

La prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées

Sylvie Apparitio, Laurence Assous

DANS REGARDS 2023/1 (N° 61), PAGES 67 À 78

ÉDITIONS EN3S-ÉCOLE NATIONALE SUPÉRIEURE DE SÉCURITÉ SOCIALE

ISSN 0988-6982

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://www.cairn.info/revue-regards-2023-1-page-67.htm>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...

Flashez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour EN3S-École nationale supérieure de Sécurité sociale.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

PARTIE B : QUEL PASSAGE À L'ACTE POUR LA PRÉVENTION ?

La prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées

Par **Sylvie Apparitio**, Cour des Comptes et **Laurence Assous**, Cour des Comptes, directrice générale du Crous de l'académie de Versailles



Après une carrière d'inspectrice des affaires sanitaires et sociales au sein de la DRASS d'Île de France, Sylvie Apparitio exerce une fonction de vérificatrice au sein de la 6^e chambre de la Cour des comptes, sur des dossiers hospitaliers et médico-sociaux.



Diplômée d'HEC et ancienne élève de l'ENA, Laurence Assous a travaillé à la direction de la sécurité sociale (DSS) et à la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) au ministère de la santé et à la direction de la prévision au ministère des finances, après des expériences dans des organisations internationales et dans le secteur privé. Après 4 années comme rapporteur à la Cour des comptes sur les sujets sociaux, elle a également été conseillère, entre 2012 et 2013, de la ministre déléguée chargée des Personnes âgées et de l'Autonomie. Sous-directrice à la Direction de l'action sociale, de l'enfance et de la santé à la Ville

de Paris entre 2013 et 2018, en charge de l'insertion, de la lutte contre l'exclusion, de la prévention spécialisée et des centres sociaux, elle a été nommée conseillère référendaire à la Cour des comptes en 2018, où elle a réalisé des travaux notamment sur l'ordre des médecins, la mutualité sociale agricole et la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées. Elle est actuellement directrice générale du Crous de l'académie de Versailles.

La Cour des comptes a publié en novembre 2021 un rapport relatif à la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées. Les lecteurs sont invités à le consulter pour prendre connaissance des constats et des recommandations que la Cour porte sur ce sujet¹.

La perte d'autonomie, dont l'incidence augmente fortement avec l'âge, n'est pas la conséquence inéluctable du vieillissement : c'est l'accumulation de pathologies qui peut conduire à la dépendance si elles ne sont pas compensées. La moitié des centenaires vivent d'ailleurs à domicile. Mais la prévention est primordiale pour limiter les effets de la transition démographique en cours.

Les développements qui suivent privilégient certaines thématiques abordées dans le rapport de la Cour dans l'objectif de mettre l'accent sur les coûts de l'inaction en matière de prévention aussi bien en termes financiers que de santé publique.

I- 1,5 MD€ DE DÉPENSES DE SANTÉ ÉVITÉES POUR UNE ANNÉE GAGNÉE D'ESPÉRANCE DE VIE SANS INCAPACITÉ SUR LA PÉRIODE 2021-2031

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

En 1970, l'espérance de vie était, dans la plupart des pays européens, de 65 ans. En 2020, à 65 ans, les femmes, en France, avaient encore 23,1 années à vivre (les hommes ayant pour leur part une espérance de vie à 65 ans de 19 années)², ce qui situe la France, respectivement, au 1^{er} et 3^e rang des pays Européens.

L'espérance de vie sans incapacité (EVSI), ou « années de vie en bonne santé », mesure le nombre d'années passées sans limitation d'activité³. Les résultats de la France sont moins favorables. Les femmes ont une espérance de vie en bonne santé à 65 ans de 11,8 années (5^e rang) et les hommes de 10,2 ans (10^e rang). La situation française est paradoxale : les Français vivent plus longtemps que les autres européens mais plutôt en moins bonne santé.

1 Consultable sur le site de la Cour des comptes : <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/la-prevention-de-la-perte-dautonomie-des-personnes-agees>.

2 Les données du rapport de la Cour sur lequel cette contribution s'appuie, ont été actualisées sur la base du travail de la Drees (Études et résultats n°1258, février 2023) même si le recueil des données a pu être perturbé, selon la Drees, par la pandémie de Covid 19.

