

11:00 – 12:00

AUDITORIUM RONSARD

Quelles sont les actualités en Gériatrie et Gérontologie – Part 2

Modérateurs : L. DE DECKER (Géronte, Nantes), C. JEANDEL (Géronte, Montpellier)

- La branche autonomie : périmètre, gouvernance et financement
M. LE BAYON (Directeur Général de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), Paris)
- Point de vue économique sur une France vieillissante
T. RAPP (Economiste, Université Paris Cité et Chaire AgingUP, Paris)



La branche autonomie : périmètre, gouvernance et financement

Intervention de Maëlig le Bayon
26 mars 2025 – JVMA Tours



Déroulé de l'intervention



- 1. Présentation du périmètre de la branche**
- 2. Une gouvernance singulière**
- 3. Un financement sécurisé**



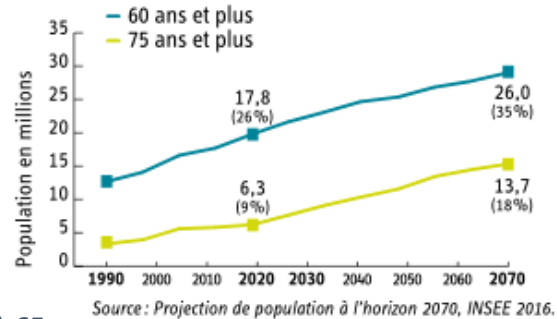


1- Présentation du périmètre de la branche

Le contexte

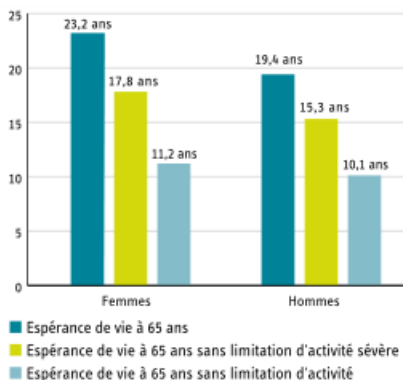
UNE POLITIQUE POUR ACCOMPAGNER LA TRANSITION DEMOGRAPHIQUE

Un vieillissement de la population qui va s'accélérer dans les prochaines années



Une espérance de vie à 65 ans qui diffère selon la situation des personnes

Espérance de vie à 65 ans en 2018



Un allongement de l'espérance de vie qui appelle de nouveaux besoins :

- Diversification et évolution de l'offre PA/PH
- Allongement de l'espérance de vie des personnes handicapées
- Survenance du handicap ou perte d'autonomie après 65 ans...

Une réponse : la création de la branche Autonomie de la sécurité sociale

- Loi n°2020-992 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie : *création de la branche, sécurisation de ses ressources*
- LFSS pour 2021 : *consolidation du cadre d'intervention de la CNSA gestionnaire de la branche*
- Convention d'Objectif et de Gestion (COG) avril 2022 : *« fonder la branche autonomie »*



La CNSA, gestionnaire de la branche Autonomie de la sécurité sociale

- La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) est un **établissement public** créé par la loi du 30 juin 2004.
- Depuis le 1er janvier 2021, **elle gère la 5^{ème} branche de la Sécurité sociale.**
- 4 promesses associées à la création de la 5e branche: **universalité / qualité/ transversalité / démocratie**
- Pour réaliser ses missions, elle compte aujourd'hui **210 agents (120 avant COG)**



Un budget de la CNSA qui détermine son périmètre

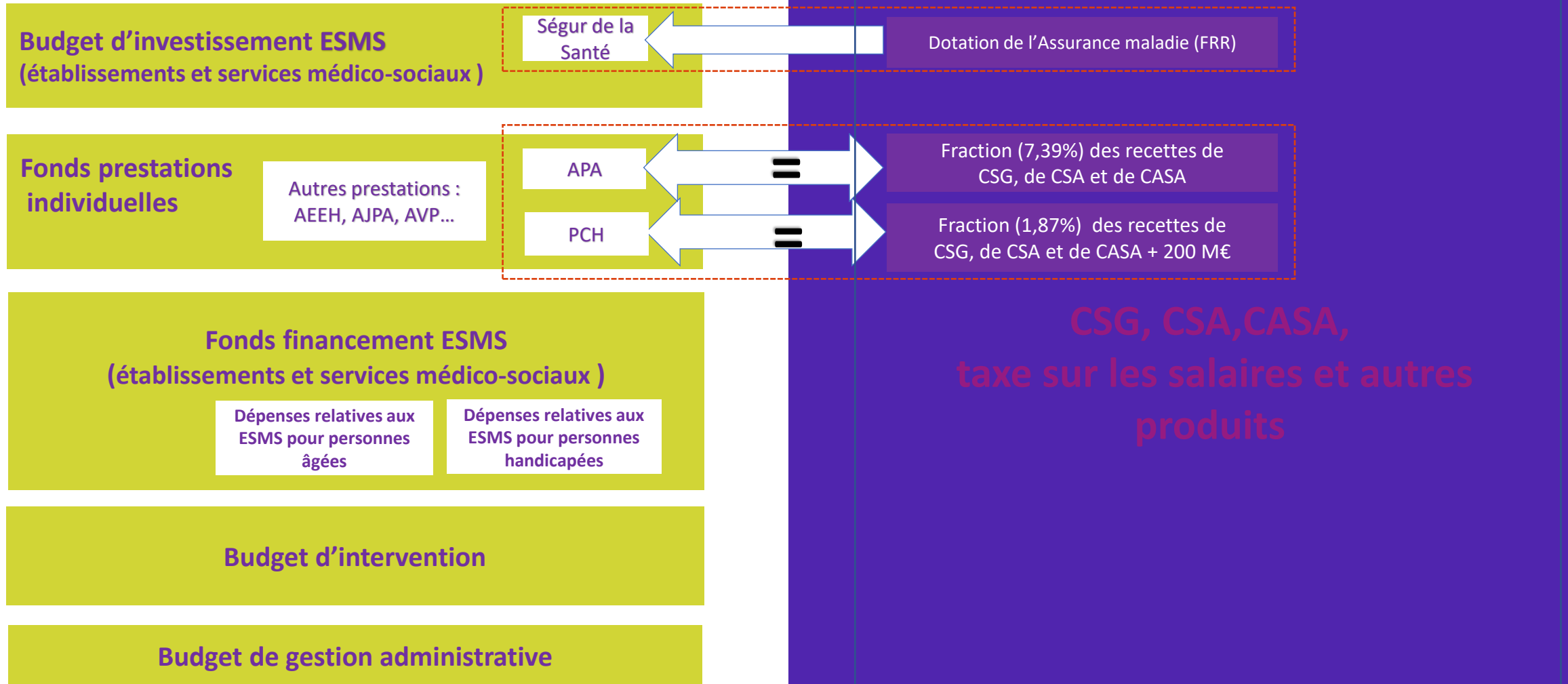
- Les dépenses portées par le budget de la CNSA résultent principalement de **2 grandes trajectoires financières** :
 - Le projet de loi de financement de la Sécurité sociale
 - La convention d'objectifs et de gestion 2022-2026
- Son budget s'inscrit dans un **cadre pluriannuel** donnant une visibilité accrue sur les financements durant les 5 ans à venir, notamment sur les dépenses d'intervention et d'investissement en direction des établissements et services médico-sociaux (ESMS)
- Dans le cadre de la mise en place de la branche, la CNSA a profondément rénové et **simplifié son architecture budgétaire** organisée autour de **5 grands blocs de financement** :
 - **Le fonds « Financement des ESMS »** : dépenses de fonctionnement des établissements et services médico-sociaux à la fois pour les personnes âgées et les personnes handicapées
 - **Le fonds « Prestations individuelles »** : allocation personnalisée d'autonomie (APA), prestation de compensation du handicap (PCH), allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), allocation journalière du proche aidant (AJPA)
 - **Le budget « Aide à l'investissement des ESMS »** : dépenses issues notamment des mesures du Ségur de la santé (volet immobilier et numérique)
 - **Le budget « Intervention »** : dépenses de prévention de la perte d'autonomie, de recherche et d'innovation, de soutien à la qualité de l'offre et aux professionnels des services d'aide et d'accompagnement à domicile
 - **Le budget de « Gestion administrative »** : dépenses de fonctionnement et de personnel de la caisse, dépenses d'investissement des systèmes d'information réseaux et dépenses de soutien aux MDPH



