



PLACE DE LA SANTÉ



L'Observatoire

> **SANTÉ, PERTE D'AUTONOMIE :**
impacts financiers du vieillissement

Octobre 2018



Place de la santé

L'Observatoire **2018**



SOMMAIRE



3 ÉDITO

4/5 RAPPEL MÉTHODOLOGIQUE

1 / DES RÉALITÉS

9/11 SANTÉ

Après remboursement de l'assurance maladie obligatoire, les restes à charge élevés en santé concernent particulièrement les personnes âgées

12 PERTE D'AUTONOMIE

Un facteur important de dépenses, au-delà de la santé

13/17 DISPARITÉS TERRITORIALES

De fortes disparités territoriales pour la prise en charge publique de la perte d'autonomie

18/21 RAC LIÉS À LA PERTE D'AUTONOMIE

Des restes à charge liés à la perte d'autonomie à l'avenir plus difficiles à assumer pour les ménages

2 / DES PERCEPTIONS

24/29 DÉPENDANCE ET PERTE D'AUTONOMIE

30/32 LEXIQUE



ÉDITO



Agir pour l'autonomie



Thierry Beaudet

Président de la Mutualité Française

Avec notre deuxième édition de Place de la santé – L'Observatoire, la Mutualité Française poursuit sa démarche d'éclairage et d'analyse. Une nouvelle fois, il s'agit d'être à l'initiative, pour porter dans le débat les préoccupations des Français. Après les aides auditives, les prothèses dentaires et les équipements optiques, la focale s'élargit aux restes à charge les plus lourds et aux coûts de la perte d'autonomie.

Les chiffres agrégés sont inédits : ils montrent que ni la prise en charge des affections de longue durée par la Sécurité sociale ni la réforme du « RAC zéro » n'empêchent la survenance de restes à charge importants pour nos concitoyens, notamment les plus âgés et les plus fragiles.

Cette fragilité peut être le fait de la perte d'autonomie. Or, là encore, d'importantes disparités sont à pointer. Selon la région où l'on vit, selon que l'on est ou non pris en charge à domicile, que les proches délivrent ou non une aide ou un accompagnement quotidien, les restes à charge varient profondément. Ces schémas ont leurs contreparties : une charge mentale et financière pour les aidants familiaux, dont il faut aussi tenir compte. Quand ils n'ajoutent pas de la fragilité à la fragilité, comme lorsque les montants à mobiliser se révèlent bien supérieurs aux ressources disponibles des personnes concernées, de surcroît dans un contexte de dégradation probable du niveau de vie des retraités.

Cet Observatoire est l'occasion de prises de conscience. D'où l'urgence d'agir, pour prévenir et lutter contre la perte d'autonomie.

Maintenir le capital autonomie, soutenir les aidants et permettre d'exercer une liberté de choix le plus longtemps possible font partie des engagements historiques des mutuelles, en complément des interventions et financements publics. Toutes s'efforcent déjà à jouer leur rôle de compagnon de vie des adhérents, et aussi de leurs familles, descendants et ascendants. Toutes sont déjà contributrices pour développer des solutions concrètes en matière de conditions de vie, de lien social, d'hébergement et de soins.

Pour la Mutualité Française, l'annonce d'une loi sur la perte d'autonomie est l'occasion d'une nouvelle mobilisation. Des propositions fortes seront bâties d'ici la fin de l'année.

RAPPEL MÉTHODOLOGIQUE



Des réalités

Pour construire cette première partie, la Mutualité Française a utilisé des données de différentes sources :

- › Drees, *Études et résultats* n° 1032 (2017), pour les dépenses liées à la perte d'autonomie.
- › Sniiram-CnamTS (échantillon généraliste de bénéficiaires, 2016), la caractérisation des restes à charge les plus élevés et l'impact potentiel de la réforme du « 100 % santé ». Ces données ont fait l'objet de traitements par la Mutualité Française.
- › Sniiram-CnamTS (échantillon généraliste de bénéficiaires, 2016) et comptes nationaux de la santé 2016 (Drees), pour la part du reste à charge après remboursement de l'assurance maladie obligatoire qui est en moyenne couverte par la complémentaire santé. Ces données ont fait l'objet de traitements par la Mutualité Française.
- › HCAAM, document n° 9 annexé au rapport *Innovation et système de santé* (2015), pour la proportion des résidents en Ehpad qui sont en ALD.
- › Drees, *Enquête Aide sociale* 2016, pour le nombre de bénéficiaires de l'APA.
- › Drees *Statiss* 2015, pour le nombre départemental de places d'hébergement permanent pour 1000 habitants de plus de 75 ans.
- › CNSA (2016), pour le coût et le reste à charge mensuel médian départemental de la prise en charge en Ehpad (GIR 1 et 2). Ces données ont fait l'objet de traitements par la Mutualité Française.
- › Insee, pour le revenu disponible moyen des plus de 75 ans.
- › Drees, *Les dossiers de la Drees* n° 1 (2016), « Dépendance des personnes âgées : qui paie quoi ? L'apport du modèle Autonomix », pour la part des résidents en Ehpad pour laquelle le reste à charge est supérieur à leurs ressources.
- › Drees-CNSA, Enquête CARE, pour le nombre d'heures subventionnées pour un bénéficiaire lourdement dépendant (2015). Ces données ont fait l'objet de traitements par la Mutualité Française.
- › Cnav-ANAH, rapport sur *Adaptation des logements pour l'autonomie des personnes âgées* (2013), pour le montant moyen des travaux d'adaptation et de la subvention moyenne correspondante.
- › HCAAM-HCFEA, « La prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie à l'horizon 2030 » (2018), pour le nombre de personnes aidant une personne âgée de plus de 60 ans vivant à domicile.
- › Insee, modèles Destinie 2006 et 2013, pour les projections de nombre d'aidants potentiels par personne dépendante et la part des personnes dépendantes qui ont au moins un enfant sans activité professionnelle.
- › Drees, enquête handicap-santé auprès des aidants informels (2008), pour le ressenti de la charge et l'impact sur la vie professionnelle des aidants.

- CNSA 2016, Drees, *Études et résultats* n° 724, 2010, pour le prix et le reste à charge moyen d'un hébergement de plusieurs années en Ehpad selon le département. Ces données ont fait l'objet de traitements par la Mutualité Française.
- Drees, *Études et résultats* n° 1015 (2017), pour la durée moyenne d'hébergement en Ehpad des femmes et des hommes.
- Insee, pour les projections démographiques à l'horizon 2060.
- HCAAM-HCFEA, « La prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie à l'horizon 2030 » (2018), pour le nombre de personnes dépendantes à l'horizon 2060.
- COR, *Rapport annuel 2018*, pour le ratio du niveau de vie des retraités par rapport à l'ensemble de la population.
- Insee, *Enquête Revenus fiscaux et sociaux*, pour les niveaux de vie médian des retraités et des actifs en 2015, ainsi que pour l'évolution des niveaux de vie entre 2000 et 2015 selon le type de ménages.
- Insee, données Eurostat, pour les taux d'épargne des pays de l'Union européenne.
- Insee, référence *Les revenus et le patrimoine des ménages édition 2018*, pour les patrimoines des ménages selon l'âge de la personne de référence.

Des perceptions —


Cette seconde partie présente les résultats de deux enquêtes complémentaires sur la perception de la prise en charge de la perte d'autonomie menées par Harris Interactive pour la Mutualité Française.

L'étude quantitative a été réalisée en ligne du 7 au 14 mai 2018 auprès d'un échantillon de 1079 personnes, représentatif des Français âgés de 45 ans et plus, c'est-à-dire les générations potentiellement les plus concernées par ce sujet, que ce soit directement ou indirectement (via un rôle d'aidant). Cette enquête a été réalisée selon la méthode des quotas, appliquée aux variables suivantes : sexe, âge, catégorie socioprofessionnelle et région de l'interviewé(e).

L'étude qualitative a été menée auprès d'aidants, soit des personnes aujourd'hui directement concernées par la présence et la prise en charge d'une personne en perte d'autonomie ou de dépendance, par la réalisation de 4 réunions de groupes d'une durée de 3 heures, à raison de 8 participants par groupe :


- Des aidants retraités, de 60 à 70 ans
 - Groupe 1 : Paris, le 7 août 2018, CSP+
 - Groupe 2 : Lyon, le 9 août 2018, CSP moyennes et modestes
- Des aidants plus jeunes, de 45 à 60 ans
 - Groupe 3 : Lille, le 8 août 2018, CSP moyennes
 - Groupe 4 : Bordeaux, le 9 août 2018, CSP+ et moyennes

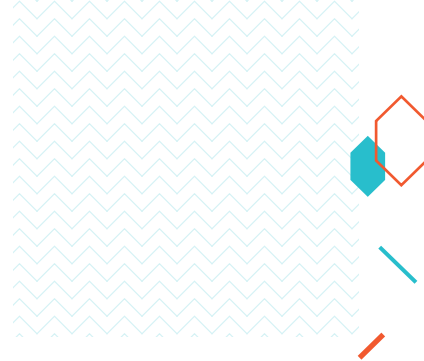




1

***DES
RÉALITÉS***





A lors que les patients français ne supportent *in fine* en moyenne que 7 % des dépenses de santé, l'un des taux les plus faibles de l'OCDE, certains restent exposés à des dépenses élevées lorsqu'ils sont hospitalisés, confrontés à une maladie chronique ou à la perte de leur autonomie – trois risques qui concernent particulièrement les personnes âgées. Or, ces dépenses, ainsi que leur impact financier pour les ménages, risquent d'augmenter avec le vieillissement de la population et l'évolution de la situation socio-économique des seniors.

Les dépenses à la charge des patients et des complémentaires santé porteront demain moins sur des épisodes de soins et davantage sur des risques longs, liés notamment à l'allongement de la vie, comme la perte d'autonomie. Le reste à charge en Ehpad ou à domicile varie aujourd'hui fortement d'un département à l'autre et les montants à mobiliser peuvent être bien supérieurs aux ressources des personnes concernées. À l'avenir, la dégradation probable du niveau de vie relatif des retraités devrait amplifier ces difficultés.



Dans cet observatoire, la notion de reste à charge correspond aux montants qui restent à la charge des Français, et de leur éventuelle couverture assurantielle privée, une fois déduits les financements publics. Elle est appliquée aux dépenses de santé (reste à charge après remboursement de l'assurance maladie obligatoire) et à la perte d'autonomie (reste à charge après APA et ASH).