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

Les années de vie en bonne santé représentent en effet en France un peu plus de la moitié de ces années de vie supplémentaires pour les femmes comme pour les hommes. En Suède, les années de vie sans incapacité représentent 81 % de l'espérance de vie à 65 ans des hommes et 77 % de celles des femmes.

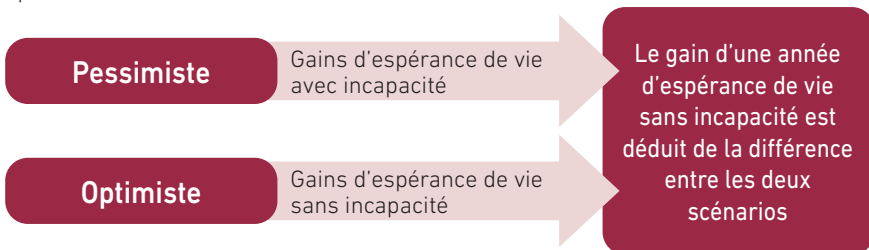
Tableau n° 1 : Espérance de vie et espérance de vie en bonne santé à 65 ans comparées en 2020

	Espérance de vie à 65 ans		Dont espérance de vie en bonne santé		Rang (en Europe)	
	♀	♂	♀	♂	♀	♂
France	23,1	18,4	51%	54%	5	10
Danemark	21,2	18,4	56%	57%	4	6
Suède	21,4	18,9	77%	81%	1	1
Pays-Bas	20,7	18,2	47%	55%	14	11
Espagne	22,4	18,4	51%	63%	7	3

Source : Drees d'après données Eurostat.

Or, toute année d'espérance de vie sans incapacité supplémentaire représente un gain financier non négligeable. Dans l'idée d'esquisser un premier chiffrage des dépenses évitées par le gain d'une année supplémentaire d'espérance de vie sans incapacité, la Cour a établi un modèle de projection des dépenses de santé, dénommé Pandore. Le modèle combine trois modules de données : démographique⁴, de prévalence de l'incapacité⁵ et de dépenses de soins⁶.

Entre 2013 à 2021, les Français ont gagné, à 65 ans, une année d'espérance de vie supplémentaire. Ils vivront une année de plus au cours de la période 2021-2031. L'estimation des dépenses supplémentaires liées à une année de vie supplémentaire en bonne santé résulte de la différence entre la progression des dépenses de santé constatée dans un scénario (pessimiste) où l'année de vie supplémentaire se déroule avec incapacité et celle constatée si cette année se déroule sans incapacité (scénario optimiste).



4 Scénario central de l'INSEE pour la France métropolitaine.

5 Issues de l'enquête Care-ménages 2015 (dépenses de santé par classe d'âge et par type de pathologie) sur les seniors vivant à domicile.

6 Extraites du système national des données de santé (SNDS).

Dans le scénario pessimiste, l'évolution démographique se fait à état de santé constant. Dans cette hypothèse le taux de prévalence de l'incapacité par âge est égal à celui observé à la période précédente. Dans le scénario optimiste, à l'inverse, tous les gains d'espérance de vie sont considérés comme étant en bonne santé. Cela revient donc à projeter une amélioration de l'état de santé moyen à âge donné.

Tableau n° 2 : Estimation des dépenses évitables par le gain d'une année supplémentaire d'espérance de vie en bonne santé

Indicateur	Scénario	Dépenses de santé des plus de 65 ans en 2021 (en M€)	Dépenses de santé des plus de 65 ans en 2031 (en M€)	Écart (en M€)	Estimation surcoût (en M€)	Surcoût (en %)
Incapacité	Optimiste	121 289	146 970	25 681	1 565	6 %
	Pessimiste	122 359	149 605	27 246		

Source : Cour des comptes

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

Cette estimation constitue le bas de la fourchette des économies potentielles. En effet, elle ne prend pas en compte par exemple, faute de données sur les dépenses médico-sociales par âge, les économies en matière d'Apa (allocation pour l'autonomie). Les données utilisées ne portant que sur les personnes à domicile, les dépenses de santé en Ehpad ne sont pas non plus intégrées dans le calcul. Par ailleurs, cette estimation ne prend pas en compte les gains, non financiers, en matière de qualité de vie et de sociabilisation.

