

Synthèse

du débat national sur la dépendance



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA COHÉSION
SOCIALE

Synthèse

du débat national sur la dépendance

Axel RAHOLA

Rapporteur du Comité interministériel
de la dépendance

Juin 2011



Préface

Nous vieillissons, et c'est d'abord une formidable chance ! Ne confondons donc plus vieillissement et dépendance.

L'extraordinaire allongement de l'espérance de vie que nous connaissons signifie en effet que nous restons jeunes, en bonne santé, de plus en plus longtemps.

Ainsi, le vieillissement est une période qui ouvre un grand nombre de possibles : possibilité de réaliser, plus longtemps, nos désirs et nos projets ; possibilité d'être ce pivot familial autour duquel enfants, petits-enfants et parfois arrière-petits-enfants se réunissent ; possibilité d'observer le monde qui change et d'œuvrer à ces mutations.

Et, même lorsque la dépendance survient, elle ne nous frappe que rarement comme un coup de tonnerre. La perte d'autonomie est souvent un processus long, qui se déroule à travers des étapes successives, un processus marqué parfois par des ruptures brutales, mais un processus que l'on peut prévenir, anticiper, retarder, accompagner et même éviter.

Elle concerne moins de 8 % des plus de 60 ans et, en moyenne, elle dure seulement quatre ans. Pour les personnes âgées concernées, nous disposons d'ores et déjà d'une bonne prise en charge. Pour autant, la dépendance est une réalité douloureuse pour les personnes âgées et pour leurs proches. Face à la solitude, fréquente, de celles et ceux qui la vivent, nous devons imaginer des réponses collectives plus efficaces.

« Il n'y a que deux conduites avec la vie : ou on la rêve ou on l'accomplit », nous dit René Char.

Pour répondre à ce défi de société, le pouvoir politique ne peut pas rêver l'avenir ; il doit le construire. C'est pourquoi il a été jugé opportun d'engager un large débat citoyen.

Cinq mois de réflexion et d'échanges ; 30 débats interdépartementaux et interrégionaux, sans compter tous ceux qui ont été organisés localement ; plus de 80 heures de discussions, dans toutes les régions de France ; près de 12 000 participants ; de nombreuses instances mobilisées et de précieuses contributions remises par une pluralité d'acteurs : le débat sur la réforme de la dépendance a eu lieu !

Interactive et constructive, la concertation a permis de recueillir des centaines de témoignages concrets et de propositions qui, toutes, seront examinées. Pour la faire vivre, nous avons aussi souhaité installer quatre groupes de travail qui ont envisagé la dépendance dans toutes ses dimensions et dont les synthèses des travaux sont accessibles sur le site internet : www.solidarite.gouv.fr.

Composés d'élus, de professionnels, etc., et animés par des personnalités de grande qualité, Annick Morel, Jean-Michel Charpin, Evelyne Ratte et Bertrand Fragonard, ils ont exploré toutes les pistes, sans idéologie, ni parti pris.

Ce sont ces pistes, précisément, dont Axel Rahola, rapporteur du Comité interministériel de la dépendance nous donne une vision globale dans cet excellent rapport de synthèse.

Certaines de ces pistes ont d'ores et déjà trouvé une traduction concrète dans les lois de financement de fin d'année pour 2012 : qu'il s'agisse, par exemple, de la création d'un plan d'aide à l'investissement pour les structures d'hébergement ou d'accueil des personnes âgées, de la mise en place d'une expérimentation pour améliorer la qualité de la prise en charge des résidents, de la création d'un fonds de restructuration pour les services d'aide à domicile ou encore, de la mise en œuvre de parcours de soins intégrés permettant de mieux prévenir les risques de perte d'autonomie.

Comme l'ensemble des travaux menés, ce rapport sera une aide précieuse au service des décideurs politiques pour parachever la construction d'un système de solidarité ambitieux !