SANTÉ



Après remboursement de l'assurance maladie obligatoire, les restes à charge élevés en santé concernent particulièrement les personnes âgées

3,3 millions de personnes supportent un RAC élevé en moyenne de 2 900 €

Le haut niveau de prise en charge de la dépense de santé par la Sécurité sociale (77 % en 2016) ne permet pas d'assurer à **toute la population** des RAC modérés **quelles que soient les circonstances médicales**.

En effet, les dépenses de santé non prises en charge par la Sécurité sociale peuvent être élevées parce que les prix pratiqués excèdent les tarifs de la Sécurité sociale ou bien parce que les dépenses se cumulent, notamment du fait du vieillissement.

Par ailleurs, même si 95 % de la population bénéficie d'une complémentaire santé qui couvre en moyenne 74 % des dépenses après remboursement de l'Assurance maladie¹, les dépenses finales à la charge des ménages restent élevées pour une partie de la population du fait, notamment, de la liberté des tarifs des professionnels de santé.

Dès lors, pour **mieux comprendre les situations qui provoquent des dépenses élevées et caractériser les personnes qui les subissent et pour lesquelles des dispositifs accessibles à tous doivent être mis en place**, nous avons retenu comme indicateur le RAC après AMO et non, comme dans la première édition de cet observatoire (2017), le RAC final, après AMO et AMC.

À retenir



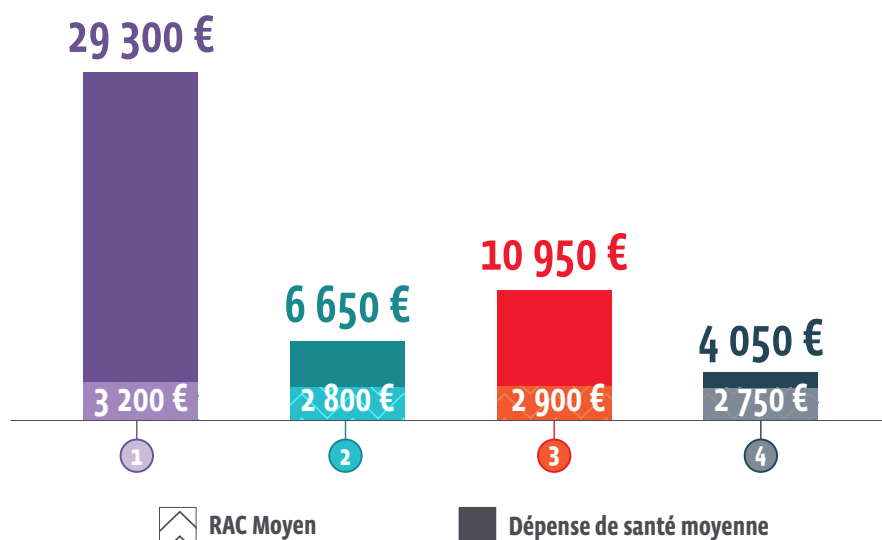
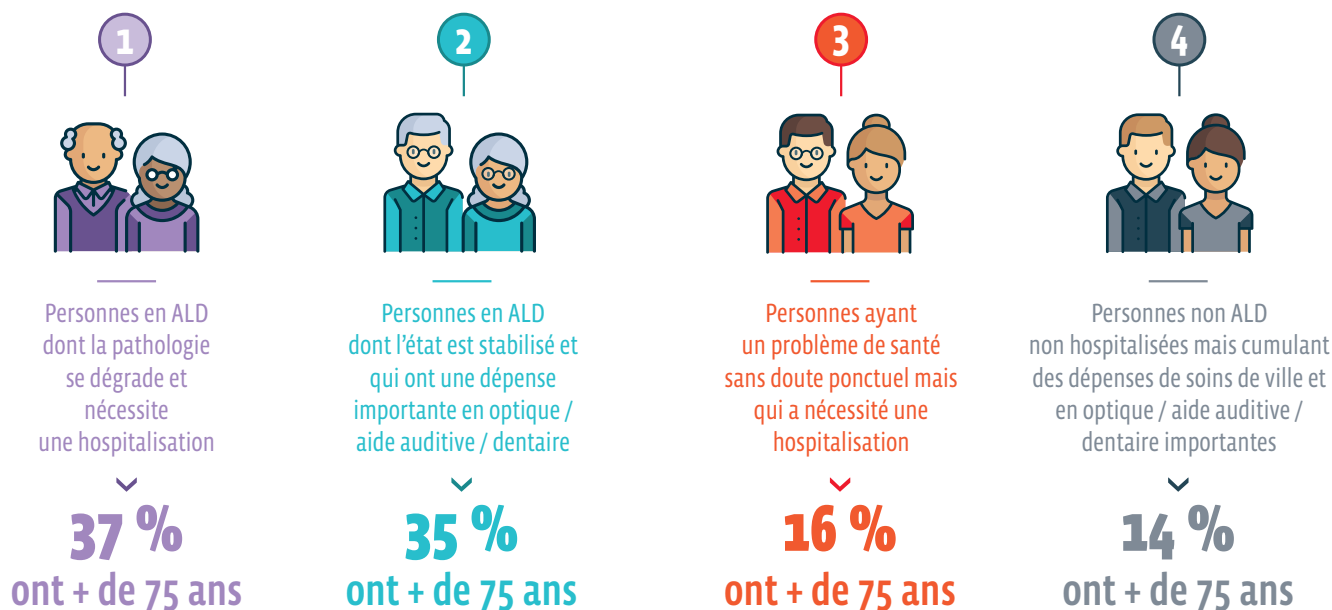
Par convention, on considère qu'un RAC est élevé lorsqu'il dépasse un mois de revenu moyen disponible (1 700 €). En 2016, 3,3 millions de personnes étaient ainsi concernées, soit 5 % de la population, avec un RAC moyen de 2 900 €.

Ce RAC est 6,3 fois plus élevé que celui de l'ensemble de la population.

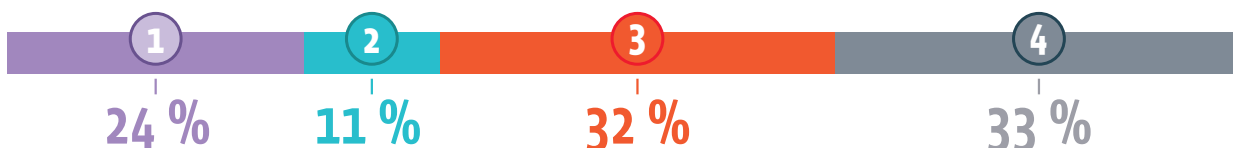
¹ - RAC calculé sur les dépenses remboursables par l'AMO.
Source : EGB 2016, Comptes nationaux de la santé 2016/traitements FNMF.

Pour cette population, plus féminine (61 %) et plus âgée (59 ans en moyenne dont 23 % de plus de 75 ans), la dépense de santé atteint 12 650 € par an, soit 5,4 fois plus que la moyenne.

Trois facteurs concourent à créer des situations avec RAC élevé après remboursement de l'assurance maladie obligatoire : l'hospitalisation, les maladies chroniques (ALD) et la consommation élevée en optique/audioprothèse/dentaire. Ainsi, parmi les 3,3 millions de personnes qui ont un reste à charge élevé (supérieur à 1 700 €), quatre groupes se distinguent :



> RÉPARTITION DES PERSONNES CONFRONTÉES AUX RAC > 1 700 €



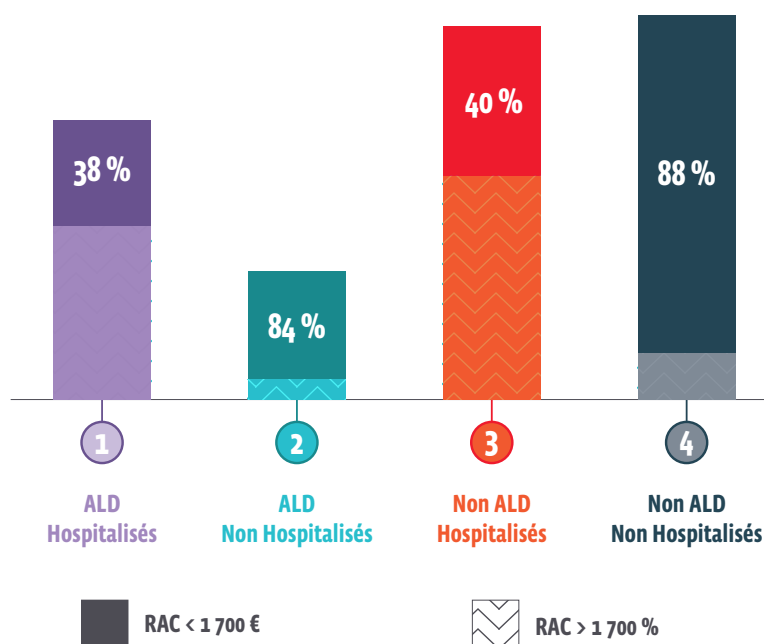
Conséquences potentielles de la réforme du « 100 % santé »

Avec la réforme du « 100 % santé », 60 % des patients², qui aujourd'hui supportent un reste à charge élevé, verront ce RAC passer sous le seuil de 1 700 €.

À contrario, 40 % des personnes continueront à supporter un RAC élevé, même si leur RAC est appelé à diminuer avec la réforme du « 100 % santé ». Ce sont surtout des personnes qui auront connu au moins une hospitalisation dans l'année (groupes 1 et 3).

² - Pour les patients qui bénéficient d'une complémentaire santé et qui choisissent des équipements dentaires, optiques et audio à RAC nul.

Part des patients dont le RAC passerait sous le seuil des 1 700 euros, avec la réforme du « 100 % santé »



Source : Sniiram – EGB / Traitements FMNF.

NB : Le reste à charge est calculé sur les dépenses qui font l'objet d'un remboursement par l'assurance maladie obligatoire.

Il n'inclut pas les dépenses non remboursables, comme les implants dentaires ou l'automédication.