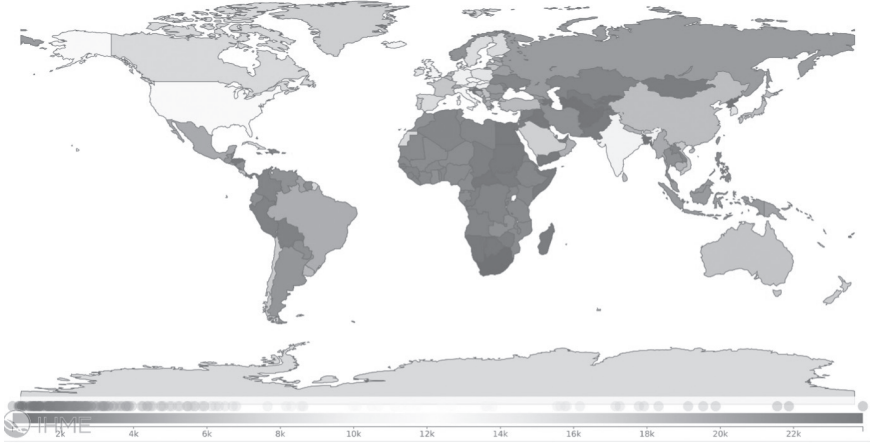
II- UNE POLITIQUE CONSENSUELLE SUR LE FOND, L'EXEMPLE DE LA PRÉVENTION DES CHUTES

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

Les chutes des personnes âgées occasionnent, chaque année en France, plus de 10 000 décès de personnes de plus de 65 ans. Elles peuvent aussi avoir pour conséquence l'entrée en institution ou la réduction des activités et de la mobilité par peur de chuter de nouveau. Les chutes sont une illustration des efforts trop timides menés en matière de prévention. Des causes multifactorielles sur lesquelles il est possible d'agir ont été identifiées dans de nombreux travaux : la présence de comorbidités, la prise de psychotropes (et de façon plus générale l'iatrogénie médicamenteuse), la sédentarité, l'inadaptation du logement, etc.

Comme la plupart des pays européens, la France est mal classée en matière d'incidence des chutes⁷ selon les données disponibles du *Global Burden of Disease*⁸. Les habitants des pays nordiques (la Norvège tout particulièrement) mais également le Canada et l'Australie sont davantage touchés que des pays du sud de l'Europe.

Carte n° 1 : Nombre de chutes pour 100 000 habitants de 70 ans et plus en 2019 (données déclaratives)



Source : Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME)

Parmi le panel de pays étudiés dans l'analyse comparée de la Cour, la France avait les plus mauvais résultats européens en termes d'incidence des chutes, après la Norvège, (6^e position sur 22). Venaient ensuite la Suède (10^e), les Pays-Bas (12^e), le Danemark (13^e), le Royaume Uni (16^e) et enfin l'Espagne qui se situait au 18^e rang.

En ce qui concerne la mortalité associée à ces chutes, la France présentait également les plus mauvais résultats, derrière la Norvège et les Pays-Bas, avec 2,7 % des décès causés par les chutes.

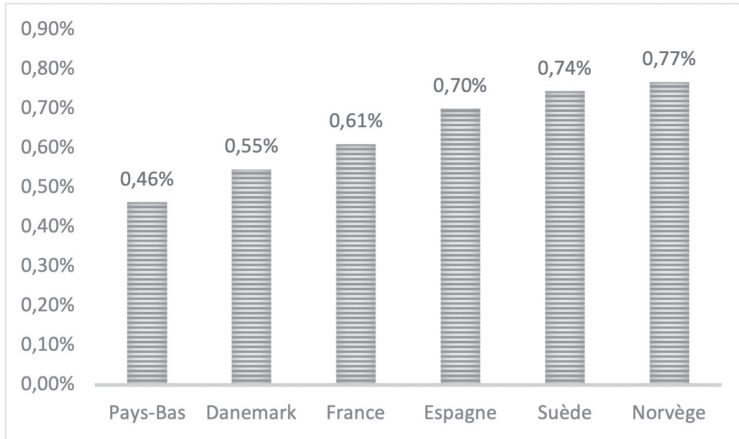
Pour éviter les réels biais liés à ces enquêtes déclaratives, la Cour a recueilli, auprès de sept pays, des données sur le nombre d'hospitalisations en raison d'une fracture du col du fémur des 65 ans et plus en 2019 : la France a un taux d'incidence plus élevé que les Pays-Bas, le Danemark, le Royaume-Uni⁹ mais moindre que l'Espagne.