Roselyne BACHELOT-NARQUIN
Ministre des Solidarités
et de la Cohésion sociale



Marie-Anne MONTCHAMP
Secrétaire d'État auprès
de la ministre des Solidarités
et de la Cohésion sociale

Sommaire

Introduction

7

1. Les projections démographiques permettent d'anticiper une forte hausse du nombre de personnes dépendantes de 2025 à 2060, à l'origine d'une hausse modérée des dépenses

9

La croissance du nombre de personnes dépendantes est forte à partir de 2025, sous l'effet du vieillissement de la génération du baby-boom

10

Les hypothèses retenues

10

Les résultats : une forte augmentation du nombre de personnes dépendantes entre 2025 et 2060, liée au vieillissement de la génération du baby-boom

11

Les dépenses liées à la dépendance recouvrent un périmètre large et sont financées principalement par des fonds publics

13

Les dépenses liées à la dépendance sont estimées entre 26 et 34 Md€ en 2010

13

La France consacre un niveau important de dépenses publiques à la prise en charge des dépenses liées à la dépendance

14

Les projections de dépenses reflètent la progression du nombre de personnes dépendantes et se traduisent par une progression modérée, exprimée en part de la richesse nationale

16

La méthode de projection

16

Les dépenses d'APA évoluent de façon significative et elles varient beaucoup en fonction du mode d'indexation retenu

17

Les dépenses de santé reflètent la croissance plus rapide de la population de dépendants par rapport à la population générale

17

L'évolution du financement privé dépend des modalités d'indexation de l'APA

17

La dépense publique connaîtrait une croissance limitée jusqu'en 2025 et modérée jusqu'en 2040

18

2. Le regard sur le vieillissement et la dépendance doit changer pour pouvoir adapter les politiques publiques et développer les actions en faveur du « bien vieillir »

19

Le vieillissement et la dépendance font l'objet de représentations sociales très négatives, en contradiction avec les évolutions récentes de la situation des personnes âgées

20

Le vieillissement est une notion relative

20

La représentation sociale négative du vieillissement a des racines profondes

21

La vision négative du vieillissement « s'étend » à la dépendance

21

La prise en compte du vieillissement dans les politiques publiques permettra d'améliorer la prise en charge de la dépendance

22

La politique du vieillissement en matière d'urbanisme doit être renouvelée

22

Les compétences des seniors doivent être davantage valorisées

23

Les conditions de développement des gérontechnologies doivent être réunies

23

Une attention particulière doit être accordée aux droits des personnes âgées

24

Pour favoriser le « bien vieillir », il est nécessaire de développer les politiques de prévention et d'adaptation des logements

25

La politique de prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées souffre aujourd'hui d'un manque de coordination

25

L'adaptation des logements est un levier décisif du « bien vieillir »

26

3. La prise en charge des personnes dépendantes doit s'organiser autour de leurs besoins	31
L'évaluation de la perte d'autonomie pourrait être améliorée	32
Les outils actuels d'évaluation de la dépendance sont jugés assez fiables, malgré des interrogations sur l'évaluation de la dépendance « partielle » (GIR 4)	32
Un outil multidimensionnel pourrait être mis en place pour mieux évaluer les besoins des personnes dépendantes et leur apporter une aide plus efficace	33
La coordination de la prise en charge de la dépendance doit être fortement améliorée	34
La coordination autour des personnes âgées dépendantes souffre de nombreuses lacunes	34
De nombreuses propositions visent à permettre un parcours coordonné de la personne âgée dépendante	35
L'organisation et la qualité de l'offre de services doivent être améliorées	37
Les difficultés actuelles du secteur de l'aide à domicile rendent nécessaire une réforme	37
L'offre d'hébergement en établissement doit être diversifiée pour mieux répondre aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie	38
La qualité par l'évaluation des services et la professionnalisation des personnels doit être renforcée	41
Les besoins des aidants doivent être mieux pris en compte	42
Les aidants jouent un rôle essentiel dans la prise en charge de la dépendance et ils se trouvent dans des situations très diverses	42
La politique d'aide aux aidants doit être renforcée	42
4. Les besoins d'amélioration de la prise en charge de la dépendance nécessiteront des ressources supplémentaires dans le cadre du système solidaire actuel	47
Les aides publiques en faveur des personnes dépendantes présentent des limites, tant à domicile qu'en établissement	48
Les caractéristiques de l'APA à domicile semblent défavorables pour les personnes ayant un GIR élevé	48
Les restes à charge en établissement sont élevés	49
Le système actuel de prise en charge doit être amélioré pour le rendre plus juste et plus efficient	50
L'évolution du système de prise en charge de la dépendance doit respecter cinq grands principes	50
La couverture publique peut être améliorée à domicile	51
Plusieurs mesures sont envisageables pour réduire le reste à charge en établissement	52
L'État pourrait chercher à mieux organiser la gestion de la dépense privée	53
Plusieurs recettes sont mobilisables pour financer l'amélioration du système et faire face à la croissance à venir du nombre de personnes dépendantes	55

Introduction

Le France possède un système de prise en charge de la dépendance qui repose sur une part importante de solidarité et qui vise à assurer à tous une prise en charge de qualité, tenant compte des choix de vie de chacun.