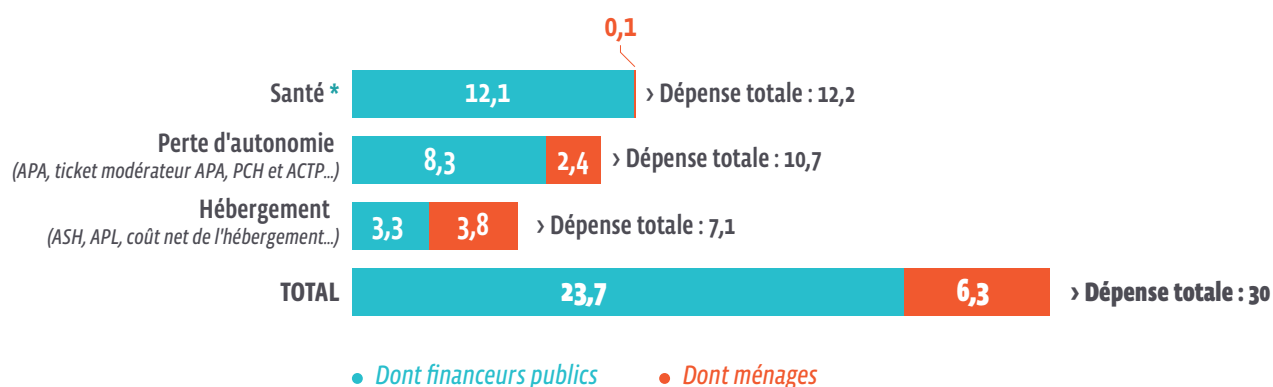
PERTE D'AUTONOMIE



Un facteur important de dépenses, au-delà de la santé

Les dépenses liées à la prise en charge des personnes en situation de perte d'autonomie en 2014

(montants en milliards d'euros)



* Estimation du surcoût de dépenses de santé imputable à la perte d'autonomie

› Source : Drees 2017, *Études et résultats* n° 1032.

Les dépenses liées à la prise en charge des personnes en perte d'autonomie sont estimées à 30 Md€.

Ce montant recouvre le surcroît de dépenses de santé lié à cet état ainsi que les dépenses permettant à une personne âgée en situation de perte d'autonomie d'effectuer des actes de la vie quotidienne et celles liées à son hébergement.

Les pouvoirs publics et la solidarité nationale (collectivités locales, État, Sécurité sociale...) financent 79 % du total de la dépense pour un montant de 23,7 Md€; 6,3 Md€ sont à la charge des Français.

Parmi les 6,3 Md€ de dépenses à la charge des ménages, 3,8 Md€ le sont au titre des frais d'hébergement.

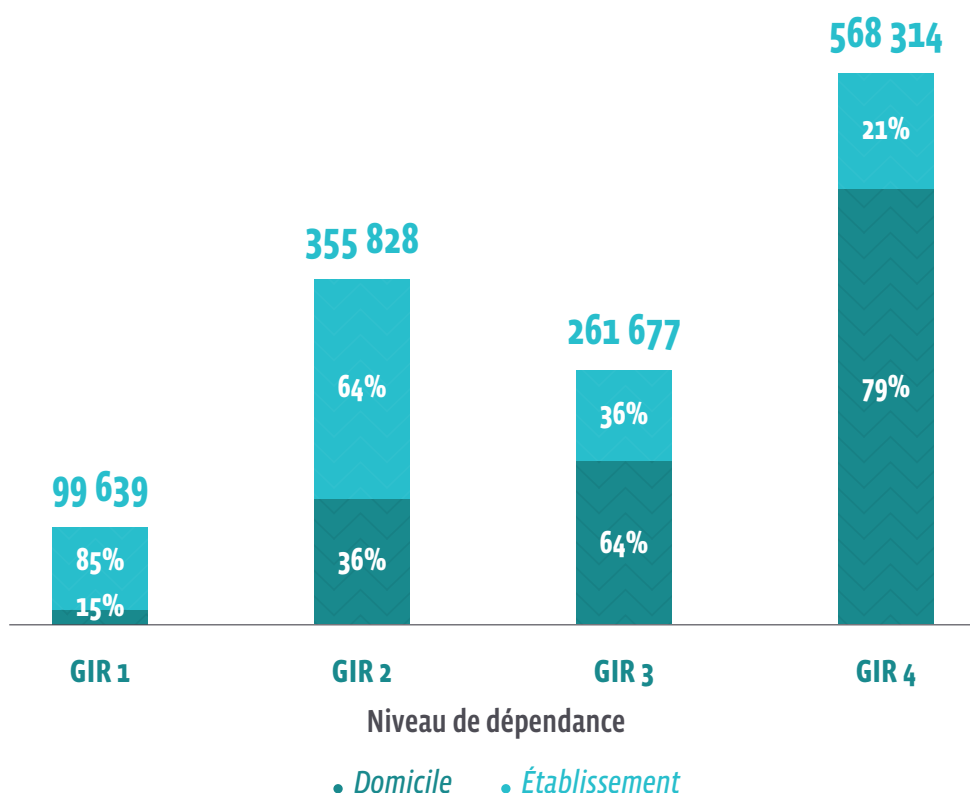
Sur le total des dépenses liées à la prise en charge des personnes en perte d'autonomie, 12,2 Md€ correspondent à des dépenses de santé (41 %) et relèvent très majoritairement de l'Assurance maladie. La suite du document se focalise sur la prise en charge des dépenses correspondant à la perte d'autonomie en tant que telle (aides dans les actes de la vie quotidienne) et à l'hébergement.

DISPARITÉS TERRITORIALES



*De fortes disparités territoriales pour
la prise en charge publique de la perte d'autonomie*

Nombre de bénéficiaires de l'APA par GIR et par mode de résidence



› Source : Drees, *Enquête Aide sociale 2016*.

Plusieurs dispositifs publics permettent de financer les prestations liées à la perte d'autonomie (aides dans les actes de la vie quotidienne) et l'hébergement (APA, crédit et réduction d'impôts...) mais, le plus souvent, un RAC demeure. Celui-ci s'ajoute au RAC lié à la santé qui peut être élevé car les personnes âgées en situation de perte d'autonomie ont des besoins importants de soins.

1,3 million de personnes âgées sont bénéficiaires de l'APA en 2016³.

À retenir



Plus de la moitié des bénéficiaires de l'APA résident à leur domicile (59 %). Les personnes en perte d'autonomie modérée (GIR 3 et 4) sont plus nombreuses à domicile qu'en établissement. Inversement, les personnes en perte d'autonomie sévère (GIR 1 et 2) résident plus souvent en établissement.

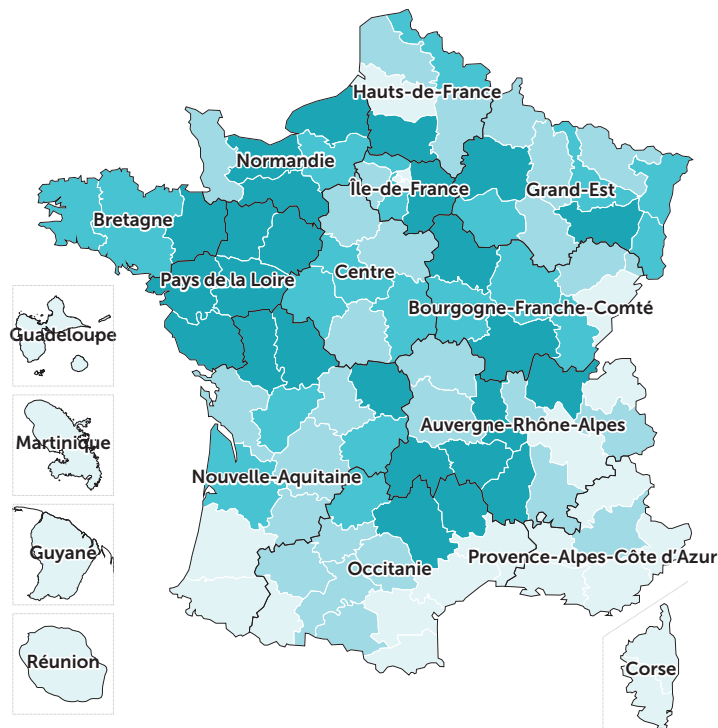
³ - Source : Bénéficiaires de l'APA - Drees, *Enquête Aide sociale 2016*.

En hébergement

› De fortes inégalités territoriales

Nombre de places d'hébergement permanent* pour 1 000 habitants de plus de 75 ans

(données 2015)



Taux d'équipement des établissements d'hébergement permanent

- 44 à 110
- 111 à 123
- 124 à 142
- 144 à 197

› Source : Dress, données Statiss 2015

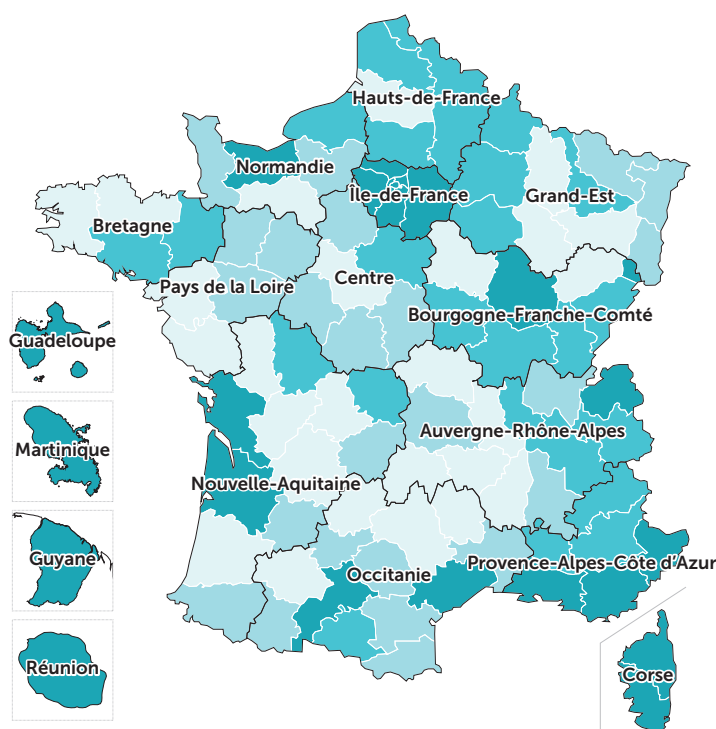
Le nombre de places d'hébergement permanent varie fortement d'un département à l'autre. Il est le plus bas à la Réunion (44 places pour 1 000 habitants de plus de 75 ans) et le plus élevé en Lozère (197 places pour 1 000 habitants de plus de 75 ans), soit 4,5 fois plus.