La structure budgétaire de la CNSA

DÉPENSES BRANCHE AUTONOMIE

RECETTES BRANCHE AUTONOMIE



Les priorités affirmées par la nouvelle COG

Axe 1 Qualité de service et accès aux droits

- *[Qualité de service]* : contribution au SPDA & renforcement prévention via programmes probants
- *[Accès aux droits]* : enrichissement des portails d'information et de service grand public
- *[Equité de traitement]* : enrichissement du SI des MDPH & développement du SI APA
- *[Efficience]* : Mission d'appui aux MDPH/MDA

2,7 Md€ pour la qualité du service d'information, orientation, évaluation, et accompagnement à l'effectivité des droits dont près de **1 Md€ à la prévention**

Axe 2 Adaptation de l'offre

- *[qualité offre]* Plan d'aide à l'investissement pour la rénovation des EHPAD (Ségur)
- *[qualité/efficience]* Appui au développement de l'habitat inclusif et des résidences autonomie
- *[qualité/efficience]* Accompagnement de la réforme des Services Autonomie à Domicile
- *[qualité]* Attractivité métiers : soutien OPCO + plateformes des métiers

3,870 Md€ dédiés à l'appui à la transformation de l'offre, le soutien aux professionnels et la pair-aidance

Axe 3 Piloter le risque

- Structuration d'une mission de contrôle interne et conformité : extension CI aux MDPH/MDA
- Modernisation des SI de la branche (MDPH/APA/offre) et pilotage par la donnée
- Renforcement moyens RH/ réorganisation / stratégie RH
- Nouveau cadre de coopération ARS / CD / CNSA dont conventions tripartites

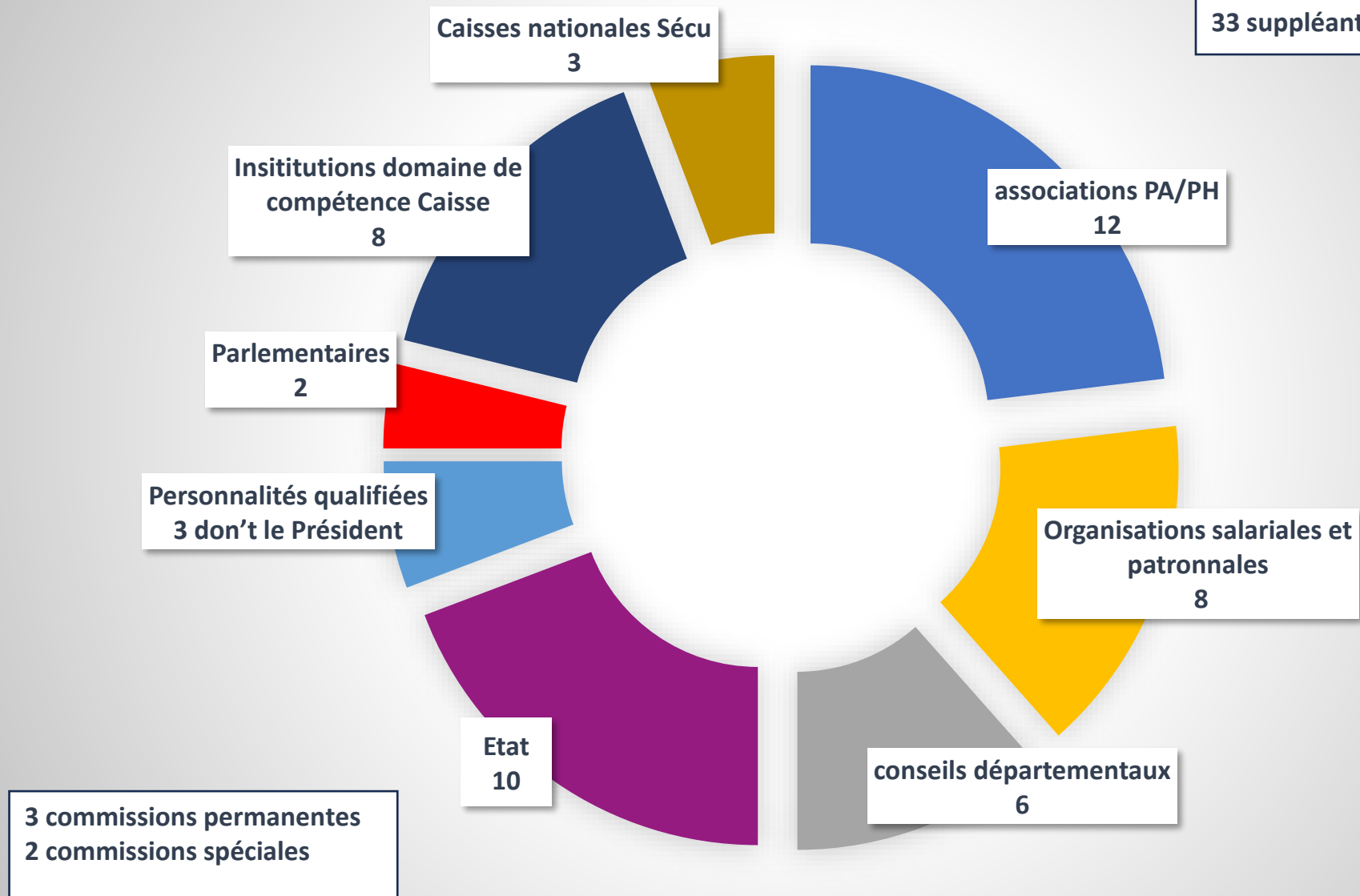
+ 80 ETP
Un SDSI doté de 279 M€ s/ 5 ans



Une gouvernance singulière

Représentations au sein du Conseil de la CNSA

52 membres titulaires
33 suppléants



Une animation renforcée des réseaux



MDPH

- Directeurs de MDPH (webinaires)
- Professionnels des MDPH : coordonnateurs d'équipe pluridisciplinaire, correspondants juridiques, référents insertion, correspondants de scolarisation (journées nationales, e-learning)



ARS

- Participation aux comités techniques sectoriels médico-sociaux (CTSMS), au comité national de pilotage des ARS, et au comité de pilotage du Fonds d'intervention régional (FIR).
- Professionnels des ARS (webinaires thématiques)
- Référents Ségur et PATHOS