Néanmoins, **ce système souffre de certaines carences** soulignées par les familles et les associations et analysées dans de nombreux rapports. Il est complexe, insuffisamment organisé autour des besoins des personnes dépendantes et, dans certaines situations, les restes à charge que doivent supporter les familles sont trop élevés.

Le vieillissement en cours de la population française et la croissance importante à venir du nombre de personnes dépendantes renforcent la nécessité d'apporter des réponses à ces difficultés.

Afin de préparer une réforme de la dépendance, il a été jugé nécessaire d'organiser un grand débat national sur le sujet. Pour faire vivre ce débat, plusieurs initiatives ont été lancées au premier trimestre 2011. Le Conseil économique, social et environnemental, le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie et le Haut conseil de la famille ont été saisis pour apporter leur contribution. Dans chaque région, les préfets de région et les directeurs généraux des agences régionales de santé ont organisé des débats réunissant les principaux acteurs locaux, en présence de la ministre des Solidarités et de la Cohésion sociale ou de sa secrétaire d'État. Quatre débats thématiques « inter-régionaux » sur les différents aspects du sujet ont également eu lieu, pour permettre des échanges entre experts et citoyens, et un site internet recueille les contributions des Français qui souhaitent s'exprimer sur la dépendance (350 contributions ont été publiées sur le site).

Enfin, **quatre groupes de travail réunissant l'ensemble des acteurs du secteur et des experts du sujet ont été chargés de traiter le thème de la dépendance sous tous ses aspects : sociétaux, démographiques, médicaux et financiers.**

Le premier groupe animé par Annick Morel (appelé « groupe 1 » dans la suite du rapport) a traité des questions de société liées au vieillissement et à la progression du nombre de personnes dépendantes. Le deuxième groupe (groupe 2), sous la responsabilité de Jean-Michel Charpin, a réalisé de nouvelles projections démographiques et financières pour évaluer les besoins de financement liés à la dépendance. Le groupe d'Evelyne Ratte (groupe 3) a travaillé sur l'organisation et la qualité des services au bénéfice des personnes dépendantes. Enfin, le groupe de Bertrand Fragonard (groupe 4) a traité des questions de financement.

Chaque groupe comprenait environ 60 personnes représentant tous les acteurs du système : élus, syndicats, associations, experts... Ils se sont réunis pendant cinq mois à 57 reprises (34 réunions plénières et 23 réunions de groupes « techniques »). **L'implication très forte des participants**, leur connaissance du sujet, la diversité des profils représentés et la richesse des débats ont permis à ces groupes de préparer quatre rapports de très grande qualité et de nombreuses annexes précises et détaillées.

Le présent rapport n'a pas pour objet de faire des ajouts par rapport aux conclusions des groupes de travail, ni de retirer ou de modifier certaines analyses ou propositions. **Son objectif est de donner une vision d'ensemble synthétique des travaux des groupes, en soulignant les principaux axes de réflexion qui en ressortent.** Il vise également à regrouper et organiser de façon cohérente des éléments sur un même sujet qui ont été traités dans différents rapports, car ils se situaient « à la frontière » de plusieurs groupes.

Enfin, **il s'efforce de rapprocher les conclusions des groupes d'experts des éléments qui**

ressortent des débats régionaux et des contributions citoyennes recueillies sur le site www.solidarite.gouv.fr.

Le rapport ne doit donc en aucun cas se substituer à la lecture des travaux des quatre groupes, qui seule pourra permettre d'apprécier la qualité et les nuances de leur réflexion.