* : Toutes catégories d'hébergement confondues (Ehpad, logements-foyers, maisons de retraite...)

› Un prix disparate de l'hébergement par département

Coût mensuel médian de la prise en charge en Ehpad de l'hébergement et de la perte d'autonomie pour une personne âgée en perte d'autonomie sévère (GIR 1 et 2)

(données au 31 décembre 2016)



Coût total mensuel d'une chambre seule en Ehpad

- 2 062 € à 2 257 €
- 2 259 € à 2 370 €
- 2 371 € à 2 535 €
- 2 538 € à 3 795 €

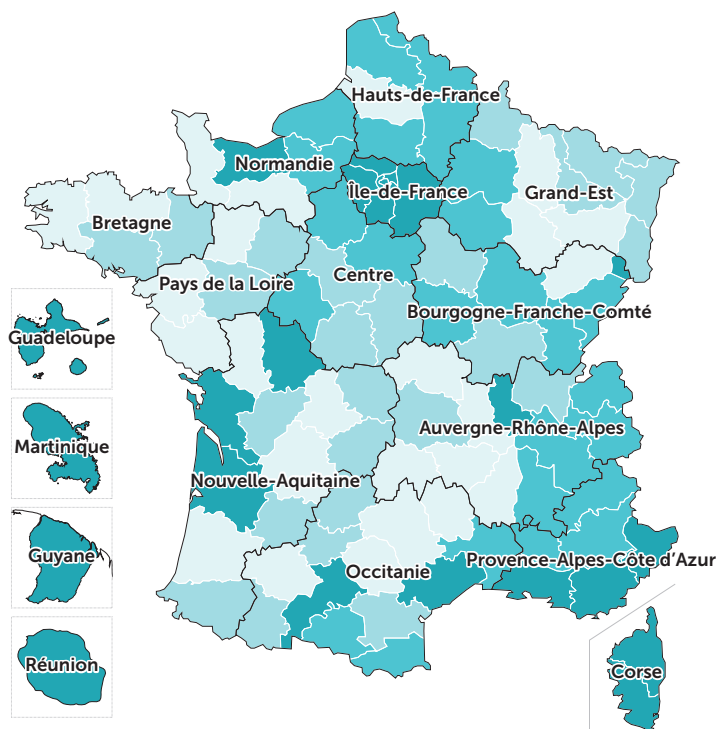
› Source : CNSA

Un mois d'hébergement en Ehpad pour une personne en perte d'autonomie sévère coûte en moyenne 2 450 €. Ce coût est de 2 050 € dans la Meuse mais il dépasse 3 500 € à Paris, dans les Hauts-de-Seine, en Guadeloupe et en Guyane (où il atteint 3 800 €).

› Reste à charge en établissement : du simple au double d'un département à un autre

Reste à charge mensuel médian (après APA et ASH) de la prise en charge en Ehpad de l'hébergement et de la perte d'autonomie (GIR 1 et 2)

(données au 31 décembre 2016)



RAC mensuel d'une chambre seule

- 1 613 € - 1 806 €
- 1 812 € - 1 925 €
- 1 926 € - 2 099 €
- 2 102 € à 3 146 €

› Source : CNSA/Calculs FNMF.

Après prise en compte des aides dont peuvent bénéficier les personnes en perte d'autonomie, le RAC en GIR 1 et 2 est de 2 000 € en moyenne. Il s'avère très différent d'un département à l'autre : il atteint 1 600 € par mois dans la Meuse et culmine à plus de 3 100 € par mois à Paris et dans les Hauts-de-Seine.

Les personnes imposables peuvent bénéficier d'une réduction d'impôt (en moyenne 112 € par mois par personne imposable).

En moyenne, **ce RAC lié à l'hébergement en Ehpad** représente 100 % du revenu disponible moyen des plus de 75 ans⁴. **En 2011, pour plus d'1 résident sur 2, il est supérieur aux ressources**⁵.

⁴ - <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2412465>

⁵ - Drees, *Dépendance des personnes âgées : qui paie quoi ?*, mars 2016.

Pour une personne dont l'état nécessite une présence importante, le RAC à domicile est très élevé. En effet, le coût d'une présence responsable à plein temps est de 4 750 € par mois⁶. Pour le financer, une personne âgée en perte d'autonomie peut bénéficier de l'APA pour un maximum de 1 700 € par mois et d'un crédit d'impôt pour un maximum de 6 000 € par an mais doit avancer les frais.

Le RAC mensuel s'étagerait de 2 500 € à 4 050 € en fonction du revenu de la personne âgée. Le maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie sévère qui nécessitent une présence responsable permanente s'avère donc coûteux.

Ce constat doit cependant être nuancé. En effet, pour les personnes âgées en situation de perte d'autonomie qui bénéficient de l'intervention à leur domicile d'aidants informels, le RAC peut diminuer dans des proportions très importantes : il tombe à 117 € pour les GIR 1, 92 € pour les GIR 2, 64 € pour les GIR 3 et 37 € pour les GIR 4, soit un RAC effectif moyen à domicile sur l'ensemble des GIR de 55 € par mois en 2018.

L'habitat des personnes âgées est souvent inadapté à un vieillissement en toute sécurité. En moyenne, le montant des travaux d'adaptation s'élève à 6 700 € par logement avec une subvention moyenne de 2 900 €⁷. Parfois, l'adaptation du logement n'est pas possible ou est trop coûteuse.

⁶ - Soit 16 heures par jour rémunérées au Smic.

⁷ - *Adaptation des logements pour l'autonomie des personnes âgées* - rapport Cnav-ANAH - décembre 2013 - à partir des dossiers de demande de subventions reçus en 2013.

Des aidants de moins en moins disponibles

On estime qu'environ **4,3 millions de personnes aident une personne âgée de plus de 60 ans vivant à domicile**, que ce soit en lui apportant une aide dans la vie quotidienne, une aide financière ou un soutien moral. Parmi elles, environ **2,8 millions de personnes apportent une aide à la vie quotidienne**⁸.

Or, **le nombre d'aidants familiaux potentiels (conjoint et enfants valides) par personne en perte d'autonomie va diminuer en raison de la baisse du nombre d'enfants par couple**. Pour les hommes, ce nombre passerait de 2,8 en 2000 à 2,3 en 2040. Pour les femmes, il baisserait de 2,2 à 2 aidants⁹.

La part des personnes en perte d'autonomie qui ont au moins un enfant sans activité professionnelle va également diminuer avec la baisse tendancielle du nombre d'enfants par femme mais aussi car les Français ont des enfants plus tardivement et l'âge de la retraite recule. Cette part passerait de 8 % en 2020 à 5 % en 2040 pour les femmes âgées en perte d'autonomie ; 5 % à 3 % pour les hommes¹⁰.

20 % des aidants d'une personne âgée ressentent une charge moyenne ou lourde. L'aide d'un proche âgé à domicile peut avoir un impact sur la vie professionnelle de l'aidant. Un quart des aidants en activité ont pris des congés pour aider. Près de la moitié des aidants qui ressentent une charge lourde ont dû aménager leur vie professionnelle (réduction du temps de travail, modification des horaires, arrêt de l'activité, rapprochement du lieu de travail, télétravail, changement de la nature du travail...) et 14 % déclarent avoir renoncé à des changements professionnels¹¹.

⁸ - Rapport HCAAM - HCFEA 2018.

⁹ - Source : Insee, modèle Destinie 2006.

¹⁰ - Source : Insee, modèle Destinie 2013.

¹¹ - Source : Drees, enquête Handicap-Santé auprès des aidants informels, 2008.

RAC LIÉS À LA PERTE D'AUTONOMIE



Des restes à charge liés à la perte d'autonomie
à l'avenir plus difficiles à assumer pour les ménages

Prise en charge de la perte d'autonomie

Un coût conséquent pour les ménages

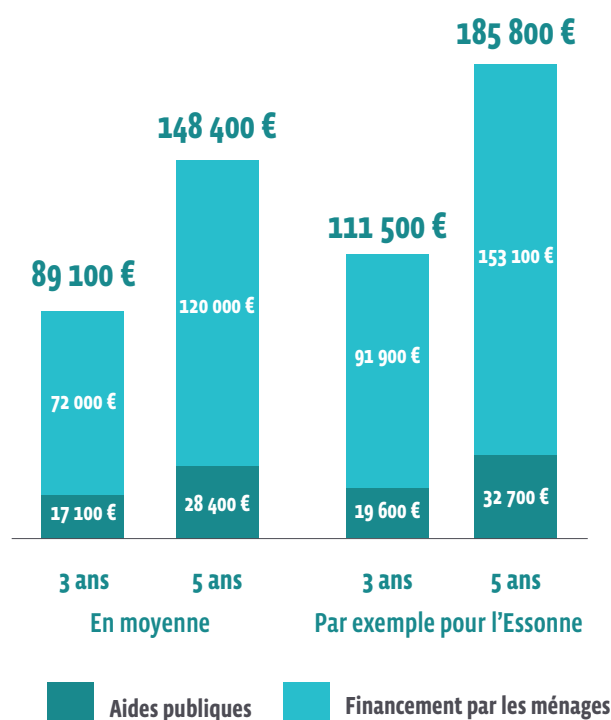
Le prix moyen correspondant à 3 ans d'hébergement complet en établissement¹² est de 89 100 € (2 474 € par mois). Le montant moyen des aides (APA, ASH) cumulées sur ces 3 ans atteint 17 100 €. **Le RAC moyen cumulé est donc de 72 000 €** (2 000 € par mois).

Ce RAC moyen cumulé est plus important pour les femmes que pour les hommes, notamment parce que leur durée moyenne d'hébergement est supérieure. En moyenne, une femme réside en Ehpad durant 2 ans et 9 mois, contre 2 ans pour un homme¹³.

