances de succès.

La réflexion doit plus porter sur l'articulation entre une régulation déterminée par les pouvoirs publics et les outils « grand public » échappant en grande partie aux garanties de confidentialité mais dont les usages sont désormais ancrés dans les réalités quotidiennes des personnes, aidants professionnels comme proches-aidants.

Par ailleurs, les membres du groupe de travail soulignent l'importance de ne pas complexifier les interfaces dématérialisées qui seraient mises en œuvre dans le cadre des relations entre allocataires, proches-aidant, professionnels intervenants, et administrations, alors qu'un tiers des Français indiquent avoir renoncé à une démarche administrative en ligne dans les douze derniers mois<sup>33</sup>.

### **Le rôle des entreprises et des branches professionnelles**

Si le risque de perte d'autonomie lié au grand âge apparaissait, dans un premier temps, assez éloigné du monde du travail, la prise en compte de la situation d'aidant s'inscrit de plus en plus dans la réalité des actifs.

Depuis la reconnaissance du statut du proche-aidant par la loi ASV, le regard porté sur ces situations a évolué pour intégrer progressivement les situations vécues par les salariés-aidants. De fait, en considérant l'ensemble des situations d'aidants, qu'ils soient inactifs, retraités, actifs passés en temps partiel ou restés à temps-plein, 43 % des aidants ont moins de 50 ans, la majeure partie d'entre eux étant encore en activité dans le monde du travail.

Le fait que 5 millions d'aidants travaillent encore pose la question de l'impact du vieillissement sur l'activité des salariés et, plus largement, sur l'activité économique. En France, l'OCIRP indique que près de quatre salariés aidants sur dix ont renoncé à une opportunité professionnelle<sup>34</sup>.

Plus d'un tiers des salariés-aidants souhaiteraient disposer de congés par intermittence pour gérer un imprévu alors qu'ils sont plus de huit sur dix à regretter un manque d'information sur les droits et démarches. Lors de l'audition par le groupe de travail de l'Institut C&C, l'OCIRP a indiqué que 86 % des partenaires sociaux interrogés lors de l'étude ont estimé que la branche professionnelle leur semblait être un niveau de négociation pertinent sur ce sujet.

Faut-il favoriser la participation financière des entreprises pour la protection de leurs salariés contre leur propre risque de perte d'autonomie ? C'est le cas désormais pour les assurances complémentaires « santé ». Depuis 2016, les entreprises doivent contribuer à la moitié des cotisations mutuelles ou assurance santé proposée à leurs salariés. Pour la dépendance liée au grand-âge la difficulté tient au fait qu'au moment où la perte d'autonomie survient, le retraité n'a plus aucun lien avec son ancien employeur.

Certains organismes d'assurance complémentaire proposent d'ores et déjà un contrat collectif permettant aux salariés d'acquérir des droits à l'indemnisation même après un départ de l'entreprise ou le passage à la retraite. Le faible montant de la cotisation et la durée limitée d'acquisition des droits (lié à l'emploi) restreint nécessairement le montant des primes versées lors de la perte d'autonomie. Ainsi, la prime moyenne versée reste de l'ordre d'une centaine d'euros bien inférieur au coût réel de la dépendance. A court et moyen terme, cela ne peut donc être la principale couverture individuelle face au risque de perte d'autonomie.

Les autres formules d'assurance privée « dépendance » se sont développées depuis vingt ans mais ne concernent qu'une minorité de personnes âgées. L'ignorance du risque et le coût des cotisations sont des freins au développement de ces assurances.

---

<sup>33</sup> Insee Focus, n°267, *Un tiers des adultes a renoncé à effectuer une démarche administrative en ligne en 2021*, mai 2022.

<sup>34</sup> Etude *Salariés aidants et dialogue social*, OCIRP / Viavoice, 2021.

Contrairement à la santé où le déclenchement du remboursement par les mutuelles est lié à celui de l'assurance maladie de la Sécu, l'articulation des deux prises en charge n'existe pas pour le risque de perte d'autonomie.

C'est l'inverse de la santé dont la Sécu prend à 100 % des soins pour les Affections de longue durée (ALD).

Les négociations entre assureurs privés et pouvoirs publics n'ont pas abouti à une définition commune des critères de perte d'autonomie. Les assureurs craignant une dérive « sociale » affectant aux acteurs du secteur des coûts et des responsabilités relevant par nature de l'action et du financement public, notamment dans le mode d'attribution et de financement de l'APA, et les pouvoirs publics restant peu diserts sur les garanties qu'ils pourraient livrer en réponse à cette crainte

■

## ■ Partie 3.- Préconisations

### Gouvernance

---

**Mesure 1.-** *Placer les ARS sous l'autorité des Préfets.* Intégrer une place pour les élus locaux dans la gouvernance.