Réseau des référents services à domicile, attractivité des métiers

Formations thématiques (SPDA, Ma Prime adapt', ...), référents communication



Conseils départementaux

- Equipes médico-sociales en charge de l'APA et évaluateurs d'EHPAD / USLD (webinaires et e-learning)
- Réseau des référents lutte contre l'isolement
- Accompagnement réforme des services à domicile
- Equipes habitat inclusif
- ANDASS



CFPPA - HI

- Réseaux des 101 CFPPA
- Copil national
- Animation des référents CFPPA au sein des départements
- Membres des CFPPA (formations territorialisées du centre de ressources et de preuves)

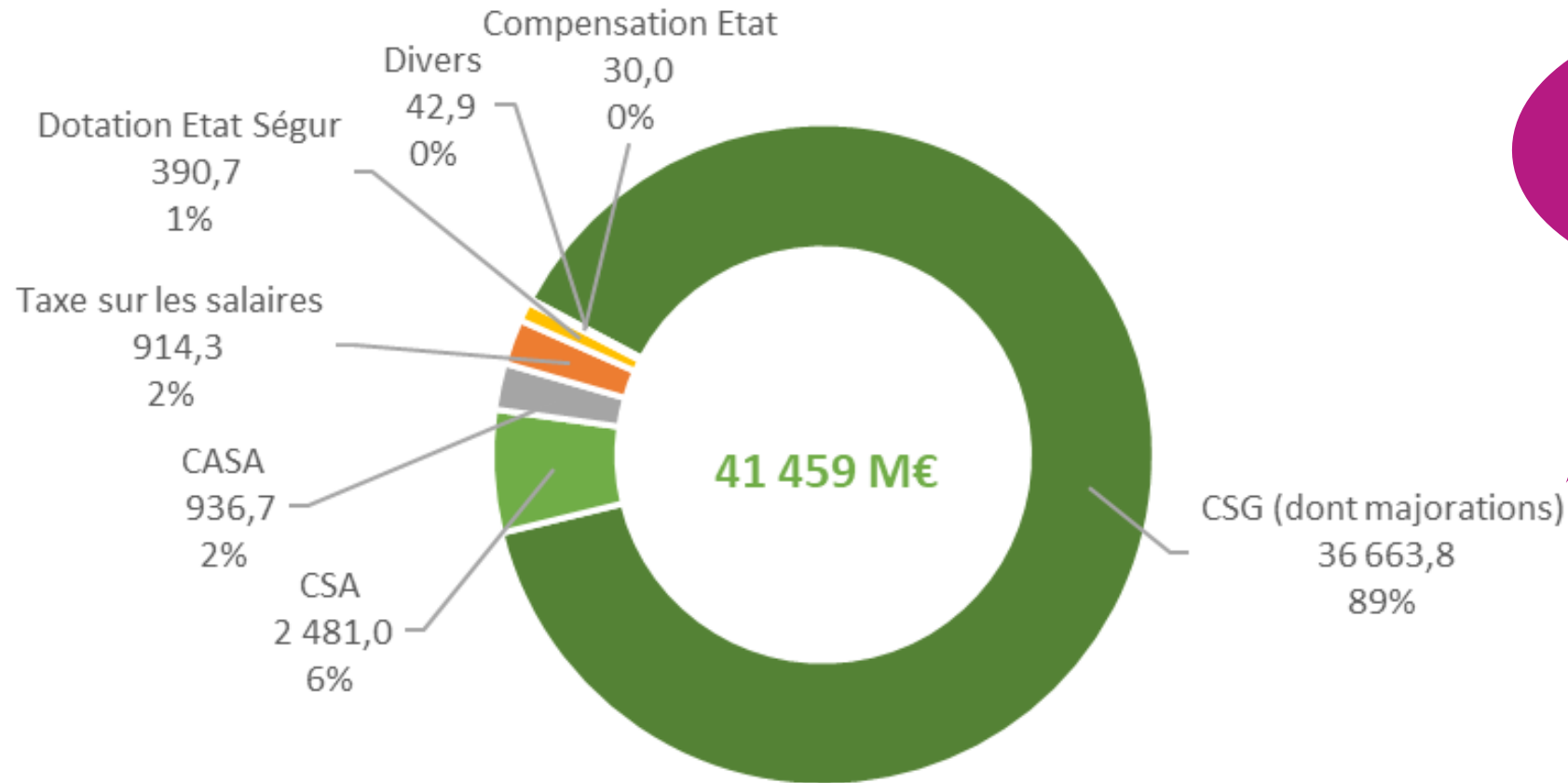
Réunions thématiques préventions et HI



Un financement sécurisé

Les recettes de la CNSA en 2024

Détail des recettes affectées de la CNSA en M€ (BI 24)

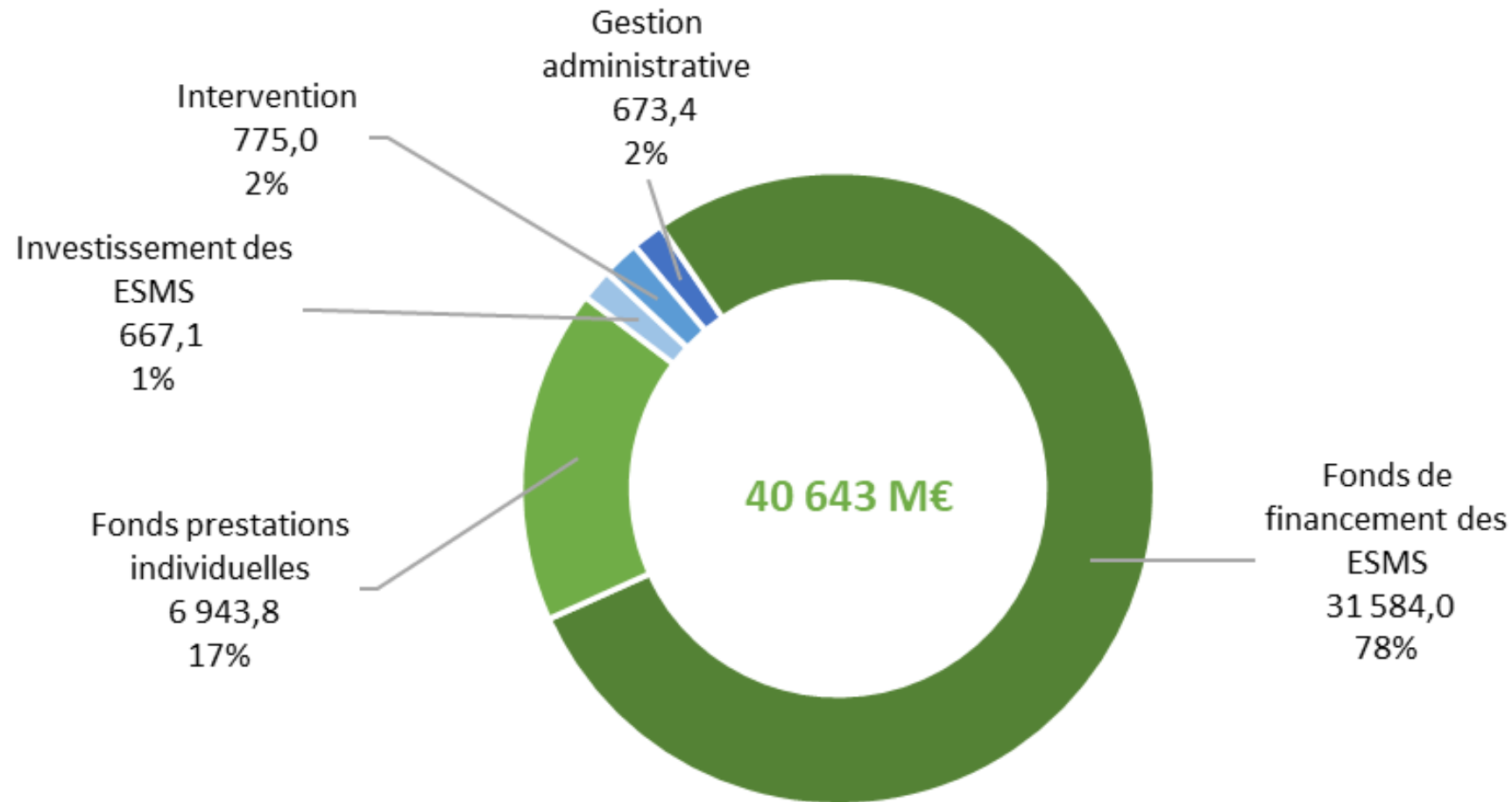


2024 : + 0,15
 point CSG
 (+2,6 Md€)