Il s'organise autour de quatre axes forts qui ressortent des travaux des groupes. Il décrit tout d'abord la forte croissance à venir du nombre de personnes dépendantes et la hausse modérée des dépenses nécessaires à leur prise en charge (1). Il traite ensuite de la nécessité de changer le regard de la société sur le vieillissement et la dépendance, pour mieux en tenir compte dans l'ensemble des politiques publiques et accorder une importance privilégiée à la prévention de la dépendance (2). Il étudie la façon dont la prise en charge de la dépendance doit évoluer pour s'organiser autour des personnes dépendantes et de leurs familles (3). Enfin, il montre comment les prestations actuelles pourraient être améliorées pour mieux répondre aux besoins des personnes dépendantes et comment cette amélioration pourrait être financée (4).



Les projections démographiques
permettent d'anticiper une forte
hausse du nombre de personnes
dépendantes de 2025 à 2060,
à l'origine d'une hausse modérée
des dépenses



Avant de s'interroger sur les modalités d'une réforme de la dépendance, il est nécessaire de cerner l'ampleur du sujet. C'est d'autant plus nécessaire que les dernières prévisions démographiques sur le nombre de personnes dépendantes datent de 2002 et 2004. Elles nécessitaient donc d'être actualisées.

Le groupe 2 a ainsi procédé à une nouvelle évaluation du nombre de personnes dépendantes à l'horizon 2060. À partir de ces projections et de l'état des lieux des dépenses liées à la dépendance réalisé par le groupe 4, il a ensuite pu projeter l'évolution des dépenses à l'horizon 2040.

La croissance du nombre de personnes dépendantes est forte à partir de 2025, sous l'effet du vieillissement de la génération du baby-boom

Les hypothèses retenues

- Le groupe 2 est parti des dernières projections démographiques de l'INSEE¹ réalisées en 2010 pour évaluer le nombre de personnes âgées

Le groupe 2 a retenu le scénario central de l'INSEE qui prolonge la tendance à la baisse de la mortalité observée sur la période 1990-2001. Les projections font apparaître **une nette augmentation de la population des plus de 80 ans, qui passerait de 3 millions en 2007 à 6,1 millions en 2035 (+ 104 %), puis à 8,4 millions en 2060 (+ 179 % par rapport à 2007).**

La progression est particulièrement rapide entre 2026 et 2054, en raison du vieillissement des générations du baby-boom nées entre 1946 et 1974. Elle est nettement plus rapide que celle de la population dans son ensemble, qui progresserait de 13 % entre 2007 et 2035 et de 19 % entre 2007 et 2060.

- Le groupe a retenu trois scénarios d'évolution des taux de dépendance à chaque âge, plus pessimistes que ceux retenus dans les exercices passés de projection
 - Un scénario pessimiste de stabilité des taux de prévalence de la dépendance modérée (GIR 3 et 4) à chaque âge et de stabilité de la durée moyenne en dépendance lourde (GIR 1 et 2) ;
 - Un scénario optimiste de stabilité de la durée de vie passée en dépendance : dans cette hypothèse, les gains d'espérance de vie correspondent intégralement à des gains d'espérance de vie sans incapacité ;
 - Un scénario intermédiaire dit « neutre » où la part de l'espérance de vie sans incapacité dans l'espérance de vie à 65 ans reste stable.

1. Nathalie Blanpain, Olivier Chardon, « Projections de population à l'horizon 2060 : Un tiers de la population âgé de plus de 60 ans », *INSEE Première*, n°1320, octobre 2010. Nathalie Blanpain, Olivier Chardon, *Projections de population 2007-2060 pour la France métropolitaine : méthode et principaux résultats*, Document de travail de la Direction des Statistiques démographiques et sociales F1008, INSEE.