**Mesure 2.-** *Mieux répartir les compétences et missions entre les conseils départementaux et les ARS,* notamment sur la répartition entre actions de soins et actions de prévention, en permettant des adaptations en fonction des territoires et des initiatives locales.

**Mesure 3.-** *Accélérer le développement des Communautés professionnelles de territoires de santé (CPTS),* alors que seulement 1 000 sont actuellement créées sur l'ensemble du territoire, en déterminant le chef de file seul capable de prendre en charge et d'animer ce dispositif pluri-acteurs.

**Mesure 4.-** *Inclure dans le périmètre du contrôle des Ephad, publics et privés (associatifs et entrepreneuriaux), les éléments de gestion au niveau de la société-mère,* ou à laquelle ils sont affiliés. Les ARS n'étant pas autorisée par la loi à inclure ces éléments dans leur mission de contrôle, ces recherches pourraient être effectuées, en l'absence d'évolution législative, par l'Inspection générale de affaires sociales (Igas) et/ou l'Inspection générale des finances (Igf).

### Financement

---

**Mesure 5.-** *Sortir de la T2A dont les indicateurs n'ont pas évolué depuis 20 ans, pour aller sur une logique de forfaitisation.*

**Mesure 6.-** *Aligner le taux de CSG des retraités sur celui des actifs.* Les retraités étant les premiers concernés par le risque de perte d'autonomie, il est incompréhensible que, pour le même revenu, ils contribuent moins que les plus jeunes. Le recul de l'âge de passage annoncé lors de la campagne Présidentielle 2022, devait générer 9 milliards d'euros d'économie pour le régime de retraite permettant de dégager les marges de manœuvres budgétaires pour une réforme de l'autonomie annoncée pour être engagée dans le foulée. La perspective étant compromise, l'effort de financement doit intégrer un surcroît de participation de la part des retraités, afin de le porter au même niveau que celui des actifs. A noter que cette éventuelle économie aurait d'abord équilibré les comptes de la CNAV et autres régimes de retraite ; pas du tout certain que cela ait dégagé un plus pour l'« autonomie ».

**Mesure 7.-** *Investir dans la prévention est générateur d'économie.* Renforcer la prévention par des actions ciblées d'information sur l'évitement des chutes accidentelles à domicile, notamment en réduisant le nombre d'acteurs intervenants sur le sujet, améliorerait la visibilité

et la compréhension du message public. A politique inchangée, le coût des chutes à domicile de personnes âgées entre 2021 et 2031 en France aura été de 1,5 milliard d'euros, réparti en près de 460 millions d'euros en équipement post-traumatisme (fauteuils roulants, etc.), près de 298 millions d'euros d'accompagnement par la Cnav, 135 millions d'euros via l'Agirc-Arrco, 226 millions d'euros pour les dispositifs suivis directement par l'Etat, etc. La prévention doit aussi prendre en compte la nécessité de développer le parc de logements adaptés notamment par un accès simplifié aux aides.

## Métiers, éthique et citoyenneté

---

**Mesure 8.-** *Encourager les passerelles entre les disciplines, par exemple droit et médecine, afin de mieux choisir à la fin de la première année d'études supérieures*

**Mesure 9.-** *Permettre au médecin coordinateur en Ehpad de réaliser des soins.*

**Mesure 10.-** *Entrer dans une logique de parcours pour une médecine de prévention en privilégiant l'intervention d'infirmiers mobiles en Ehpad et à domicile.*

**Mesure 11.-** *Revaloriser le métier d'infirmier, permettre des délégations de tâches.*

**Mesure 12.-** *Supprimer les grades professionnels attachés aux métiers, leur utilité dans la valorisation et la pratique quotidienne du métier n'étant pas avérée, mais dont la pérennisation stérilise le marché, empêchant notamment la création de services et leur déploiement ; consultants, régulateurs, superviseurs coûtent cher pour peu de valeur ajoutée et empêchent l'innovation. Privilégier la coordination d'acteurs opérationnels qui, en réalité, effectuent les tâches.*

**Mesure 13.-** *Porter une vision systémique par la mise en place de grilles de métiers actualisées, et pérenniser les procédures administratives simplifiées mises en œuvre lors de la crise sanitaire de la covid-19, notamment pour permettre des passerelles entre les métiers.*