CSG : contribution sociale généralisée / CSA : contribution solidarité autonomie / CASA : contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie --> 40 Md€ soit 97% des recettes de la branche

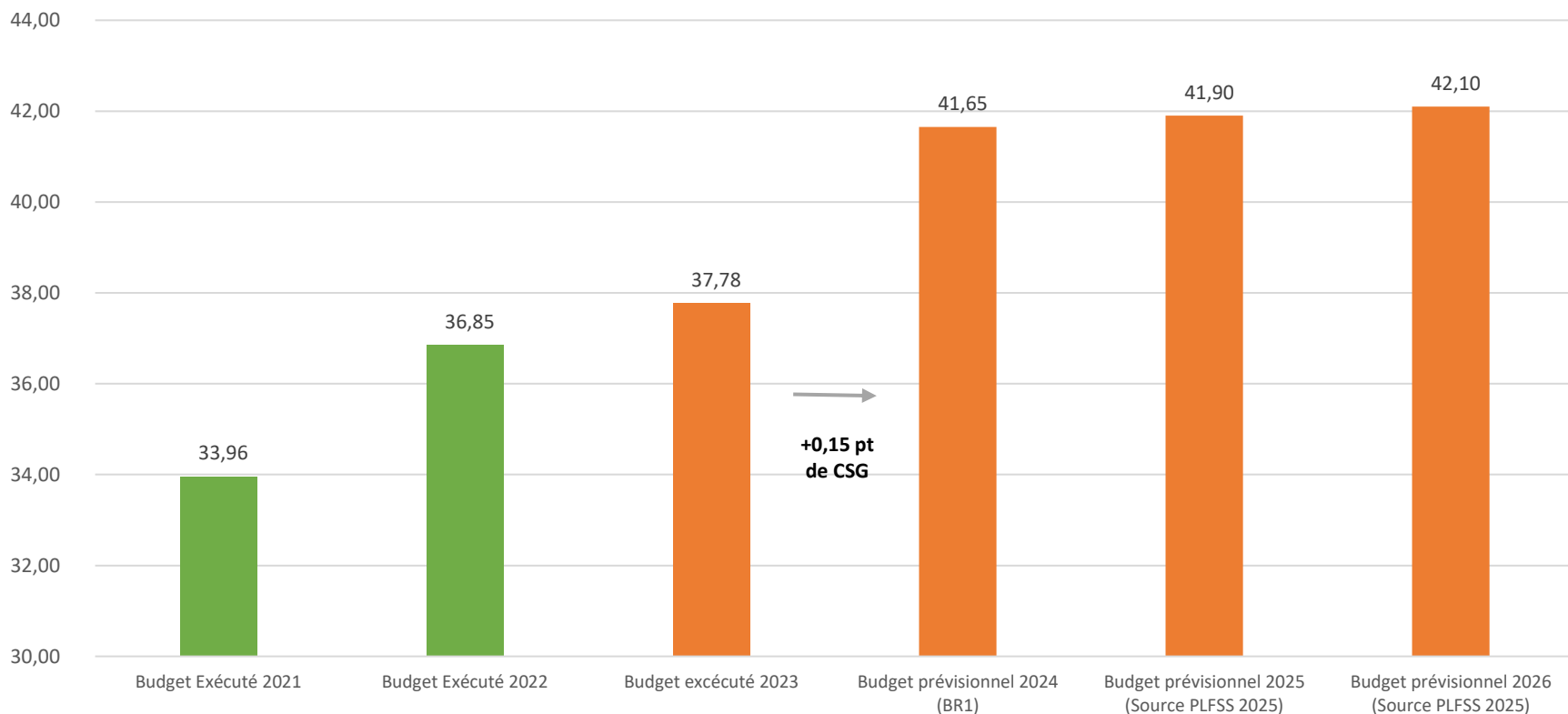
Les dépenses de la CNSA en 2024

Détail des charges de la CNSA en M€ (BI 24)