Ces montants varient fortement d'un département à l'autre. Dans l'Essonne par exemple, le coût moyen mensuel est de 3 097 € et le reste à charge de 2 552 €. **Pour financer un hébergement pendant 5 ans, un résident doit déboursier plus de 150 000 €, au-delà des aides publiques. Ce montant dépasse de 46 900 € le niveau de vie médian des retraités.**

La prise en charge de la perte d'autonomie pèse donc d'ores et déjà sur le budget des ménages. À l'avenir, les difficultés de financement devraient s'accroître sous la pression démographique qui mobilisera davantage les ressources publiques et du fait de la dégradation prévisible du niveau de vie des retraités.

Coût d'un hébergement en fonction de sa durée



Source : CNSA/Traitements FNMF.

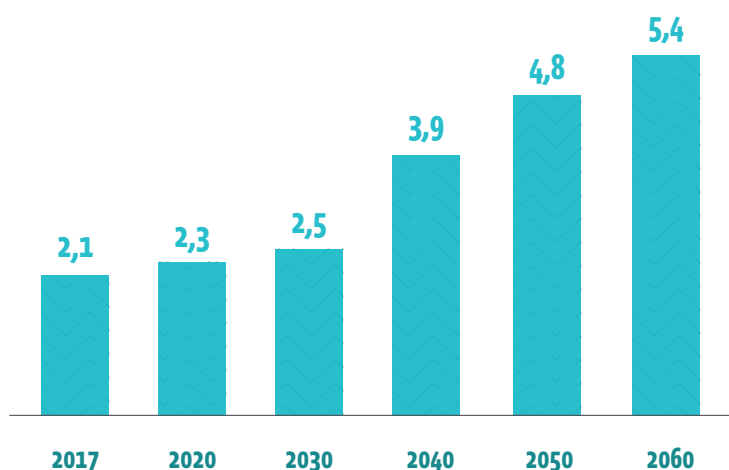
¹²- La durée moyenne en établissement est estimée à 3,3 ans par la Drees (*Études et résultats* avril 2010, n° 724).

¹³- Drees, *Études et résultats* n° 1015, 2017.

Une population qui vieillit

Population âgée de plus de 85 ans

(en millions de personnes)



Source : Insee, projection démographique 2007-2060

La population française vieillit de plus en plus rapidement. En 1970, la France dénombrait 1 050 centenaires, en 2016, elle en comptait 21 000. L'âge moyen d'entrée en perte d'autonomie est actuellement de 85 ans. 2,1 millions de personnes ont plus de 85 ans en 2017, elles devraient être 5,4 millions en 2060. **Le nombre de personnes en perte d'autonomie devrait doubler en 2060 pour atteindre 2,6 millions** (contre 1,3 million actuellement).

La perte d'autonomie progresse avec l'âge, avec un fort accroissement à partir de 75 ans. À 85 ans, environ 20 % des personnes sont concernées. Avec l'amélioration des conditions de vie, l'espérance de vie dans cet état, actuellement de 4,5 ans, pourrait s'accroître.

Niveau de vie des retraités

Une situation qui devrait se dégrader

Le niveau de vie médian des retraités (1 770 €/mois en 2015) est actuellement proche du salaire médian des actifs (1 800 € en moyenne, 1 650 € pour les femmes et 1 900 € pour les hommes).

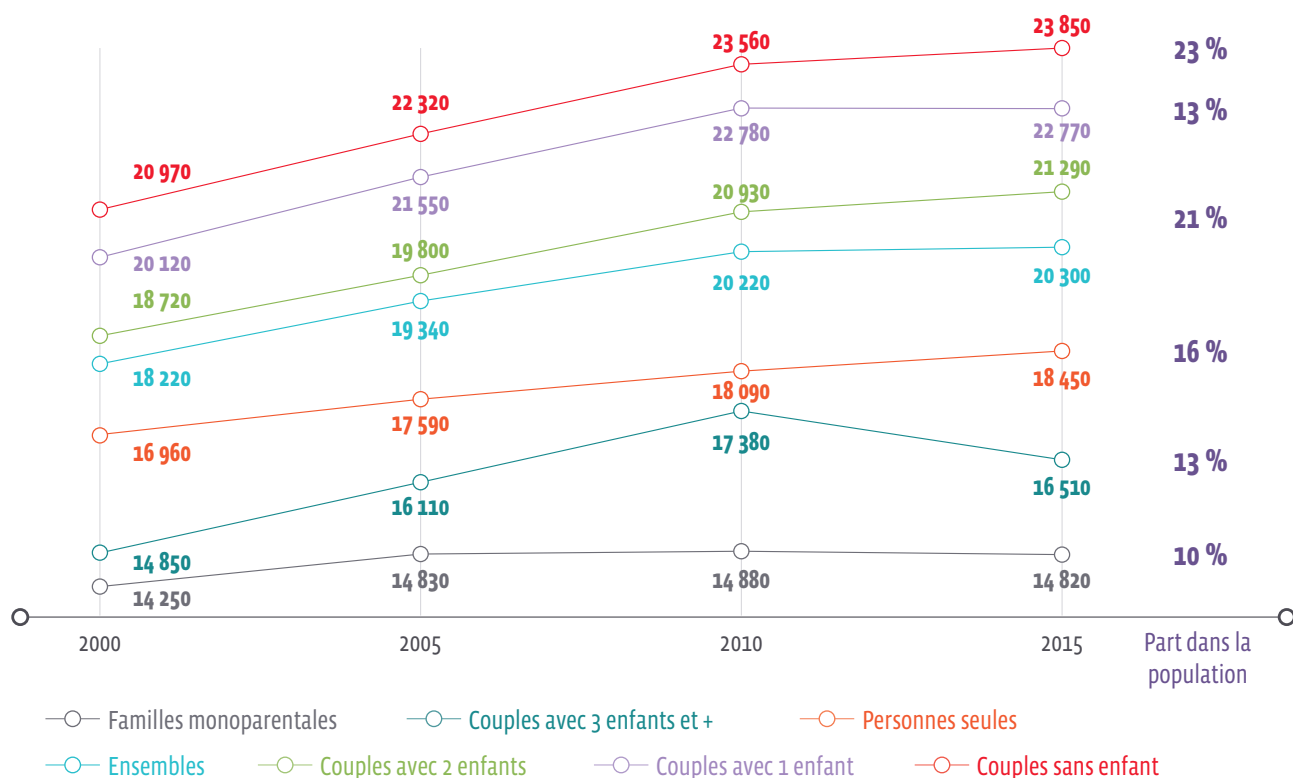
Le niveau de vie relatif des retraités devrait baisser cependant dans les prochaines années. Dans son dernier rapport annuel (2018), le **Conseil d'orientation des retraites prévoit que le ratio entre le niveau de vie des retraités et celui de l'ensemble de la population, proche de 105 % en 2015, devrait baisser dans 50 ans pour atteindre 77 à 90 %, selon les différents scénarios étudiés.**

Épargne

› Des situations contrastées selon le type de ménage

Évolution du niveau de vie selon le type de ménage

(en € constants : 2015)



› Source : Insee *Enquêtes Revenus fiscaux et sociaux*.

Remarque : les ménages complexes ne sont pas représentés (5 % de la population).

La capacité d'épargne s'est détériorée durant les dernières années pour une partie significative de la population. En effet, pour plus d'un tiers de la population (36 %), le niveau de vie moyen a stagné ou reculé entre 2010 et 2015. S'y retrouvent les familles monoparentales et les couples avec trois enfants et plus, catégories qui concentrent davantage que d'autres des situations de pauvreté.

En France, le taux d'épargne (y compris l'épargne liée au logement) représente 13,5 % du revenu brut disponible des ménages. Si ce taux situe la France dans le peloton de tête des États de l'Union européenne, en deuxième position après l'Allemagne, **il faut observer une baisse de près d'1 point entre 2000 et 2016¹⁴.**

¹⁴ Source Insee (données Eurostat).

Patrimoine

> Des disparités importantes

Le patrimoine net moyen des Français est de 236 k€ **quand le patrimoine médian est de 114 k€** (la moitié des ménages vivant en France déclarent un patrimoine net inférieur à 114 k€). Pour la moitié des ménages propriétaires de leur logement, l'immobilier¹⁵ représente plus de 80 % de leur patrimoine total. **Ces chiffres masquent néanmoins des disparités importantes et une concentration du patrimoine. Les 10 % les mieux dotés détiennent 47 % du patrimoine total.** Leur patrimoine est supérieur à 535 k€. **En revanche, les 10 % les plus modestes ont déclaré moins de 3 000 € de patrimoine, soit 178 fois moins¹⁶.**

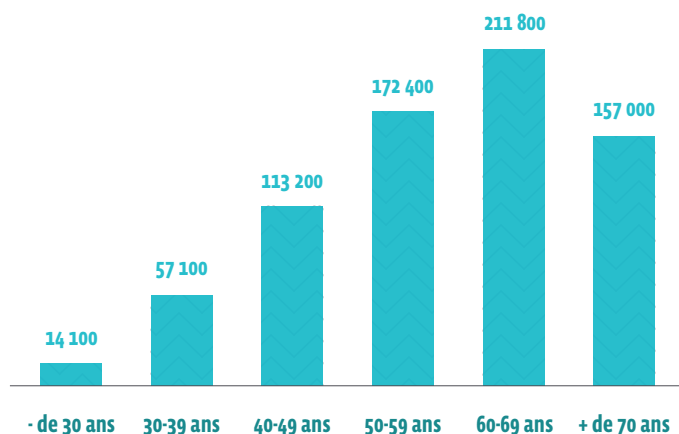
Les disparités de patrimoine sont également sensibles selon l'âge et le type de ménage : le patrimoine médian est plus élevé pour les ménages dont la personne de référence est âgée de 60 à 69 ans (212 k€) alors que les familles monoparentales ont un patrimoine particulièrement faible (16 k€).

¹⁵ - Près de six ménages sur dix sont propriétaires ou accédants à la propriété de leur résidence principale.

¹⁶ - Source Insee.