7 Haagsma JA, Olij BF, Majdan M, et al., *Falls in older aged adults in 22 European countries: incidence, mortality and burden of disease from 1990*. Inj Prev 2020.

8 Les résultats Global Burden of Disease sont principalement issus d'enquêtes déclaratives basées sur l'administration de questionnaires à la population de 22 pays européens en 2017, en particulier à partir de la réponse à la question « Pendant les 6 derniers au moins, avez-vous chuté ? ».

9 Au Royaume-Uni (hors Ecosse), pour les 60 ans et plus en 2018, ce taux est de 0,45 % contre 0,49 % en France (la donnée 65 ans et plus n'était pas disponible, ce qui explique pourquoi le Royaume-Uni ne figure pas dans le graphique).

Graphique n° 1 : Taux d'incidence des fractures du col du fémur en 2019 pour les 65 et plus dans six pays



Source : Cour des comptes, d'après données recueillies auprès des pays du panel.

Le coût financier pour l'assurance maladie des hospitalisations pour chutes s'est élevé en 2019 à 600 M€. Mais les parcours de soins de ces patients, avant et après leur prise en charge hospitalière, génèrent également des dépenses importantes comme l'a montré la comparaison, par le CHU de Toulouse¹⁰, de leurs parcours avec ceux d'un groupe témoin.

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

L'ANALYSE ÉCONOMIQUE DES PARCOURS

Le coût de prise en charge¹¹ deux ans avant et deux ans après la chute a été calculé pour les deux groupes :

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

¹⁰ Costa N., Fabre D., Mounié M., Molinier L. « Évaluation de l'incidence et du coût des Prises En Charge hospitalières Communément Associées aux Chutes (Peccac) des personnes âgées et des parcours de soins correspondants » CHU de Toulouse, février 2021.

¹¹ Hospitalisations, soins ambulatoires, médicaments, transports, etc.

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

Alors que la loi de santé publique de 2004 avait fixé un objectif de réduction de 25 % du nombre annuel de chutes des personnes de 65 ans et plus, à un horizon de cinq ans, cet objectif n'avait pas été reconduit ni repris dans la stratégie nationale de santé 2018-2022.

Conformément à la recommandation de la Cour qui préconisait de fixer un nouvel objectif ambitieux de réduction de l'incidence des chutes¹², le ministère chargé de l'autonomie a annoncé en février 2022 un plan de réduction de 20 % des chutes mortelles ou invalidantes des personnes de 65 ans et plus d'ici 2024.

III- UNE OFFRE GRADUÉE POUR RÉPONDRE À CHACUN SELON SON BESOIN

Le paradoxe français (une longévité enviable mais de longues années passées avec des incapacités) interroge. La moindre place faite à la prévention par rapport à d'autres pays constitue l'une des explications possibles.

La mise en œuvre actuelle des actions de prévention, réparties entre de nombreux acteurs, parfois partenaires, souvent concurrents, n'aide pas à appréhender leurs contours, leurs contenus et par là même leurs résultats. Les acteurs en charge à un titre ou à un autre de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées sont en effet nombreux : conseils départementaux, qui versent l'Apa aux personnes de plus de 60 ans évaluées en Gir 1 à 4¹³; caisses de retraite qui entendent favoriser le vieillissement en bonne santé des retraités par des actions collectives de prévention et par des plans d'aide à domicile pour les plus fragiles en Gir 5 et 6; agences régionales de santé (ARS); caisses primaires d'assurance maladie (Cpam) par l'accès aux soins et le co-financement d'aides techniques (cannes, fauteuils roulants, etc.); l'Agence nationale de l'habitat (Anah) en charge de l'adaptation des logements; les communes et les EPCI¹⁴ sur le volet prévention primaire et lutte contre l'isolement, mais également les bailleurs sociaux, les mutuelles, de nombreuses associations ainsi que les régions par les financements qu'elles peuvent apporter en particulier à la recherche. L'instance de concertation et de coordination que constituent les conférences des financeurs de la prévention de la perte de l'autonomie (CFPPA)¹⁵, présidées par les départements, représente un progrès réel et traduit le souci d'œuvrer en commun en faveur des territoires. Il n'en demeure pas moins que beaucoup d'initiatives, d'actions et de financements échappent aux CFPPA et que les usagers demeurent confrontés,

12 La Cour a chiffré à 225 M€ la diminution minimum des dépenses de santé à attendre d'une réduction de l'ordre de 25 % de ce taux d'incidence à horizon de cinq ans.