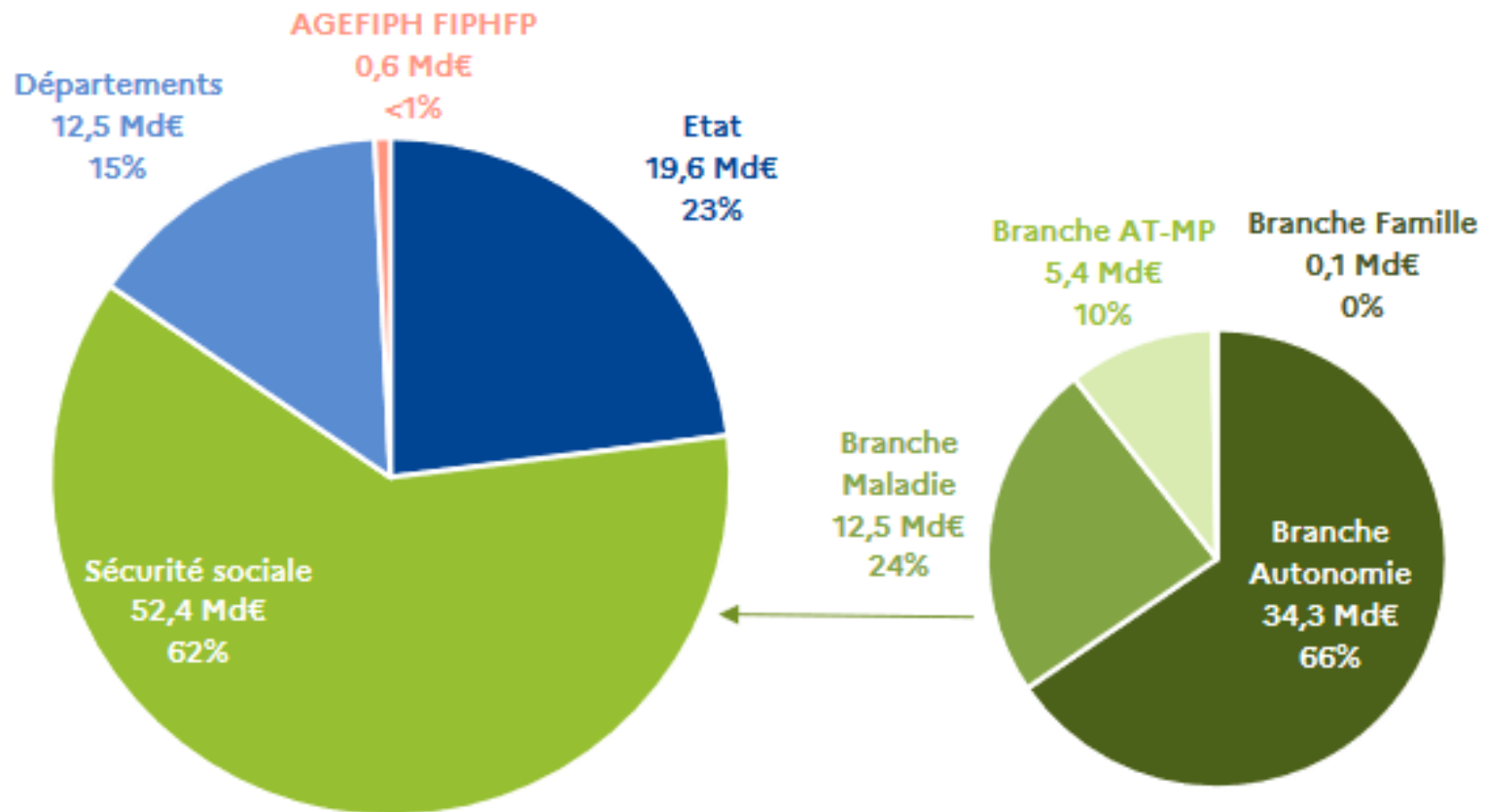


Une trajectoire budgétaire croissante

Produits cumulés de la CNSA en Md€ (2021-2026)



Le 1^{er} financeur des dépenses nationales de soutien à l'autonomie



Note : les montants relatifs à la branche autonomie diffèrent de ceux présentés dans la première partie, du fait de l'exclusion, dans l'ENSA, des dépenses de prévention de la fragilité et des prises en charge de GIR 5 et 6 (cf. encadré 16).

Source : DSS/SDEPF/6C sur données CNSA, DGCS, DGFIP, Drees, DSS, et AGEFIPH/FIPHFP

Merci de votre attention

www.cnsa.fr



www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr

www.monparcourshandicap.gouv.fr

66, avenue du Maine
75682 Paris cedex 14





Chaire Aging UP!

Point de vue économique sur une France vieillissante

Thomas Rapp

Professeur d'économie à l'Université Paris Cité

Titulaire de la chaire AgingUP!

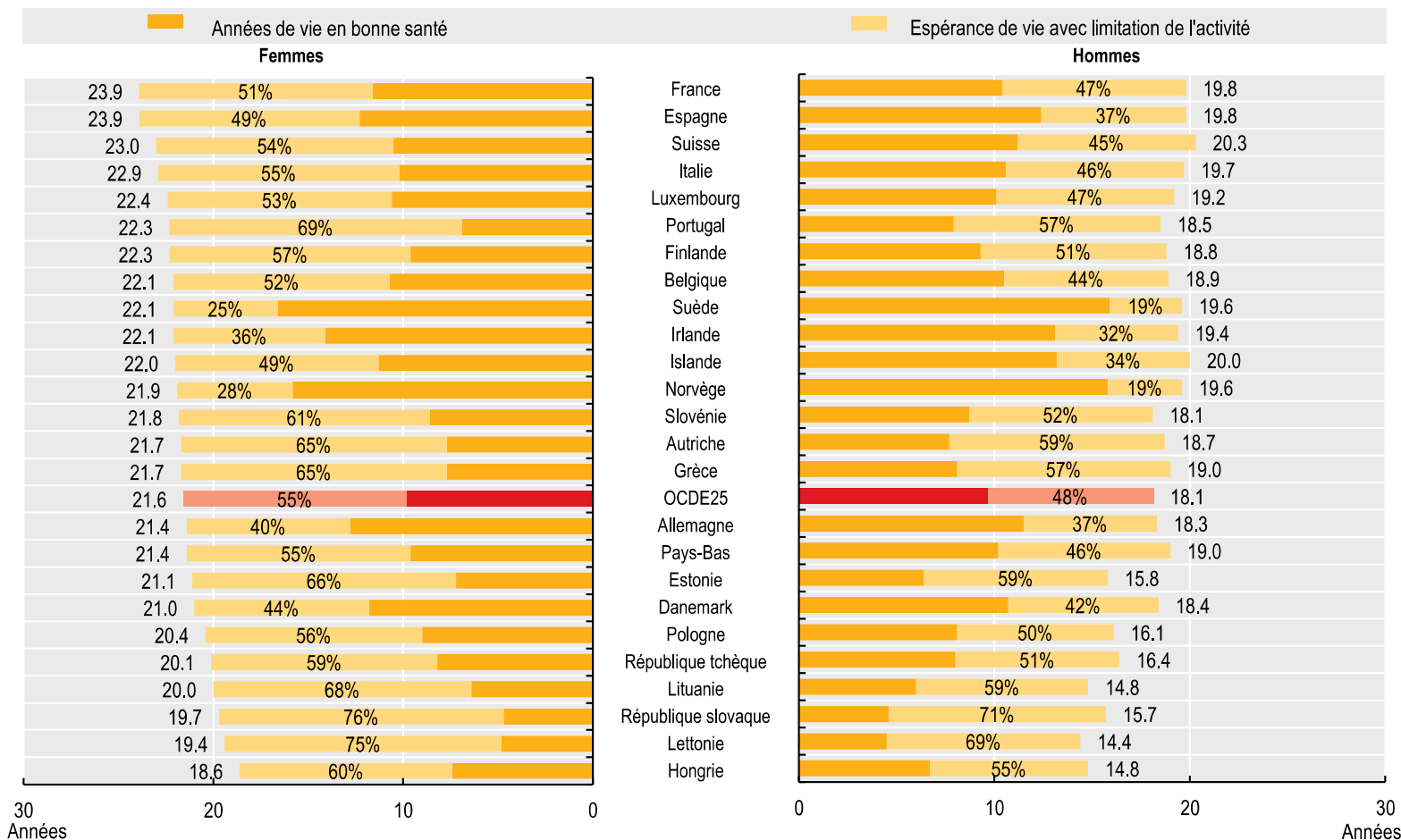
Rappel de quelques chiffres (OCDE, DREES, CE)

- ↓ Les plus de 65 ans : 20 % de la population aujourd'hui, 25 % en 2040
 - 15 années d'espérance de vie gagnées depuis les années 50
- ↓ Au niveau macroéconomique
 - 2,4 % PIB France se situe au 6^{ème} rang des pays de l'OCDE (50 Md€)
 - Répartition dépenses : 3/4 publiques, 3/4 médicales, 3/4 EHPAD
 - Assurance dépendance privée finance < 1% des dépenses
 - 58 % des plus de 65 ans déclarent recevoir de l'aide apportée par des proches
- ↓ Au niveau microéconomique
 - Coût moyen résidence = 3 fois domicile
 - RAC domicile = 50€/mois, RAC EHPAD = 2000€/mois
 - La moitié des français puisent dans leur épargne
 - Simulation OCDE : 1/4 épargne pour financer les 9 dernières années de vie



La France, championne de la longévité mais pas du bien-vieillir

Graphique 10.4. **Espérance de vie et années de vie en bonne santé à 65 ans, par sexe, 2019 (ou année la plus proche)**



Note : La comparabilité des données est limitée en raison de facteurs culturels et de la formulation différente des questions dans l'enquête EU-SILC.