Patrimoine net médian en 2015 par ménage selon l'âge de la personne de référence

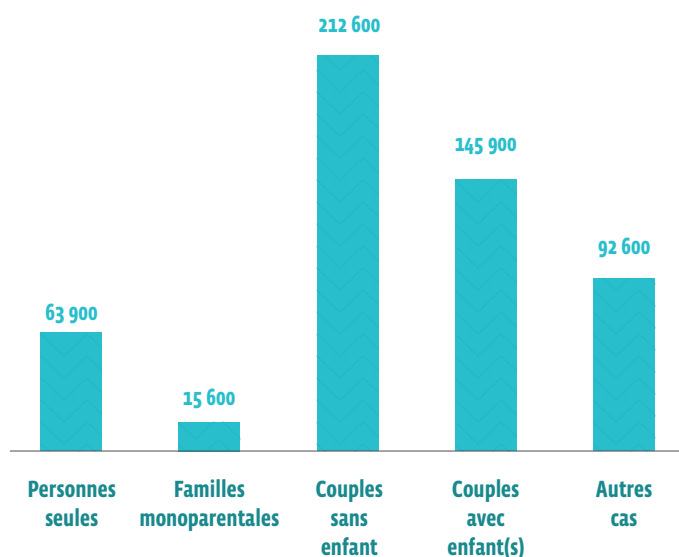
(en €)



> Source : Insee.

Patrimoine net médian en 2015 par ménage selon le type de ménage

(en €)



> Source : Insee.





2

***DES
PERCEPTIONS***



DÉPENDANCE ET PERTE D'AUTONOMIE



Perceptions des Français âgés de 45 ans et plus

> La dépendance : un sujet d'inquiétude majeur

De manière générale, les Français sont partagés quant à leur vision du futur : **à peine plus de la moitié d'entre eux déclarent avoir confiance en l'avenir (54 %)**. Et ils se montrent avant tout **inquiets à l'égard des questions de santé** : diminution des capacités physiques ou intellectuelles (79 % déclarent s'en inquiéter beaucoup ou plutôt), risque de maladie (77 %), des inquiétudes qui augmentent avec l'âge. **Le risque de dépendance pour soi-même et pour ses proches constitue également une préoccupation importante pour une large majorité de Français (77 % et 72 % respectivement)**.

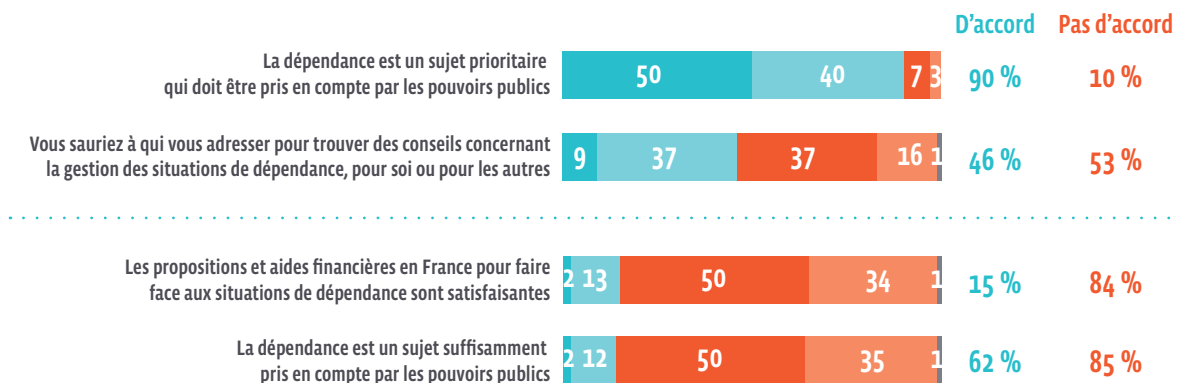
S'ajoute à ces enjeux de santé **le fait de devoir faire face à d'éventuelles difficultés financières (66 %)**. 63 % des Français âgés de 45 ans et plus **estiment que leur niveau de vie va diminuer au cours des 10 prochaines années**. Ce pessimisme dominant, encore plus marqué chez les personnes aux revenus les plus modestes, fait que nombre de situations potentielles de changement de vie sont envisagées avec appréhension. En outre, **la majorité des Français âgés de 45 ans et plus se sentent mal préparés, d'un point de vue financier, au risque de dépendance**, que ce soit pour eux-mêmes (66 %) ou pour leurs proches (63 %).

> Un sentiment de manque d'information et de doute sur les moyens mis en œuvre pour y faire face

90 % des Français âgés de 45 ans et plus estiment que la dépendance constitue un sujet qui devrait être prioritaire pour les pouvoirs publics (90 %), mais 85 % d'entre eux pensent qu'il ne l'est pas suffisamment. Les propositions et aides financières pour faire face à ce type de situation notamment apparaissent pour 84 % d'entre eux insatisfaisantes.

« Êtes-vous d'accord avec chacune des affirmations suivantes concernant la dépendance ? » »

> À tous, en %



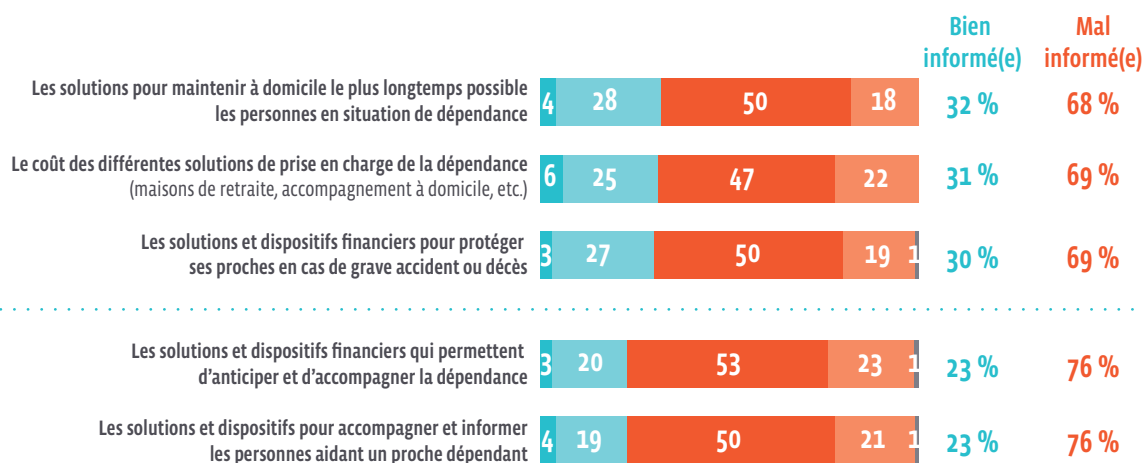
● Très différent(s) ● Plutôt différent(s) ● Plutôt pas différent(s) ● Pas du tout différent(s) ● Ne se prononce pas

Dans ce domaine, les attentes des aidés comme des aidants sont multiples : dispositifs d'accompagnement pour favoriser le maintien à domicile des personnes en situation de dépendance (une priorité pour 81 % des Français), développement d'infrastructures adaptées (structures d'accueil temporaire ou de jour : 61 %, maisons de retraite médicalisées : 59 %, logements de type « intermédiaire » adaptés aux personnes entrant en dépendance : 53 %), mais également des aides pour les aidants (56 %).

Les besoins en termes d'information sont également prégnants et, là encore, cela concerne la personne aidée mais également l'aidant lui-même. Plus de 7 Français sur 10 âgés de 45 ans et plus se disent mal informés sur les différents sujets concernant la dépendance. Un déficit de connaissance important s'exprime concernant les solutions pour accompagner les aidants, les différentes possibilités de prise en charge de la dépendance ainsi que leur coût et les solutions pour maintenir à domicile le plus longtemps possible les personnes en situation de dépendance.

« Et direz-vous que vous vous sentez bien ou mal informé(e) sur chacun des sujets suivants ? »

» À tous, en %



● Très différent(s) ● Plutôt différent(s) ● Plutôt pas différent(s) ● Pas du tout différent(s) ● Ne se prononce pas

Face à ces situations que les Français appréhendent avec anxiété à un niveau assez personnel et individuel, et de manière assez floue, les acteurs de proximité émergent comme les interlocuteurs mobilisés en première intention : les professionnels de santé (77 %), l'entourage (76 %), les associations (72 %), les collectivités locales (60 %) et dans une moindre mesure les mutuelles (59 %).

› **Financement de la dépendance :
une attente déclarée à l'égard
de la collectivité...
mais sans grande conviction**

De manière générale invités à choisir parmi différents acteurs, les Français de 45 ans et plus estiment que **c'est la Sécurité sociale qui devrait contribuer en priorité au financement de la prise en charge de la dépendance** (54 % la citent en premier, 64 % au total), devant les mutuelles (en premier : 10 %, au total : 49 %), et les personnes elles-mêmes via leur épargne (en premier : 12 %, au total : 24 %). D'ailleurs, quand on les interroge sur différentes pistes possibles pour financer la perte d'autonomie, ils privilégient nettement celle **d'une prise en charge par la Sécurité sociale** (57 %), devant une assurance-dépendance obligatoire pour tous (33 %) et une nouvelle journée de solidarité (7 %). La solidarité collective plus que la responsabilisation individuelle en quelque sorte.

Néanmoins, on note **un décalage entre l'idéal et la réalité**. S'ils souhaitent majoritairement que la Sécurité sociale prenne une large part dans le financement de la dépendance, cette option apparaît pourtant peu réaliste à leurs yeux au regard du déficit de celle-ci et des faibles marges de manœuvre financières qui en découlent.

Dans ce contexte, et au-delà d'un idéal a priori peu probable, les Français âgés de 45 ans et plus mobiliseraient **en priorité leur épargne personnelle (41 %) s'ils devaient financer une éventuelle situation de dépendance pour eux-mêmes ou leurs proches**, le recours à la Sécurité sociale (32 %) ou à leur mutuelle (16 %) n'apparaissant que loin derrière.

On note bien sûr ici une différence importante entre les personnes plus aisées qui misent avant tout sur leurs ressources personnelles, et les personnes les plus modestes qui comptent davantage sur la collectivité.

Aujourd'hui, seuls 21 % des Français âgés de 45 ans et plus déclarent détenir un contrat couvrant le risque de perte d'autonomie. La plupart de ceux qui n'en ont pas déclarent ne pas envisager d'y souscrire, que ce soit pour eux-mêmes (seuls 20 % seraient tentés de le faire) ou en prévision d'un rôle d'aidant éventuel (5 %). La raison principale invoquée est le coût jugé trop important de ce type de dispositif (50 %), devant le manque d'information (25 %) et le sentiment que ce type de contrat est inutile (21 %).

