

Cour des comptes



ENTITÉS ET POLITIQUES PUBLIQUES

# LA PRÉVENTION DE LA PERTE D'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES

Construire une priorité partagée

Rapport public thématique

Synthèse

Novembre 2021

 **AVERTISSEMENT**

**Cette synthèse est destinée à faciliter la lecture et l'utilisation du rapport de la Cour des comptes.**

**Seul le rapport engage la Cour des comptes.**

**Les réponses des administrations, des organismes et des collectivités concernés figurent à la suite du rapport.**

# Sommaire

<b>Introduction</b> .....	<b>5</b>
<b>1</b> La situation actuelle : on vit plus vieux en France qu'ailleurs mais pas nécessairement en meilleure santé. ....	<b>7</b>
<b>2</b> La dispersion des intervenants prive de ses effets opérationnels une politique pourtant consensuelle sur le fond .....	<b>11</b>
<b>3</b> Mieux structurer la prévention .....	<b>15</b>
<b>Recommandations</b> .....	<b>17</b>



# Introduction

La prévention de la perte d'autonomie a été amplement abordée depuis dix ans, dans des travaux parlementaires<sup>1</sup>, ceux de chercheurs et spécialistes d'horizons divers et dans des rapports administratifs. Les analyses sont souvent convergentes, notamment pour souligner l'importance du vieillissement prévisible de la population mais aussi l'aspiration de celle-ci à vivre, de manière autonome, à domicile, le plus longtemps possible.

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

---

<sup>1</sup> Dont le rapport d'information de M. Bernard Bonne et Mme Michelle Meunier au nom de la commission des affaires sociales du Sénat (mars 2021).





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

L'enquête de la Cour se situe en amont de la perte d'autonomie puisqu'elle traite de sa prévention. En termes médico-sociaux, la cible ainsi visée est celle des personnes encore autonomes pour les actes essentiels de la vie (GIR 6)<sup>2</sup> ou nécessitant seulement une aide ponctuelle (GIR 5). Des comparaisons ont été menées avec sept autres pays et la Cour s'est également appuyée sur un comité d'experts.

La population française vieillit, comme celle des pays de l'OCDE en général et ce vieillissement va s'accélérer avec l'arrivée des classes

nombreuses du *baby boom* à l'âge où survient le plus souvent la perte d'autonomie, soit au-delà de 85 ans. La France comptait 100 centenaires en 1900, 1 120 en 1970 ; ils sont actuellement 26 300 et approcheront 200 000 en 2060.

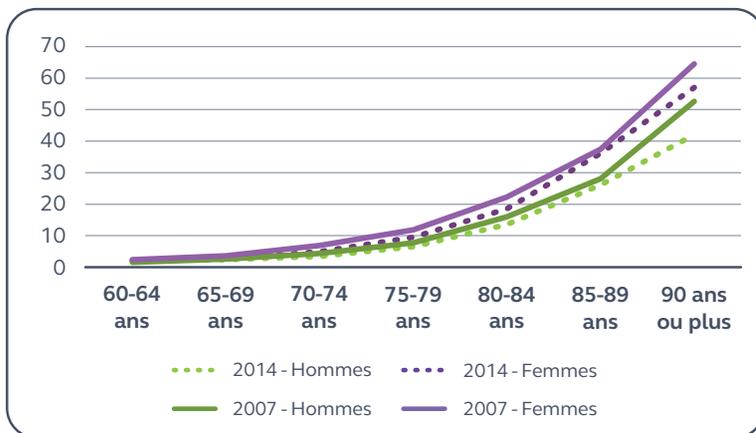
Bien qu'elle augmente statistiquement avec l'âge (cf. graphique suivant), la perte d'autonomie n'est pas la conséquence inéluctable du vieillissement. Par conséquent sa prévention est à la fois indispensable, compte tenu de l'évolution démographique attendue, et réalisable.

---

<sup>2</sup> Les degrés de perte d'autonomie sont classés en six groupes iso-ressources (GIR) auxquels correspondent des besoins d'aides différents. Seuls les GIR 1 à 4 ouvrent droit à l'APA. La personne relevant des GIR 5 (besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage) ou 6 (encore autonome pour les actes essentiels de la vie courante) n'a pas droit à l'APA mais peut demander une aide à sa caisse de retraite.