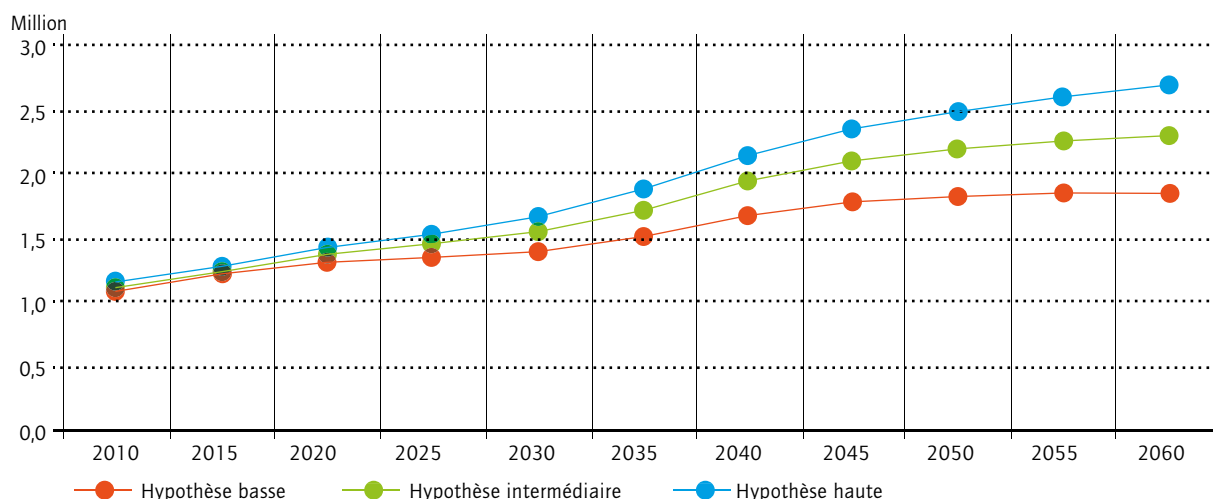
Les résultats : une forte augmentation du nombre de personnes dépendantes entre 2025 et 2060, liée au vieillissement de la génération du baby-boom

Les projections pour la France métropolitaine à horizon 2060

Pour l'hypothèse intermédiaire et le scénario démographique central de l'INSEE, les projections montrent **une augmentation de 35 % de la population de personnes âgées dépendantes à horizon 2030 et un doublement à horizon 2060**. La population dépendante de métropole passerait ainsi de 1 150 000 en 2010 à 1 550 000 en 2030, puis à 2 300 000 en 2060.

Le rythme d'évolution de la population de personnes dépendantes jusqu'à 2060 reflète l'effet de la structure démographique : accélération à partir de 2030 avec l'arrivée des baby-boomers aux âges de la dépendance (2 % de croissance annuelle moyenne dans l'hypothèse intermédiaire), puis ralentissement à partir de 2045 avec l'extinction des premières générations du baby-boom (0,6 % de hausse annuelle).

Projections de population de personnes âgées dépendantes dans les trois hypothèses d'évolution des taux de dépendance et dans le scénario démographique central (métropole)



Source : DREES pour groupe de travail.

L'écart entre les hypothèses haute et basse d'une part et l'hypothèse intermédiaire d'autre part est modéré jusqu'en 2030 (respectivement + 7 % et - 10 %), mais s'accroît par la suite (+ 17 % et - 20 % en 2060).

Résultats des projections de personnes dépendantes au sens de l'APA pour la France métropolitaine (scénario démographique central de l'INSEE)

	2010	2030	2060
Hypothèse basse	1 150 000	1 400 000	1 850 000
Hypothèse intermédiaire	1 150 000	1 550 000	2 300 000
Hypothèse haute	1 150 000	1 700 000	2 700 000

Source : DREES pour groupe de travail.

► Les projections pour la France entière à horizon 2040

La population dépendante passerait de 1,2 million en 2010 à 1,5 million en 2025, puis à 2 millions en 2040 dans le scénario central pour la France entière.

Résultats des projections de personnes dépendantes au sens de l'APA pour la France entière

	2010	2025	2040
Hypothèse basse	1 165 000	1 390 000	1 740 000
Hypothèse intermédiaire	1 165 000	1 510 000	2 020 000
Hypothèse haute	1 165 000	1 590 000	2 240 000

Source : DREES pour groupe de travail.

► L'évolution des caractéristiques des personnes dépendantes

La population des dépendants serait plus âgée et toujours largement féminine dans le futur. La part des femmes, qui est de 74 % en 2010 serait ainsi de 71 %, dans l'hypothèse intermédiaire, en 2060. Par ailleurs, du fait du vieillissement de la population et des hypothèses de recul relatif des taux de dépendance à âge donné retenus par le groupe 2, l'âge moyen des dépendants augmente dans tous les scénarios. Il passerait ainsi de 84 ans en 2010 à plus de 88 ans en 2060, dans l'hypothèse intermédiaire.