Ainsi, alors même que les Français sont attachés aux différents systèmes de solidarité et qu'ils affichent une forte préoccupation à l'égard de la thématique de la dépendance, **ils envisagent des solutions au niveau individuel plutôt qu'au niveau collectif**. Tout se passe comme si, à l'heure actuelle, **la collectivité n'apparaissait pas en mesure d'apporter d'aide dans ce domaine**. Les Français intègrent, qui plus est, la contrainte budgétaire et les déficits publics de l'État. Dans un contexte où ce sujet n'a pas été posé nationalement, les répondants n'envisagent pas aujourd'hui cette possibilité et substituent la solidarité familiale à la solidarité nationale.

Le regard des aidants

> Préalable

11 %

des Français déclarent aujourd'hui être l'aidant(e)
d'au moins une personne en situation de dépendance

49 %

de ceux qui aident
une personne en
situation de dépendance
déclarent y consacrer
du temps **tous les jours**

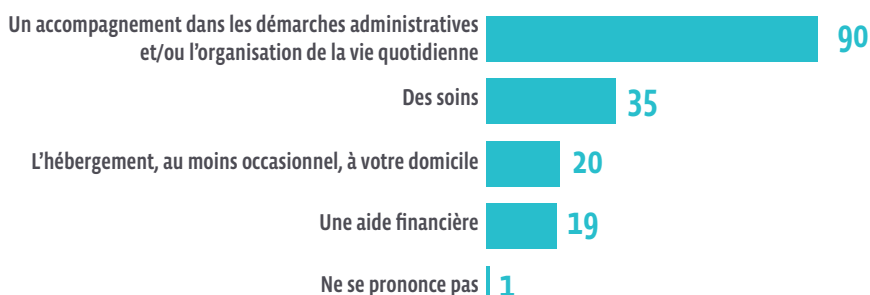
80 %

disent le faire au moins
2 heures par semaine



« Quels sont parmi la liste suivante les types d'aides que vous
donnez à votre/vos proche(s) en situation de dépendance ? »

Plusieurs réponses possibles



Plus d'un Français de 45 ans et plus sur 10 (11 %) déclare être aujourd'hui l'aidant(e) d'une personne en situation de dépendance. Pour beaucoup, cela suppose une disponibilité importante : **la moitié des aidants déclarent consacrer du temps à cette tâche tous les jours** (et 80 % au moins deux heures par semaine) et le type d'aide le plus fréquent consiste en l'accompagnement dans les démarches administratives et l'organisation de la vie quotidienne. Mais le fait de prodiguer des soins concerne également 35 % des aidants, l'hébergement au moins occasionnel 20 % et l'aide financière 19 %. Au-delà des tâches d'ordre « fonctionnel », **les aidants ont surtout le sentiment d'offrir aux personnes aidées, à travers leur présence, une forme de dialogue et une « fenêtre sur le monde ».**

La thématique « dépendance et perte d'autonomie » chez les aidants **convoque des émotions fortes** : de « l'angoisse », de la « tristesse », de la « colère » également. Face à l'inquiétude, la détresse ou la souffrance exprimée, l'aidant ressent **un déficit dans sa propre réponse donnée**. Les aidants se sentent souvent dépassés, enclins à l'autocritique.

La conscience du problème de la dépendance est de fait bien réelle mais force est de constater **que l'on ne se prépare pas à ce risque ni qu'on ne l'anticipe**. Pas de décisions spécifiques, pas de projection d'organisation, pas de souscription de produits assurantiels, pas de discussion avec les proches sur ce sujet... S'agissant de préparer cette éventuelle vie de dépendance, les aidants se sentent désarmés : « que faire, par quoi commencer ? » La question de la prévention peine à trouver sa place dans le débat sur la dépendance. Comme si la pathologie qui conduit à la dépendance et les conséquences que cela entraîne ne pouvaient être évitées.

« Honnêtement, je ne vois pas ce que je peux faire contre ça. » (Aidants retraités, 60 à 70 ans, CSP moyennes à modestes)

« Ça peut faire peur, c'est mortifère, c'est comme aller faire son contrat obsèques, ce n'est pas très sexy quoi. » (Aidants retraités, 60 à 70 ans, CSP+)

« Paradoxalement, on a plus de réticences à y penser vu qu'on y est confronté. » (Aidants retraités, 60 à 70 ans, CSP+)

Ces aidants abordent la question de la projection pour soi-même avec une crainte paralysante.

Ce qu'ils voient aujourd'hui chez la personne aidée constitue un devenir possible qu'ils ne nient pas. Mais ils se sentent démunis face à l'ampleur du problème. Aucune solution, selon eux, ne semblant de nature à limiter ou éviter la pathologie, ils expriment **une forme de fatalisme**. Un sentiment doublé d'un autre, le fait qu'ils ne bénéficieront peut-être pas du même soutien de leurs proches, de leurs enfants tout spécialement, quand ils seront eux-mêmes en situation de perte d'autonomie.

*« Personnellement je ne suis pas sûre que ma fille m'aidera quand ce sera mon tour... »
(Aidants, 45 à 60 ans, CSP moyennes)*

La notion de « difficultés » préempte le discours des aidants. Les difficultés économiques ne sont pas le seul enjeu majeur engendré par la confrontation à la dépendance. Ils mettent plus particulièrement en avant **des dimensions d'ordre psychologique** et ne se sentent **pas suffisamment accompagnés au quotidien dans un rôle d'aidant** qui ne s'improvise pas et qu'ils n'avaient souvent pas anticipé :

*« C'est tombé comme ça, à midi tout va bien et à 17 h vous vous dites qu'est-ce qui est en train de m'arriver ma vie est en train de basculer dans un truc que je n'ai pas prévu. »
(Aidants retraités, 60 à 70 ans, CSP+)*



Ils évoquent notamment **le sentiment de solitude ressenti dans l'appréhension de cette tâche, en raison notamment du manque de soutien et de reconnaissance à l'égard de l'investissement mobilisé** (en temps de disponibilité, en efforts quotidiens, en énergie morale), que ce soit de la part des acteurs institutionnels, du personnel médical, voire de la personne aidée elle-même.

*« Vous êtes là tout le temps et ils racontent aux voisins qu'on ne vient jamais les voir. »
(Aidants, 45 à 60 ans, CSP moyennes)*

Et ce, d'autant plus qu'ils supportent pleinement le poids de la responsabilité morale associée à ce qu'ils vivent **comme un « devoir », une « mission »** (notamment quand cela concerne leurs propres parents). Ainsi, ils souhaitent que la prise en charge de la **dépendance ne se limite pas à des aides envers l'aidé, mais un soutien en général (et pas seulement économique) envers l'aidant.**

« Les parents se sont occupés de nous quand on était enfants, maintenant on est adultes c'est à nous de nous en occuper (...) nos parents nous ont donné naissance, on sait qu'à un moment il y a un juste retour des choses. » (Aidants retraités, 60 à 70 ans, CSP moyennes à modestes)

« Moi mon propre père ou ma propre mère, je n'appelle pas ça aider, c'est "je dois le faire", mais faire ça pour les autres ça s'appelle aidant. » (Aidants, 45 à 60 ans, CSP moyennes)



Si les aidants se sentent parfois seuls et désemparés dans l'accomplissement de leur tâche au quotidien, c'est aussi qu'ils identifient très mal les acteurs auxquels ils pourraient s'adresser pour solliciter une aide. Ils ont d'abord une mauvaise image des structures directement liées à l'univers de la dépendance (Ehpad, maisons de retraite), associées au caractère repoussoir de « dernière demeure »/« mouvoir », ainsi qu'à un manque chronique de moyens humains et à des affaires médiatisées de maltraitance. Mais aussi au sentiment de culpabilité de devoir « placer » en dernier recours, et en quelque sorte « abandonner » son aïeul à la collectivité, donc faillir à son devoir. **D'où la priorité accordée au maintien à domicile le plus longtemps possible**, pour des raisons à la fois financières et psychologiques.

*« On les oblige à manger à 18 h 30, à se coucher à 21 h... Je ne peux pas faire ça à ma mère ! »
(Aidants, 45 à 60 ans, CSP+/CSP moyennes)*

« Pour eux c'est un mouvoir la maison de retraite, ma petite mère est bien chez elle, elle a ses petites habitudes. » (Aidants, 45 à 60 ans, CSP moyennes)

Au-delà de cette image critique, l'enquête qualitative auprès des aidants révèle **une méconnaissance de l'existence ou du rôle de certains acteurs dans l'univers de la dépendance**, vu comme un monde complexe avec une multitude d'intervenants et des rouages administratifs perçus comme plus ou moins cohérents. Dès lors, **les aidants se tournent en priorité vers les acteurs de proximité qu'ils connaissent et qui les rassurent** : les collectivités locales et en premier lieu la mairie, les services sociaux et assistantes sociales, les professionnels de santé intervenant auprès de la personne aidée, ainsi que les structures associatives. L'État en lui-même n'est jamais cité directement (pas de plan dépendance évoqué...), de même que les assureurs et mutuelles dont l'image et le rôle dans le domaine de la dépendance sont mal cernés.

De manière générale, c'est donc **un manque de connaissance des acteurs qui prédomine, ainsi que le sentiment d'une absence totale de coordination entre ces derniers, ce qui alimente l'impression d'être livré à soi-même dans son rôle d'aidant.**

« Tout existe mais encore faut-il le savoir et le trouver. » (Aidants retraités, 60 à 70 ans, CSP moyennes à modestes)

« Il n'y a pas de notice dans ces situations-là et c'est à nous de taper à toutes les portes pour savoir. » (Aidants retraités, 60 à 70 ans, CSP moyennes à modestes)

*« Le parcours du combattant, il y a tellement de choses qui nous arrivent, il faut faire des tas de choses, on ne sait pas où aller. »
(Aidants retraités, 60 à 70 ans, CSP moyennes à modestes)*

Au final, on peut être frappé par **la différence entre le niveau très élevé de préoccupation que suscite la thématique de la perte d'autonomie et de la dépendance aujourd'hui et le sentiment que la prise en charge par la collectivité, au niveau institutionnel n'est pas à la hauteur de l'enjeu.** D'où le sentiment qu'ont les aidants d'être livrés à eux-mêmes dans l'accomplissement de leur « mission ». D'où aussi **les attentes fortes et à plusieurs niveaux qu'ils expriment.**

Cette demande de soutien concerne bien sûr le niveau financier pour aider les personnes concernées à préserver leur qualité de vie en situation de dépendance (aides à l'adaptation du logement, au maintien à domicile, etc.). Dans ce domaine, **les dispositifs d'aide financière sont plutôt peu connus, et tiennent essentiellement du recours a posteriori**, une fois la dépendance installée. En-dehors du recours étendu à l'APA (allocation personnalisée d'autonomie), les aides dispensées par les mutuelles, caisses de retraite, municipalités et dispositifs fiscaux pour l'aménagement et équipements dédiés au logement sont en effet largement méconnues des aidants.