13 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.

14 Établissements publics de coopération intercommunale.

15 Instaurées par la loi d'adaptation de la société au vieillissement (dite loi ASV) du 28 décembre 2015.

trop fréquemment encore, à des interlocuteurs multiples, au risque de renoncer à entreprendre les démarches dont ils auraient besoin.

Des marges de progrès ont été identifiées par la Cour. Elles auraient un impact non seulement sur les économies à attendre d'une prévention mieux menée mais également sur les indicateurs de santé publique. Pour les mettre en œuvre et, *in fine*, améliorer l'espérance de vie sans incapacité, la prévention doit devenir une priorité partagée par les acteurs et l'ensemble de la population.

Une offre de prévention graduée pourrait en particulier offrir à chaque personne âgée une intervention adaptée à son besoin spécifique, tout en absorbant l'augmentation numérique substantielle à venir des potentiels bénéficiaires. Cette offre comprendrait trois niveaux :

- au premier niveau, une information générale accessible ;
- au deuxième niveau : une politique « d'aller vers »¹⁶, assortie de la possibilité d'une visite conseil à domicile ;
- un troisième niveau, réservé aux plus précaires socialement ou aux personnes isolées.

III.1/ L'information et la sensibilisation du plus grand nombre

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

Un site www.pourbienvieillir a été créé en 2016 en partenariat avec Santé publique France (SPF), afin d'apporter des conseils communs en prévention ainsi qu'une présentation unique des offres. La CNSA gère pour sa part le portail pour-les-personnes-agees.gouv.fr, axé sur l'aide à l'autonomie. Ces deux sites constituent les principaux points d'entrée pour s'informer mais la politique de référencement réciproques n'apparaît toujours pas optimale.

De la même façon, la stratégie « Vieillir en bonne santé » (janvier 2020) prévoyait le déploiement d'une application dénommée « agir à mi-vie pour une avancée en âge en santé », à destination des 40-45 ans, qui n'a pas été mise en œuvre à ce jour.

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

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

¹⁶ Ce concept, formulé initialement en matière de lutte contre la pauvreté, est utilisé dans de nombreuses politiques sociales pour inciter les professionnels à aller au-devant des usagers pour lutter contre le non-recours aux prestations, aux soins, etc.

Le recours à l'information en ligne est en effet complexe, voire inaccessible, pour de nombreuses personnes âgées. La délivrance d'une information généraliste, dans un lieu d'accueil physique, doit demeurer possible.

Les Carsat¹⁷ doivent de ce point de vue intensifier leurs efforts d'information et de réorientation des demandeurs. En 2021, les décisions de rejet d'une demande d'aide n'étaient que trop rarement accompagnées d'une information sur les autres solutions mobilisables. Un progrès sensible aurait consisté pour la Cour à assortir systématiquement les courriers de refus d'une orientation vers un autre type d'intervention de la caisse ou de l'un de ses partenaires.

III.2/ Une politique « d'aller vers » conjuguée à un accès universel à une visite conseil à domicile

Réorienter les actions collectives vers les plus vulnérables et réussir à déployer un rendez-vous « jeune retraité »

Les actions collectives de prévention, mises en œuvre le plus souvent par les caisses de retraite, touchent un nombre non négligeable de personnes âgées (1,5 million en 2019 pour un coût de 110,20 M€), malgré des disparités entre territoires. Réalisées le plus souvent sous la forme d'ateliers, elles ne bénéficient cependant pas assez à ceux qui en ont le plus besoin : 52 % des participants ne sont pas isolés, 80 % utilisent leur voiture au quotidien, 60 % pratiquent une activité intellectuelle ou culturelle plusieurs fois par mois, 63 % ont six contacts ou plus par semaine, 79 % pratiquent une activité physique et 87 % ont consulté un médecin généraliste au cours des douze derniers mois.

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

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

Le rendez-vous de prévention « jeune retraité » relève de la même dynamique de repérage des situations les plus à risque. Il a connu pourtant des débuts difficiles expliqués, au moins partiellement, par la crise sanitaire. Moins de 1 000 personnes en ont bénéficié en 2020.

17 Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (régime général).