Source : Base de données d'Eurostat.



Comment mesurer le bien-vieillir ?

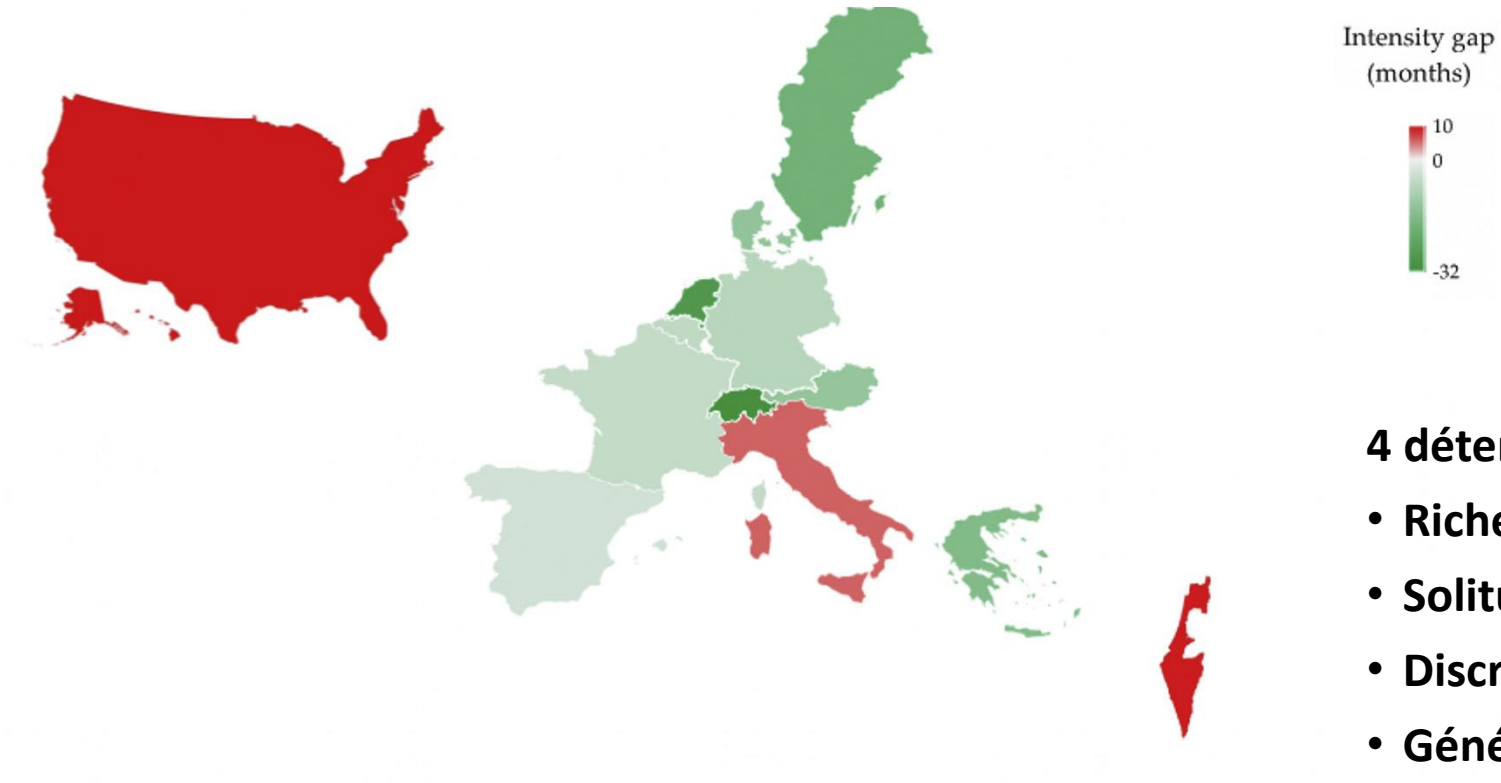
Brad Pitt (1963) est plus vieux que
Jean Castex (1965). Je ne sais pas
quoi faire de cette info.



Oui, rire c'est bon! **rigolotes.fr**



Où vieillit-on le mieux dans le Monde ?



4 déterminants du bien-vieillir :

- Richesse/éducation/CSP
- Solitude/isolement
- Discrimination
- Générosité des aides publiques

Note: The darker the color, the greater the gap between physiological age (PA) and chronological age (CA) in months. In green countries, the gap is negative (PA is lower than CA). In red, the gap between PA and CA is positive (older people are aging poorly). Source: Authors' calculations using the Gateway to Global Aging data (SHARE and HRS harmonized surveys), 2004-2017. N=121,705.

Source : Rapp, Ronchetti, Sicsic (2022), calculs d'après les données Global Aging Gateway



La perte d'autonomie n'est pas une fatalité

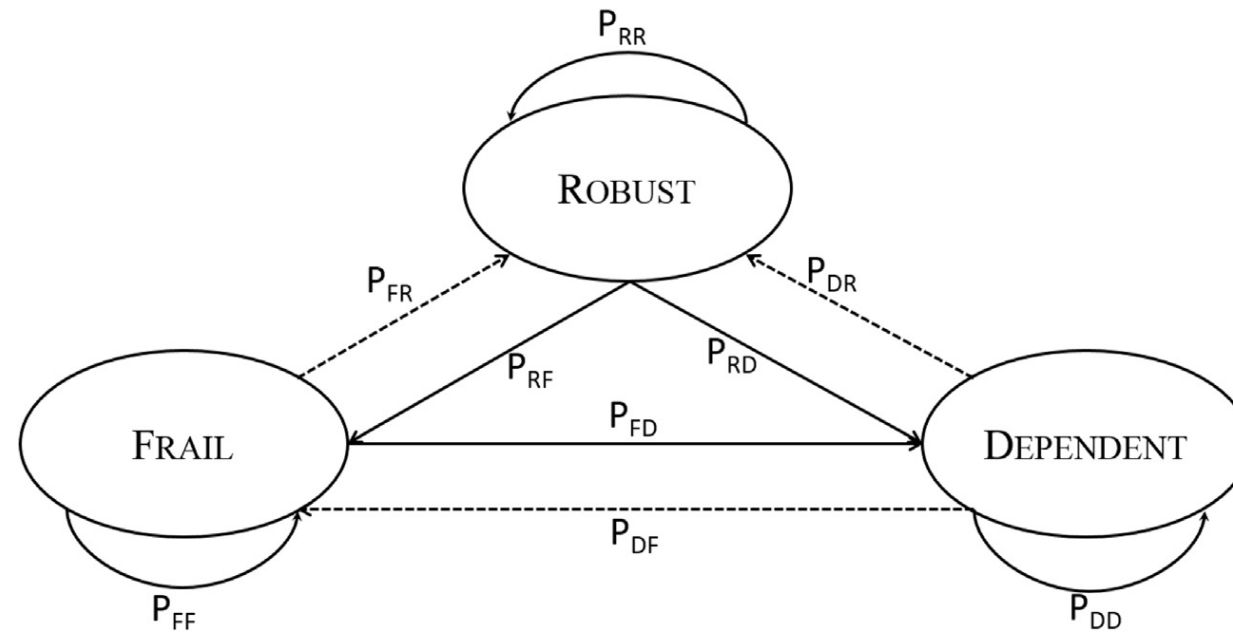


Fig. 1. Description of the dependency process.

Three possible health states at time t , and therefore nine possible transitions at time $t + 1$.