**Mesure 14.-** *Evaluer la plus-value du recours à des infirmiers mobiles sur la base d'un objectif de baisse de 10 % du temps d'hospitalisation.*

**Mesure 15.-** *Sensibiliser les acteurs professionnels du grand-âge à la qualité des conditions d'échange avec les proches-familiaux de la personne en situation de perte d'autonomie.*

■

## Annexes

### Ce rapport fait suite :

- au rapport de contributions « au débat préparatoire au projet de loi « 5<sup>e</sup> branche / 5<sup>e</sup> risque », remis à la mission Igas/Igf en juillet 2020<sup>35</sup> ;
- à la table ronde « Une branche de la sécurité sociale pour l'autonomie des personnes âgées et en situation de handicap : les conditions de la réussite »<sup>36</sup>, organisée par l'Institut Chiffres & Citoyenneté le 15 mars 2021, avec pour intervenants, Marie-Anne Montchamp, ex-ministre, présidente de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), Marc Bourquin, directeur de la stratégie à la Fédération hospitalière de France -FHF), Pierre Mayeur, directeur général de l'OCIRP, Pr Gilles Berrut, fondateur et ancien-président du Gérontopole des Pays de la Loire, Michel Taube, fondateur et directeur de l'Opinion Internationale.

### Entre autres professionnels et personnalités auditionnées :

- Arnaud Dugluë, directeur général d'Arche MC2 ;
- Dan Grünstein, fondateur de Tok Tok Doc ;
- Jean-Manuel Kupiec, directeur général-adjoint de l'OCIRP ;
- Jérôme Pigniez, fondateur de On Medio, Trophées de la Silver Economie ;
- Yves Montenay, démographe ;
- Cathy Rougeau, aide-soignante ;
- Guillaume Staub, fondateur de Prev&Care.

### **Sur le même sujet également**

#### Lire

*Contribution de l'Institut Chiffres & Citoyenneté  
au débat préparatoire au projet de loi « 5<sup>e</sup> branche / 5<sup>e</sup> risque »  
Juillet 2020*

#### Visionner

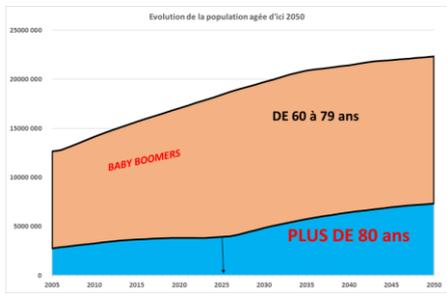
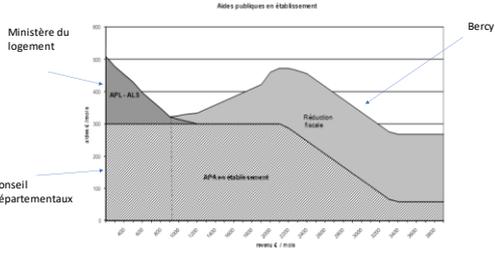
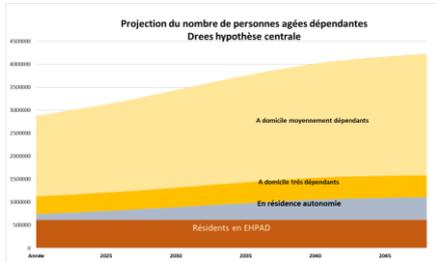
Table ronde de l'Institut Chiffres & Citoyenneté

[Table ronde : une 5e branche de la sécurité sociale, quelles conditions pour réussir ? - Institut Chiffres & Citoyenneté  
\(chiffres-citoyennete.fr\)](https://www.chiffres-citoyennete.fr/articles/sante/politiques-du-grand-age-linstitut-cc-donne-la-parole-aux-parties-prenantes/)

<sup>35</sup> <https://www.chiffres-citoyennete.fr/wp-content/uploads/2020/08/CC.contribution5eRisque250720.pdf>

<sup>36</sup> <https://www.chiffres-citoyennete.fr/articles/sante/politiques-du-grand-age-linstitut-cc-donne-la-parole-aux-parties-prenantes/>