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

Prévalence de la perte d'autonomie entre 2007 et 2014 par sexe



Source : Cour des comptes d'après données Drees

Note de lecture : la prévalence d'un score Vie Quotidienne Santé > 40<sup>3</sup> est de 12 % chez les femmes de 75-79 ans en 2007 contre 10 % en 2014.

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

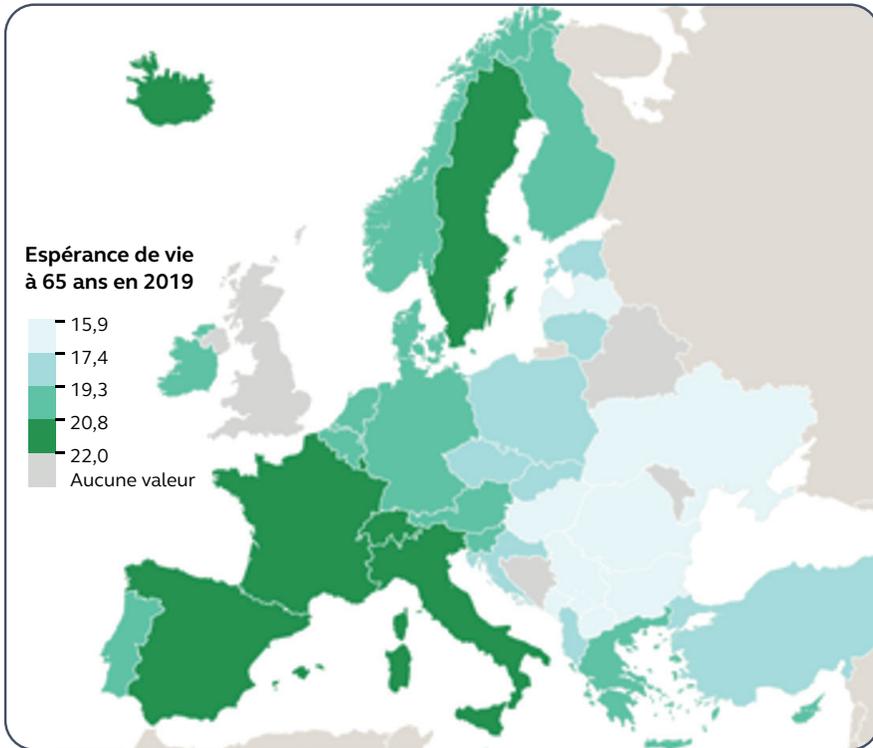
les années de vie en bonne santé représentent la moitié seulement de cette durée espérée alors que bien d'autres pays – onze en Europe – font mieux.

L'espérance de vie à 65 ans est certes plus longue en France que dans les autres pays européens. En revanche,

<sup>3</sup> Le « score VQS » est calculé pour synthétiser en un seul chiffre les difficultés rencontrées par les personnes âgées (limitation fonctionnelle physique, sensorielle, cognitive, maladie chronique). Un senior déclarant de fortes limitations pour de nombreuses activités aura ainsi un score VQS élevé. Une personne ayant un score VQS supérieur à 40 est en situation de perte d'autonomie (source : M. Brunel – A. Carrère, « Incapacités et perte d'autonomie des personnes âgées en France : une évolution favorable entre 2007 et 2014 », cahiers de la Drees n° 13, mars 2017).

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

## Espérance de vie à 65 ans en 2019



Source : Cour des comptes d'après données Eurostat

La Cour a calculé qu'un gain d'un an d'espérance de vie sans incapacité (EVSI) ferait économiser 1,5 Md€ environ dans les dépenses de l'assurance maladie<sup>4</sup>. Outre le

bénéfice individuel et collectif pour les personnes concernées, ces enjeux financiers légitiment l'intervention publique en matière de prévention de la perte d'autonomie.

<sup>4</sup> La Cour a estimé grâce au modèle Pandore de projection des dépenses de santé, le gain d'une année d'espérance de vie sans incapacité sur la période 2021-2031. En l'absence de données sur les dépenses médico-sociales moyennes par âge, cette estimation ne prend pas en compte les économies en matière d'APA, d'hébergement ou d'accueil de jour liées à l'amélioration d'un an de l'EVSI. Elle est donc minorée.