Plain arrows represent health status-quo or degradations. Dashed arrows represent health improvements.

Lecture note: the probability to switch from Frail to Robust is P_{FR}



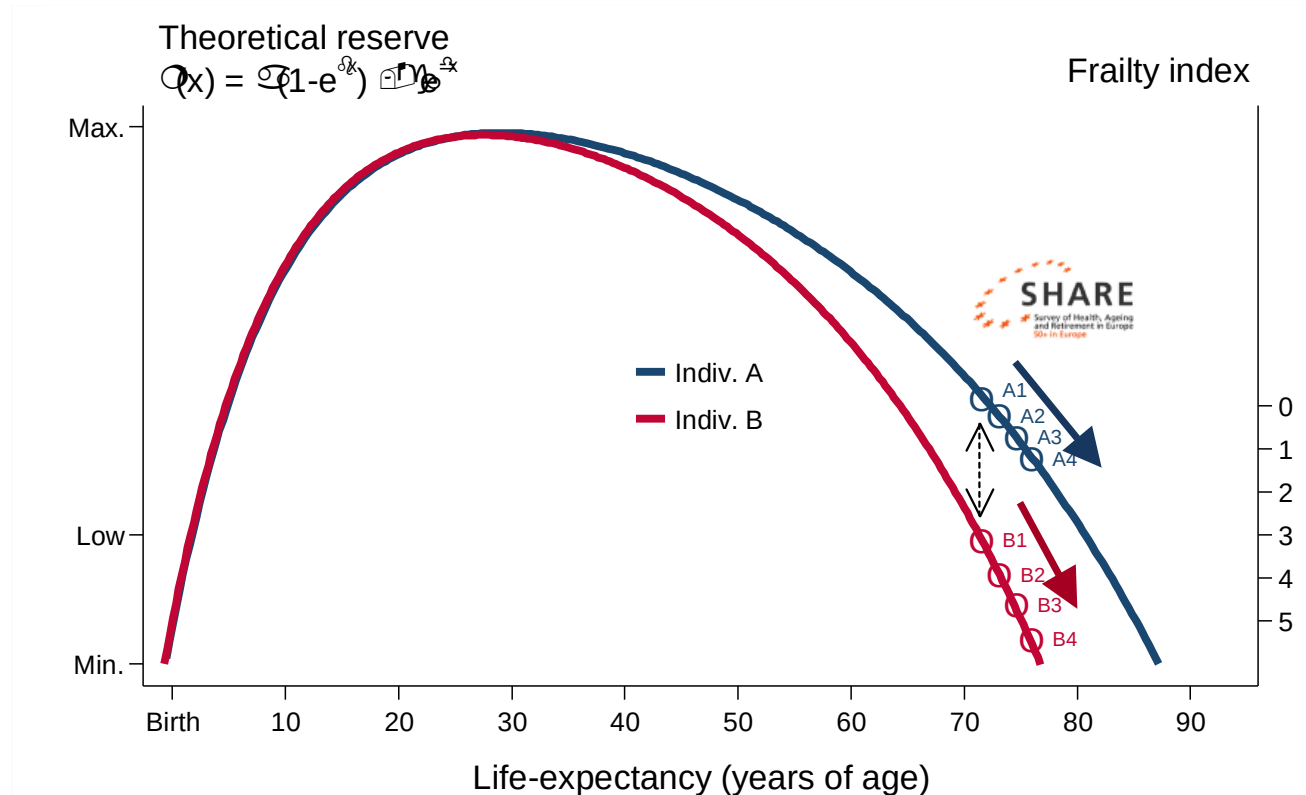
Pourtant, on a longtemps manqué d'une stratégie de prévention



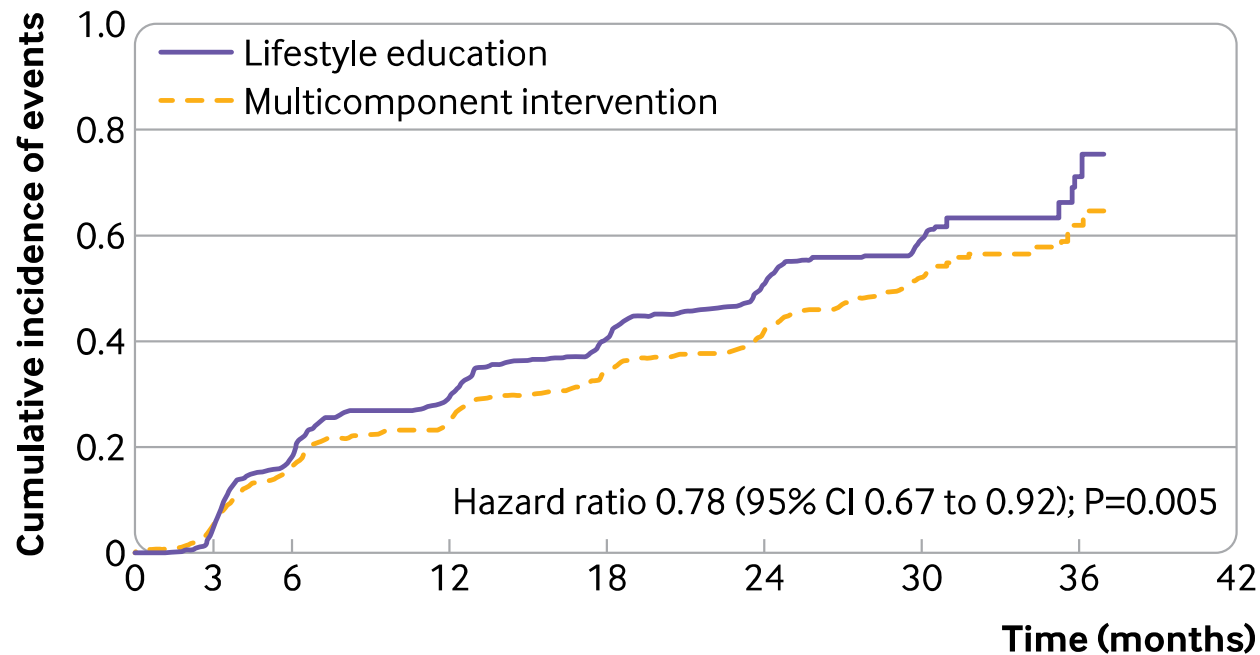
Prévenir, c'est accroître progressivement l'investissement dans le capital santé

Figure 1 Relationships between physiologic reserve, life-expectancy and frailty for two theoretical individuals

Source: adapted from Berthelot et al. (2012)



Prévenir, c'est investir dans un programme de long-terme



Pas d'impact immédiat de la prévention de la sarcopénie sur :

- Le recours aux soins médicaux
- Le recours aux aides sociales
- Le recours aux aides informelles
- La qualité de vie des personnes



Prévenir, c'est investir dans les politiques familiales



Caregiving across generations: Do older adults with more grandchildren get another bite at the “sandwich” generation?

Thomas Rapp^{a,*}, Anupam B. Jena^b, Joan Costa-Font^c, David C. Grabowski^b

^a Université Paris Cité & LIEPP Sciences Po Paris France

^b Harvard Medical School, Blavatnik Institute Health Care Policy, USA

^c London School of Economics, Department of Health Policy, UK

Besoin de soutien pour la génération « sandwich » :

- Chaque petit enfant supplémentaire accroît les chances de maintien au domicile des grands parents
- Effet possible si recours aux aides professionnelles accru
- Substitution des aides formelles et informelles au début de la perte d'autonomie
- Ensuite, complémentarité des aides



Cela implique de mieux valoriser l'aide informelle, non-payée

↓ Quelle est la valeur d'une heure d'aide familiale ?