LE RENDEZ-VOUS JEUNE RETRAITÉ

Créé en 2020 et ciblant plus particulièrement les personnes éloignées des soins¹⁸, ce dispositif vise les personnes retraitées depuis 6 à 18 mois. Il permet d'évaluer leur situation dans une approche médico-psycho-sociale, avec l'objectif de promouvoir le bien vieillir, de prévenir et diagnostiquer les maladies chroniques et de repérer les freins à l'accès aux soins. Une synthèse est communiquée au médecin traitant et une orientation est faite vers les ressources du territoire.

L'objectif est également de faire converger les offres trop dispersées de différents acteurs¹⁹, grâce à la définition d'un référentiel commun de pratiques, et de coordonner leurs interventions, faute de quoi, une personne âgée peut être sollicitée par plusieurs organismes comme par aucun.

L'inscription dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 d'un accès gratuit à des consultations médicales à trois âges clefs de la vie (20-25 ans, 40-45 ans et 60-65 ans) témoigne d'un souci de développer une politique de prévention tout au long de la vie.

La consultation entre 60-65 ans aura pour objectif de prévenir la perte d'autonomie, repérer l'apparition des premières fragilités liées à l'âge²⁰, analyser tous les aspects de la santé de chaque senior (audition, vision, nutrition, sommeil, locomotion, santé mentale, activités sociales et physiques, risque d'isolement), et leur délivrer des recommandations pour vieillir en bonne santé.

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

Une évolution des visites à domicile proposées par les caisses de retraite serait utile. Organisées aujourd'hui dans le seul but de mettre en place des plans d'aide personnalisés (Pap), elles pourraient devenir des « visites conseils prévention » permettant à la fois de proposer l'intervention d'un personnel qualifié aux retraités en demande et de repérer les situations critiques nécessitant une réponse rapide.

Le nombre de plans d'aide finançables étant contingenté par le montant des budgets d'action sociale disponibles, les évaluations à domicile préalables sont limitées sur la base d'un pré-ciblage²¹. Une visite conseil à domicile pourrait être proposée aux retraités dont la demande a été rejetée pour ces motifs budgétaires,

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

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

20 Bien que le vieillissement ne soit pas uniforme et dépende du patrimoine génétique et du vécu de chacun, de son niveau d'éducation, de l'hygiène de vie, etc.

21 La grille de pré-ciblage permet de limiter les évaluations à domicile aux personnes ayant un score élevé de fragilité (ressources, âge, hospitalisation, chute...). Ce score peut fluctuer selon les années en fonction de l'enveloppe budgétaire disponible.

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

quel que soit leur régime de retraite. Des conseils sur la prévention, sur l'adaptation du logement et une information sur les ressources de leur territoire²² leur seraient dispensés à cette occasion.

Une visite à domicile peut également permettre d'atteindre un public qui ne souhaite pas ou ne peut pas répondre à une proposition de rendez-vous à l'extérieur. Le repérage des personnes fragiles les plus à même de bénéficier de cette offre constitue, là également, la difficulté essentielle. C'est à cet objectif que cherchait à répondre le projet Nacre²³, expérimenté en 2021 par la CNAV en lien avec le gérontopôle de Toulouse. Destiné aux retraités âgés de 68 ans non assujettis à la CSG²⁴, cette visite à domicile conduite par un travailleur social devait permettre de délivrer des messages de prévention ciblés et orienter vers l'offre proposée par les caisses de retraite.

Pour affiner le ciblage au-delà du critère de non-assujettissement à la CSG, il pourrait être intéressant d'évaluer le risque de fragilité des cotisants âgés de 60 à 79 ans par croisement de données administratives, médicales et sociales²⁵.

Ces visites à domicile serviraient également à informer sur les aides techniques disponibles afin d'en accroître la diffusion. Si elles sont centrales pour compenser certains déficits fonctionnels et ainsi préserver l'autonomie, elles restent relativement méconnues et sous-utilisées. Cela suppose que les équipes chargées de l'évaluation à domicile des personnes âgées disposent d'une bonne connaissance des aides existantes mais maîtrisent également les modalités complexes de leur financement.

Accompagner les plus démunis

L'aide apportée par les caisses de retraite à des personnes isolées, âgées, dont les ressources sont faibles, par l'intermédiaire de services d'aide à domicile, favorise le maintien à domicile de nombreuses personnes. Les bénéficiaires d'un plan d'aide personnalisé (Pap) sont des femmes dans 77 % des cas. La moyenne d'âge, stable dans le temps, s'établit à 82 ans. Les écarts territoriaux et entre régimes observés malmènent toutefois le principe d'un même droit pour tous, partout. La poursuite d'une plus grande convergence est indispensable.