Mais ces attentes de soutien s'expriment également **au niveau émotionnel et affectif, au niveau administratif, ainsi qu'au niveau légal.** Derrière cela, **c'est le sentiment d'une absence de coordination entre les différents acteurs de l'univers de la dépendance qui s'exprime ici.**

LEXIQUE



› ACTP : L'allocation compensatrice de tierce personne

L'allocation compensatrice de tierce personne (ACTP) est versée aux adultes de moins de 60 ans par le conseil général après avis d'une Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) pour permettre de compenser l'impossibilité de réaliser les gestes ordinaires de la vie. Elle permet de rémunérer une tierce personne ou le personnel d'un établissement de soins.

Cette allocation a été remplacée en 2006 par la prestation de compensation du handicap (PCH), mais il est possible de continuer à en bénéficier si la personne la percevait déjà et qu'elle continue d'en respecter les conditions d'attribution.

› ALD : Affection longue durée

Une affection de longue durée (ALD) est une maladie dont la gravité et/ou le caractère chronique nécessitent un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, et pour laquelle le ticket modérateur est exonéré.

En effet, le tarif de la Sécurité sociale (base de remboursement) des dépenses liées aux soins et traitements nécessaires à la prise en charge médicale d'une ALD est couvert à 100 % par l'Assurance maladie. Les dépassements pratiqués au-delà du tarif de la Sécurité sociale restent à la charge du patient ou de sa complémentaire santé.

La liste des ALD est fixée par décret (exemples d'ALD : diabète, cancer, mucoviscidose, infection par le VIH).

› AMO : Assurance maladie obligatoire

L'assurance maladie obligatoire (AMO) correspond à la prise en charge financière réalisée par la Sécurité sociale des frais liés à la maladie, à la maternité et aux accidents du travail/maladies professionnelles. On parle plus couramment de « régime obligatoire ».

Public et obligatoire, ce régime est complété par l'assurance maladie complémentaire (AMC) qui correspond à la couverture des complémentaires santé de tout ou partie des dépenses qui restent à la charge des patients une fois les remboursements de l'AMO effectués.

› APA : Allocation personnalisée d'autonomie

L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) est une aide financière destinée aux personnes âgées de 60 ans et plus en perte d'autonomie (relevant d'un GIR de 1 à 4). Elle est versée par le conseil départemental. Le montant attribué dépend du niveau de revenus et de la sévérité de sa dépendance.

L'APA permet de financer une partie des dépenses liées au maintien à domicile ou, lors d'un hébergement dans un établissement médico-social (par exemple, un Ehpad), de couvrir une partie du tarif dépendance.

› APL : Aide personnalisée au logement

L'aide personnalisée au logement (APL) est une aide financière destinée à réduire le montant du loyer ou des mensualités d'emprunt en cas d'accession à la propriété d'un logement ancien (hors zone tendue). Son montant dépend de barèmes qui prennent en considération la situation familiale et le nombre de personnes à charge, les ressources du foyer, la valeur du patrimoine lorsqu'elle est supérieure à 30 000 €, le montant du loyer ou des mensualités d'emprunt.

› ASH : Aide sociale à l'hébergement

Pour éviter un maintien à domicile contraint par des raisons financières, l'aide sociale à l'hébergement (ASH) peut être demandée auprès du conseil départemental par les personnes âgées hébergées en établissement (résidence-autonomie, établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, unité de soins de longue durée) ou chez un accueillant familial habilité par le conseil départemental.

Le conseil départemental paie la différence entre le montant de la facture et la contribution de la personne, voire de ses obligés alimentaires. Les montants de l'aide versés sont récupérables par le conseil départemental.

Pour bénéficier de cette aide, il faut :

- › avoir plus de 65 ans (ou plus de 60 ans si l'on est reconnu inapte au travail);
- › résider en France de façon stable et régulière ou disposer d'un titre de séjour en cours de validité;
- › avoir des ressources inférieures au montant des frais d'hébergement.

Les personnes handicapées vivant en maison de retraite peuvent bénéficier sous condition du régime de l'ASH pour les personnes handicapées.

› CMU-C : Couverture maladie universelle complémentaire

La couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) est une complémentaire santé gratuite. Pour en bénéficier, il faut résider en France de façon stable et régulière et avoir des ressources ne dépassant pas un certain plafond. Les bénéficiaires du RSA ont automatiquement droit à la CMU-C.

La CMU-C assure, avec dispense totale d'avance de frais :

- › la prise en charge du ticket modérateur sur les honoraires et les actes des professionnels de santé, les médicaments remboursables, les frais d'hospitalisation;
- › l'exonération de la participation forfaitaire de 1 € (consultations ou actes médicaux, examens de radiologie, analyses médicales) et de la franchise médicale sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires;
- › la prise en charge du forfait journalier en cas d'hospitalisation (sans limitation de durée) et l'exonération du forfait de 18 €;
- › dans la limite de tarifs fixés par arrêtés, la prise en charge des frais dépassant les tarifs de la Sécurité sociale pour les prothèses dentaires et l'orthopédie dento-faciale, les lunettes (verres et monture), les prothèses auditives, et d'autres produits et appareils médicaux (pansements, cannes, fauteuils roulants, etc.).

Aucun dépassement d'honoraire ne peut être facturé par les médecins sauf en cas d'exigence particulière du bénéficiaire.

› CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

Mise en place en mai 2005, la CNSA est, depuis le 1^{er} janvier 2006, chargée :

- › de financer les aides en faveur des personnes âgées en perte d'autonomie et des personnes handicapées;
- › de garantir l'égalité de traitement sur tout le territoire et pour l'ensemble des handicaps et des situations de perte d'autonomie;
- › d'assurer une mission d'information et d'animation de réseau, d'information des personnes âgées, des personnes handicapées et de leurs familles;
- › d'assurer un rôle d'expertise et de recherche sur les questions liées à l'accès à l'autonomie, quels que soient l'âge et l'origine du handicap.

› Cnav : Caisse nationale d'assurance vieillesse

La CNAV est la caisse de Sécurité sociale qui gère la retraite de base des salariés du secteur privé.

> **Drees : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques**

La Drees est une direction de l'administration centrale des ministères sociaux. Elle a pour mission prioritaire de doter les ministères sociaux, les services déconcentrés ainsi que les organismes gravitant dans leur orbite d'une meilleure capacité d'observation, d'expertise et d'évaluation de leur action et de leur environnement.

Elle fait partie du service statistique public dont la vocation est d'offrir aux décideurs publics, aux responsables économiques et sociaux et aux citoyens des informations fiables et des analyses sur les populations et les politiques sanitaires et sociales.

> **Ehpad : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes**

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) sont des structures médicalisées ayant vocation à accueillir des personnes âgées en situation de perte d'autonomie physique et/ou psychique.

> **GIR : Groupe « iso-ressources »**

Le groupe « iso-ressources » (GIR) correspond à une estimation du niveau de perte d'autonomie d'une personne âgée. Le GIR est évalué à l'aide de la grille Aggir. Il existe 6 GIR : le GIR 1 est le niveau de perte d'autonomie le plus fort et le GIR 6 le plus faible.

La grille Aggir mesure la capacité à accomplir 10 activités corporelles et mentales, dites activités discriminantes (faire sa toilette, s'alimenter, etc.), et 7 activités domestiques et sociales, dites activités illustratives (gérer ses affaires, son budget et ses biens, utiliser un moyen de transport collectif ou individuel, etc.). Seules les activités discriminantes sont utilisées pour déterminer le GIR. Les activités illustratives apportent des informations complémentaires pour mieux appréhender la situation globale de la personne.

> **HCAAM : Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie**

Le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) est une instance de réflexion et de propositions qui contribue, depuis 2003, à une meilleure connaissance des enjeux, du fonctionnement et des évolutions envisageables des politiques d'assurance maladie.

> **PCH : Prestation de compensation du handicap**

La prestation de compensation du handicap (PCH) est une aide financière versée par le département. Elle est destinée à rembourser les dépenses liées à la perte d'autonomie (par exemple, aménagement du logement ou du véhicule, recours à une tierce personne). Son attribution dépend du degré d'autonomie, de l'âge, des ressources et de la résidence.

> **Présence responsable**

Les heures de présence responsable sont celles où l'assistant de vie peut utiliser son temps pour lui-même tout en restant vigilant pour intervenir s'il y a lieu de le faire.

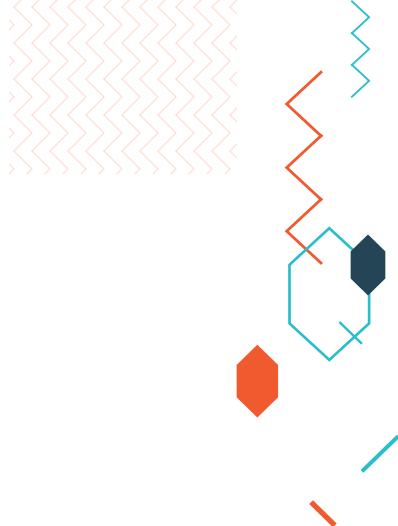
> **RAC : Reste à charge**

En matière de soins de santé, le reste à charge (RAC) peut être défini comme le montant des dépenses qui restent à la charge du patient une fois déduits les remboursements de l'AMO. On parle alors de RAC après AMO.

Il peut également correspondre aux montants restant à la charge du patient une fois déduits les remboursements de l'AMO et de sa complémentaire santé. On parle alors de RAC après AMO et AMC.

> **Sniiram : Système national d'information interrégimes de l'Assurance maladie**

Créé en 1999, le Sniiram est une base de données nationale dont les objectifs sont de contribuer à une meilleure gestion de l'Assurance maladie et des politiques de santé, d'améliorer la qualité des soins et de transmettre aux professionnels de santé les informations pertinentes sur leur activité.



PLACE DE LA SANTÉ

L'Observatoire



ISSN en cours