- Pas de marché pour cette aide
- Décision de devenir aidant dépend de plusieurs facteurs (âge, sexe, proximité géographique, frères et sœurs etc.)

↓ Approche économique aujourd'hui privilégiée

- 1h d'aide familiale correspond à 1h d'aide-ménagère

↓ Mais en réalité, le prix dépend du niveau de fardeau ressenti (>0) et de l'impact de l'aide sur la qualité de vie de l'aidé (>0)

- 1h d'aide informelle pour un malade d'Alzheimer très supérieur à 1 heure de smic



Prévenir, c'est investir dans l'offre de soins



OECD Health Policy Studies

**Who Cares? Attracting
and Retaining Care Workers
for the Elderly**

LIEPP
policybrief

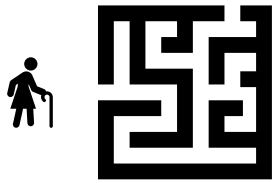
SciencesPo
#56
Novembre 2021

Les métiers du grand-âge,
métiers à risque ?

- France : 2 fois moins de travailleurs que la moyenne OCDE, 5 fois moins que la Norvège
- Problème d'attractivité + rétention
- 1 année dans le secteur entraîne 9 mois de vieillissement supplémentaire !
- Impact fort de l'ancienneté des infirmières sur la sélection des résidents à l'entrée dans les EHPADs



Prévenir, c'est répondre aux besoins des seniors



Complexité

- Personnes éligibles ne font pas les demandes d'aides publiques
- Offre de soins au domicile encore très fragmentée
- Difficile d'observer la qualité des soins



Déséquilibre de la prise en charge

- 75 % des dépenses pour les EHPADs (moyenne UE : 52 %)
- Faible intégration médical vs. médicosocial
- Fortes inégalités entre les départements

- ➔ Ne pas répondre aux besoins des fragiles accroît leurs risques de chute
- ➔ 1 milliard d'euros économisés par an pour l'Assurance maladie en répondant aux besoins



Prévenir, c'est investir dans des soins de valeur

The European Journal of Health Economics
<https://doi.org/10.1007/s10198-022-01534-x>

ORIGINAL PAPER

Do not PIMP my nursing home ride! The impact of Potentially Inappropriate Medications Prescribing on residents' emergency care use

Thomas Rapp^{1,2} · Jonathan Sicsic¹ · Neda Tavassoli³ · Yves Rolland³



- **Les 80 ans+ concentrent 12 % des dépenses de médicaments**
- **50 % résidents EHPAD reçoivent entre 5 et 7 médicaments/jour**
- **Lien fort entre les prescriptions potentiellement inappropriées et les hospitalisations en urgence**
- **1% dépenses en + ➔ 5% risques en +**
- **Favorise la dépendance « iatrogène », et l'entrée dans un cercle vicieux**



Prévenir, c'est investir dans l'organisation de la fin de vie

HEALTH ECONOMICS
Health Econ. 8: 485–496 (1999)

HEALTH CARE FINANCING

AGEING OF POPULATION AND HEALTH CARE EXPENDITURE: A RED HERRING?

PETER ZWEIFEL^a, STEFAN FELDER^{b,*} AND MARKUS MEIERS^a
^a *Socioeconomic Institute, University of Zurich, Zurich, Switzerland*
^b *Institute for Social Medicine, Epidemiology and Health Economics, Otto von Guericke University, Magdeburg, Germany*

SUMMARY

This paper studies the relationship between health care expenditure (HCE) and age, using longitudinal rather than cross-sectional data. The econometric analysis of HCE in the last eight quarters of life of individuals who died during the period 1983–1992 indicates that HCE depends on remaining lifetime but not on calendar age, at least beyond 65+. The positive relationship between age and HCE observed in cross-sectional data may be caused by the simple fact that at age 80, for example, there are many more individuals living in their last 2 years than at age 65. The limited impact of age on HCE suggests that population ageing may contribute much less to future growth of the health care sector than claimed by most observers. Copyright © 1999 John Wiley & Sons, Ltd.

KEY WORDS — population ageing; cost of dying; aggregate health care expenditure

Dep. var. is individual ambulatory expenditures	Model (1)		Model (2)	
	(A) frailty is omitted	(B) frailty is included	(A) frailty is omitted	(B) frailty is included
Robust		Ref.		Ref.
Pre-frail		833.55*** (194.82)		791.38*** (193.59)
Frail		1772.01*** (441.30)		1449.55*** (371.76)
Age	23.44* (12.54)	8.96 (12.13)	19.59 (12.27)	7.84 (12.06)
Female	- 86.98 (182.01)	- 174.17 (179.01)	- 113.27 (180.69)	- 179.11 (179.10)
Married/living as a couple	- 316.34* (184.73)	- 269.37 (180.58)	- 365.32** (183.62)	- 313.57* (180.56)
Compl. health insur.	108.36 (392.51)	253.37 (350.91)	68.21 (399.06)	206.10 (360.37)
Time preference	- 55.71* (32.67)	- 49.02 (30.48)	- 57.88* (31.75)	- 51.25* (30.06)
Risk seeking	- 122.46*** (39.91)	- 87.44** (37.42)	- 115.39*** (39.55)	- 86.75** (37.54)
Nb. chronic illnesses	244.48*** (51.71)	175.80*** (51.35)	259.92*** (50.49)	196.03*** (50.32)
Nb. ADL limitations	478.09*** (85.57)	352.18*** (84.63)	474.50*** (84.88)	372.58*** (83.95)
Time to death (months)			240.33*** (69.40)	197.22*** (60.92)



Prévenir, c'est essayer de mieux comprendre quelles sont les préférences des personnes, pour tenter d'y répondre

Comment vous projetez-vous pour vos vieux jours ?

VOUS AVEZ PLUS DE 65 ANS, VENEZ PARLER DE VOS ATTENTES, DE VOS EXPÉRIENCES ET DE VOTRE CADRE DE VIE. VOTRE TÉMOIGNAGE EST IMPORTANT POUR AIDER À MIEUX ORIENTER LES POLITIQUES PUBLIQUES.

 Plutôt domicile, EHPAD, coloc-sénior ou foyer-logement ?

 Compter sur sa famille ou se faire aider par des professionnels ?

 Pour plus d'informations et pour prendre rendez-vous pour participer à notre étude : Contactez Anaïs Cheneau au 06.50.33.67.38 ou par mail : anaïs.cheneau@u-paris.fr

QUI SOMMES-NOUS ?

Thomas Rapp, Jonathan Sicsic, Anaïs Cheneau : Economistes de la santé au sein de la chaire Aging-up de l'Université Paris-cité
Pour plus d'informations : <https://fondation-uparis.org/la-chaire-aging-up/>



Chaire Aging UP!

LIRAES
Economie de la Santé



Université
Paris Cité



The Value of Aging & Long-term Care Policies

INTERNATIONAL CONFERENCE • CHAIRE AGING UP!

Monday March 31st, 2025 > Tuesday April 1st, 2025
Programme

agingup.u-paris.fr



Merci de votre attention

thomas.rapp@u-paris.fr

agingup.sh@u-paris.fr

<https://agingup.u-paris.fr>