Annexe

<p>C &amp; C Groupe de travail du 26 mars 2022</p> <p>Quelques données</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Démographie</li> <li>• genèse de la politique pour d'autonomie</li> <li>• réformes ajournées</li> </ul>	<p><b>Historique de la prise en charge de la perte d'autonomie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- années 1990 médicalisation des maisons de retraite + expérience prestation spécifique dépendance ( C G )</li> <li>- 2002 Création de l'APA( domicile et établissement)</li> <li>- non financée à cause de l'abandon recours sur succession</li> <li>- 2003 La canicule dans les EHPAD entraîne</li> <li>- 2004 contribution sociale autonomie 0,3 % ( lundi de pentecôte) création de la CNSA( personnes âgées et handicapées )</li> <li>- 2005 loi handicap ( Chirac ) droit à la compensation</li> <li>- 2010 Projet de loi dépendance ( Sarkozy ) <b>ajourné</b> à cause de la crise 2008</li> <li>- 2014 loi ASV ( pour le domicile )</li> <li>- 2021 Création de la 5ème branche sans nouveau financement</li> <li>- 2022 Toujours pas de loi</li> </ul>
	<p><b>Les aides publiques en EHPAD ne sont pas coordonnées</b></p> 
<p><b>La loi de 2010 ajournée</b></p> <p><b>objectif</b> : alléger le reste à charge des familles à domicile ( augmentation APA pour les plus dépendants) Augmenter en lissant les aides en EHPAD</p> <p><b>moyens</b> : mise en place d'un recours sur successions ( optionnel et plafonné ) Cout APA à domicile + 1,1 milliard Aide en EHPAD + 2,3 milliards Recours sur succession - 1,9 milliard au total <b>1, 5 milliard</b></p>	
<p>Actuellement, le <b>coût de la dépendance est estimé à 30 milliards (1,5 % du PIB)</b> - il pourrait augmenter à 3 % du PIB d'ici 2050 sous le seul effet démographique.</p> <p>A cela s'ajouteraient les demandes souvent légitimes du secteur professionnel augmentation du taux d'encadrement en EHPAD, revalorisation des salaires peu attractifs des professions des services à la personne.</p> <p>On compte 730.000 résidents en EHPAD (<b>une génération</b>) Ils y entrent à l'<b>âge moyen de 85 ans</b>.</p> <p>La durée moyenne des séjours de <b>3 ans</b>.</p> <p><b>Un quart de l'ensemble des personnes âgées décèdent en EHPAD.</b></p> <p>le coût des EHPAD se décompose en trois postes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Les soins financés par l'assurance maladie (1300 € / mois). Ils sont inscrits au PLFSS</li> <li>➢ La dépendance ( 500 €/mois) payée en grande partie par l'APA des départements</li> <li>➢ Le coût de l'hôtellerie et de la restauration (50 € à 150 € par jour)</li> </ul> <p>Ce coût d'hébergement est à la charge des résidents. Il s'élève en moyenne à 1800 € par mois soit plus que la retraite moyenne (1500 €).</p> <p>Seuls 20 % des résidents ont des revenus suffisants. 60 % sont aidés par la famille, tirent sur leur épargne ou louent leur logement s'ils sont propriétaires veufs.</p> <p>Les 20 % restants bénéficient de l'aide sociale des départements (récupérable sur succession)</p>	<p>Ce coût d'hébergement est à la charge des résidents. Il s'élève en moyenne à 1800 € par mois soit plus que la retraite moyenne (1500 €). Seuls 20 % des résidents ont des revenus suffisants. 60 % sont aidés par la famille, tirent sur leur épargne ou louent leur logement s'ils sont propriétaires veufs.</p> <p>Les 20 % restants bénéficient de l'aide sociale des départements (récupérable sur succession)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>A domicile</b> 800.000 personnes perçoivent l'APA du département Son montant dépend du niveau de dépendance (GIR 1 à 4) et décroît avec les revenus (ticket modérateur).</li> </ul> <p>Les départements décident du montant horaire de l'aide apportée par l'APA (19 € par heure) Il est parfois inférieur au coût pour les services d'aide à domicile, plaçant ceux-ci en difficulté.</p> <p>La différence est le reste à charge pour la personne. Il critiqué par les associations de personnes âgées et une partie des professionnels du secteur.</p>

## Nous suivre sur Internet et les réseaux sociaux



[www.chiffres-citoyennete.fr](http://www.chiffres-citoyennete.fr)



[www.linkedin.com/company/institut-chiffres-&-citoyenneté](http://www.linkedin.com/company/institut-chiffres-&-citoyenneté)



[www.twitter.com/Institut C C](http://www.twitter.com/Institut_C_C)