Les prestations accordées dans le cadre des Pap du régime général sont déterminées en fonction des besoins du retraité, dans la limite de 3 000 € par bénéficiaire et par an, y compris sa participation, comprise entre 10 et 75 % selon son revenu. Ces plans ont permis une diversification des aides mises à disposition des bénéficiaires. L'aide à domicile représentait certes encore 60 % des prestations en 2019, mais de la téléassistance, des aides techniques, des sorties accompagnées ou de l'aide à la gestion administrative peuvent également être financées.

À compter de 2021, la CNAV devait déployer un nouveau dispositif, l'« offre de services coordonnée pour l'accompagnement à la retraite » (Oscar), intégrant, outre les Pap, l'intervention d'un coordinateur pour les situations complexes et incluant

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

23 Nouvel accompagnement coconstruit des retraités.

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

25 A l'instar du dispositif PARI mis en œuvre par le régime social des indépendants à partir de 2016.

un forfait de prévention de 500 € sans reste à charge, pour lever les premiers freins au recours. Ce forfait de prévention devait permettre de financer une palette diversifiée de prestations ponctuelles touchant notamment au cadre de vie et à la sécurité à domicile, comme changer une ampoule, évitant ainsi à la personne de prendre le risque de monter sur un escabeau.

D'autres aides pourraient être intégrées à une offre graduée. C'est le cas de l'aide aux situations de rupture (Asir) qui n'a bénéficié, en 2019, qu'à 6 000 retraités en situation de veuvage ou dont le conjoint est parti en établissement. Non déployée à ce stade dans l'ensemble des régimes ni même des Carsat, elle pourrait être repensée et proposée systématiquement, par exemple, aux situations nouvelles de versement d'une pension de réversion.

Conclusion

Si les effets de la transition démographique liée à l'allongement de la vie sont assez mécaniques, le poids des déterminants sociaux et environnementaux de la perte d'autonomie est bien connu : les conditions et parcours de vie des personnes (ressources, contraintes, environnement, etc.), le contexte dans lequel elles évoluent (protection sociale, système de santé ou services disponibles) entravent ou favorisent tout aussi sûrement le vieillissement en bonne santé.

Les conditions d'un « *vieillesse réussie* » sont partagées par les médecins comme les acteurs sociaux et médico-sociaux. Une activité physique et un logement adaptés, des liens sociaux, familiaux et amicaux, une offre de soins accessible géographiquement et financièrement, une offre culturelle et de loisir diversifiée, une alimentation équilibrée, constituent autant de facteurs participant au bien vieillir. Il est possible de les infléchir et ainsi d'agir sur la prévalence de la perte d'autonomie.

Le virage préventif peine pourtant à se dessiner alors que ni les constats, ni les outils ne font débat. L'une des raisons est à rechercher dans la dispersion et la multiplicité des acteurs. L'internalisation de cette complexité constitue une condition de réussite de cette politique. Or, c'est certainement là que résident les transformations les plus complexes, le système actuel résultant de l'accumulation de strates et de décisions opportunes à un moment donné sans cohérence d'ensemble. De ce point de vue, la simplification, la mise en œuvre de guichets uniques, le décloisonnement, l'homogénéisation et l'harmonisation des dispositifs doivent guider l'action publique.

L'offre d'accompagnement graduée signifie que les moyens humains et financiers seront mobilisés à proportion des besoins des personnes âgées. Elle constitue une réponse à une exigence d'équité que les mécanismes actuels de prévention de la perte d'autonomie ne garantissent pas.

Une politique de prévention renouée permettra d'atténuer le choc démographique en cours, sans toutefois pouvoir l'absorber totalement. Il demeure en effet fondamental d'anticiper des besoins d'accompagnement qui seront croissants²⁶.

²⁶ La situation de la Suède dont le processus de vieillissement est plus avancé qu'en France est à cet égard éclairante : ayant adopté un modèle domiciliaire il y a une cinquantaine d'années, le pays ne dispose plus aujourd'hui de suffisamment de places en Ehpad. Certains aidants réclament en conséquence un droit opposable à la prise en charge en établissement (Source : rapport Grand âge et autonomie, mars 2019).