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

Les acteurs participant, sous une forme ou sous une autre, à la prise en charge de la prévention de la perte d'autonomie sont très nombreux (conseils départementaux, caisses de retraite, agences régionales de santé, caisses primaires d'assurance maladie, Agence nationale de l'habitat, communes et établissements de coopération intercommunale, conseils régionaux, bailleurs sociaux, mutuelles, associations nombreuses...). Un début de restructuration a certes eu lieu en 2015 avec la création, par la loi d'adaptation de la société au vieillissement (dite loi ASV) du 28 décembre 2015, des

conférences des financeurs, présidées par les présidents des conseils départementaux. L'action sociale des caisses de retraite, quant à elle, a entamé un processus d'association en « inter-régimes<sup>5</sup>». L'ensemble est cependant encore foisonnant, administrativement complexe, désordonné dans sa progression. On ne sait du reste pas évaluer le montant des dépenses engagées au titre de la prévention de la perte d'autonomie. La Cour l'estime à près de 1,5 Md€ par an, dont près de 460 M€ pour les « aides techniques » (fauteuils, déambulateurs, cannes...) de l'assurance maladie et près de 300 M€ pour l'action sociale de la Cnav).

---

<sup>5</sup> L'inter-régimes des caisses de retraite consiste en la coordination, à compter de 2011, de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav), de la mutualité sociale agricole (MSA) et du régime social des indépendants (RSI) afin de délivrer une information commune aux retraités et d'organiser des actions et des ateliers collectifs de prévention.

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

Estimation des dépenses de prévention de la perte d'autonomie  
(2019 ou 2020 selon la source)

Financeurs	M€
Conférence des financeurs	203
Action sociale Cnav <sup>6</sup>	297
Action sociale Agirc-Arrco	135
Action sociale MSA	42
Action sociale CNRACL	130
Action sociale fonction publique de l'État	2,3
Adaptation logement y compris crédits	224
Aides techniques assurance maladie	458
<b>Total</b>	<b>1 491</b>

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

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

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

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

<sup>6</sup> Hors dépenses « habitat et cadre de vie » figurant dans la ligne « Adaptation logements ».

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

Il y a aussi consensus pour insister sur la prévention des chutes des personnes âgées, cause de plus de 10 000 décès de personnes de plus de 65 ans tous les ans. La France connaît une incidence des accidents frappant l'extrémité du fémur plus forte que le Royaume-Uni, les Pays-Bas ou le Danemark. Le surcoût de dépenses de santé associées à la prise en charge des « patients chuteurs » dépasse, selon les travaux menés par le CHU de Toulouse en collaboration avec la Cour, 0,9 Md€ l'année qui suit l'accident. On peut agir dans le sens de la prévention, notamment en limitant la iatrogénie<sup>7</sup> médicamenteuse, en aménageant le domicile, en faisant pratiquer une activité physique adaptée, mais la France néglige ce domaine ; elle n'a d'ailleurs plus d'objectif de santé publique en la matière et pas de suivi centralisé (recommandation n° 2).

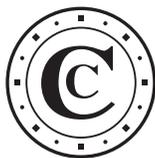
L'objectif, consensuel lui aussi, de favoriser le maintien à domicile grâce à l'adaptation du logement se heurte à plusieurs facteurs d'inertie ou d'inefficience : trop grande complexité pour les bénéficiaires potentiels, absence de suivi (ni le besoin ni le nombre de logements adaptés ne sont connus),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

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

---

<sup>7</sup> La iatrogénie est définie comme la conséquence néfaste pour la santé résultant de l'intervention médicale (erreurs de diagnostic, prescription inadaptée, complications d'un acte thérapeutique) ou de l'utilisation d'un produit de santé. On note en particulier le lien entre l'usage des psychotropes et l'occurrence des chutes. Les chercheurs estiment par ailleurs qu'environ de 400 000 cas de dépendance iatrogène, acquise lors d'un séjour hospitalier, seraient évitables chaque année chez les personnes âgées de 75 ans et plus.





## 3 Mieux structurer la prévention

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

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

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

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



# Recommandations

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