Sous l'hypothèse d'une stabilité de la durée de vie en dépendance lourde dans tous les scénarios, la répartition entre dépendance lourde et modérée évoluerait peu. Les travaux de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) retiennent l'hypothèse d'une stabilité de la durée de vie en dépendance lourde sur la période des projections (GIR 1 et 2) et la différence entre les scénarios porte uniquement sur la dépendance modérée (GIR 3 et 4).

Les environnements familiaux changeraient peu. Ils sont en effet soumis à des facteurs contraires. Du fait de l'augmentation de l'espérance de vie, les dépendants ont, à âge donné, plus de chance d'avoir un enfant ou un conjoint survivant, mais l'âge moyen des dépendants tend à s'élever et la probabilité d'avoir un aidant survivant décroît avec l'âge. Ces effets combinés conduisent à une hausse du pourcentage de femmes dépendantes avec conjoint (de 16 à 20 %) entre 2010 et 2050 et à une baisse de la part d'hommes dépendants avec conjointe sur la période (de 54 à 51 %).

À partir de ces projections démographiques, **le groupe 2 a évalué l'évolution des dépenses liées à la dépendance à l'horizon 2040.** Pour cela, il a retenu comme point de départ le recensement des dépenses effectué par le groupe 4.

Les dépenses liées à la dépendance recouvrent un périmètre large et sont financées principalement par des fonds publics

Les dépenses liées à la dépendance sont estimées entre 26 et 34 Md€ en 2010

► Le périmètre des dépenses

Le groupe 4 a isolé **trois catégories de dépenses** : les dépenses liées à la perte d'autonomie (la dépendance au sens strict), les dépenses de soins et les dépenses d'hébergement.

Pour chacune de ces catégories, il a **cherché à définir le « surcoût » lié à l'état de dépendance, mais avec certaines difficultés méthodologiques** :

- s'agissant des dépenses d'allocation personnalisée d'autonomie (APA), il n'existe pas de statistiques précises concernant les dépenses des ménages au-delà du plafond de l'APA ;
- pour les dépenses de soins, l'habitude a été prise, depuis un rapport de 2005 de la Cour des comptes², de les inclure en totalité, sans isoler celles qui sont directement liées à l'état de dépendance. En l'état actuel des connaissances, le groupe n'a pas pu procéder autrement même si la DREES essaie actuellement de développer un modèle permettant de disposer de données plus fines ;
- pour l'hébergement, le groupe a retenu la totalité des dépenses d'hébergement en établissement, car il n'existe pas de données précises sur les dépenses « de gîte et de couvert », qu'il faudrait en toute rigueur exclure du compte pour isoler le seul surcoût lié à la dépendance.

Enfin, **concernant la catégorie de personnes considérées comme dépendantes**, le groupe a retenu les dépenses relatives aux personnes en GIR 1 à 4, mais aussi les dépenses publiques qui bénéficient aux GIR 5 et 6, ainsi que les dépenses de prévention.

► Les dépenses liées à la dépendance sont estimées entre 26 et 34 Md€ en 2010

En dépit de ces limites, on peut évaluer, pour l'année 2010, à **plus de 34 Md€ dans une hypothèse haute, les dépenses exposées par la Nation au titre de la dépendance des personnes âgées** :

- 8,5 Md€ pour la perte d'autonomie (25 % du total des dépenses) ;
- près de 14,5 Md€ pour les soins (42 %) ; la dépense serait néanmoins inférieure de près de 4 Md€ dans l'approche retenue par la DREES qui essaie d'isoler le surcoût lié à la dépendance ;
- plus de 10 Md€ pour l'hébergement (29 %) ; la dépense serait toutefois inférieure d'environ 3,4 Md€ si l'on excluait les dépenses de « gîte et de couvert » ;
- enfin, 1,5 Md€ de dépenses bénéficient aux personnes en GIR 5 et 6 (4 %).

2. Cour des comptes, *Les personnes âgées dépendantes*, novembre 2005, p. 153.

La France consacre un niveau important de dépenses publiques à la prise en charge des dépenses liées à la dépendance

- La part des dépenses publiques est, suivant les hypothèses, comprise entre 67 % et 76 %

À partir du compte de la dépendance, le groupe a recensé les concours respectifs des dépenses publiques et privées à la dépendance, et a calculé un taux de socialisation. Suivant les hypothèses retenues pour le périmètre des dépenses de dépendance, le taux de couverture publique de la dépendance serait compris entre 67 % et 77 %. **Dans son acception la plus large, correspondant aux 34 Md€ de dépenses, il serait proche de 69 %.**

- Le taux de couverture par les dépenses publiques varie fortement entre les trois catégories de dépenses (soins, perte d'autonomie, hébergement), ainsi qu'entre lieux de résidence (domicile, établissement).

La couverture de la dépendance *stricto sensu* est en très grande partie assurée par des sources d'origine publique (près de 80 % du montant total).

Poids respectif des dépenses publiques et privées pour la dépendance stricto sensu (2010, GIR 1 à 4 uniquement)

	Montants (Md€)	% du total
Dépenses publiques GIR 1 à 4	6,8	80 %
Dépenses privées GIR 1 à 4	1,7	20 %
Total	8,5	100 %

Source : Calculs du rapporteur du groupe 4

À l'inverse, les coûts liés à l'hébergement sont principalement couverts par les personnes âgées ou leur famille (près de 81 % du total), en raison du poids des coûts d'hébergement en établissement. Toutefois, si l'on retranche du reste à charge en établissement les dépenses de « gîte et de couvert », le taux de couverture remonte de dix points, à 28 %.

Les dépenses de soins sont pour l'essentiel socialisées par l'assurance maladie ou la CMU complémentaire avec des taux de couverture variant, suivant les conventions retenues, et avant intervention des organismes complémentaires, entre 95 % et 99 %.

Enfin, la dépendance à domicile est davantage solvabilisée que celle en établissement. Les dépenses à domicile bénéficient d'un taux de couverture de 84 %.

- Avec une dépense publique estimée à près de 24 Md€ en 2010, les dépenses publiques consacrées à la dépendance sont plus élevées que la moyenne européenne

La dépense publique en faveur des personnes âgées dépendantes peut être évaluée dans son acception la plus large à environ de 24 Md€ en 2010 (1,22 % du PIB). Le taux de couverture publique de la France est supérieur de 0,2 point de PIB à la moyenne européenne, ainsi qu'au taux de couverture de l'Allemagne et du Royaume-Uni.

La décomposition de la dépense publique par catégorie de dépenses est donnée dans le tableau 4.

Périmètre de la dépense publique en faveur de la dépendance (2010, M€)

		Conventions usuelles (à partir des travaux de la Cour des comptes)
Dépenses de soins GIR 1 à 4	ONDAM médico-social GIR 1 à 4	6 807
	Financement CNSA d'établissement	912
	Soins de ville	3 000
	USLD	990
	Hôpital	2 000
	<i>Total soins GIR 1 à 4</i>	<i>13 709</i>
Dépenses de dépendance <i>stricto sensu</i> GIR 1 à 4	APA	5 297
	Financement d'actions d'animation par la CNSA	76
	Exonérations de cotisations sociales pour les emplois à domicile	996
	Exonération de l'IR de l'APA	90
	Exonération de taxe sur les conventions d'assurance (TSCA) en faveur des contrats d'assurance-dépendance	36
	Crédit d'IR sur les équipements spéciaux pour les handicapés	27
	Crédit d'impôt pour l'emploi d'un salarié à domicile	244
	Taux réduit de TVA sur certains appareillages spécifiques	10
	Taux de TVA réduite applicable aux services à la personne	10
	<i>Total dépendance GIR 1 à 4</i>	<i>6 786</i>
Dépenses d'hébergement GIR 1 à 4	APL/ALS	335
	Taux réduit de TVA applicable à la construction d'établisse- ment accueillant des personnes âgées ou handicapées	30
	ASH nette	967
	Cofinancement d'investissements par la CNSA	390
	Réduction d'impôt pour frais de dépendance et d'hébergement	150
	<i>Total hébergement GIR 1 à 4</i>	<i>1 872</i>
Total GIR 1 et 4		22 367
Dépenses de soins GIR 5 et 6	ONDAM médico-social personnes âgées GIR 5 et 6	296
Dépenses de dépendance GIR 5 et 6	Action sociale de la branche retraite	660
	Action sociale des départements et des communes	252*
Dépenses d'hébergement GIR 5 et 6	Réduction d'impôt pour frais de dépendance et d'hébergement	25
	APL/ALS	70
	ASH nette	233
Total GIR 5 et 6		1 536
Total tous GIR		23 903

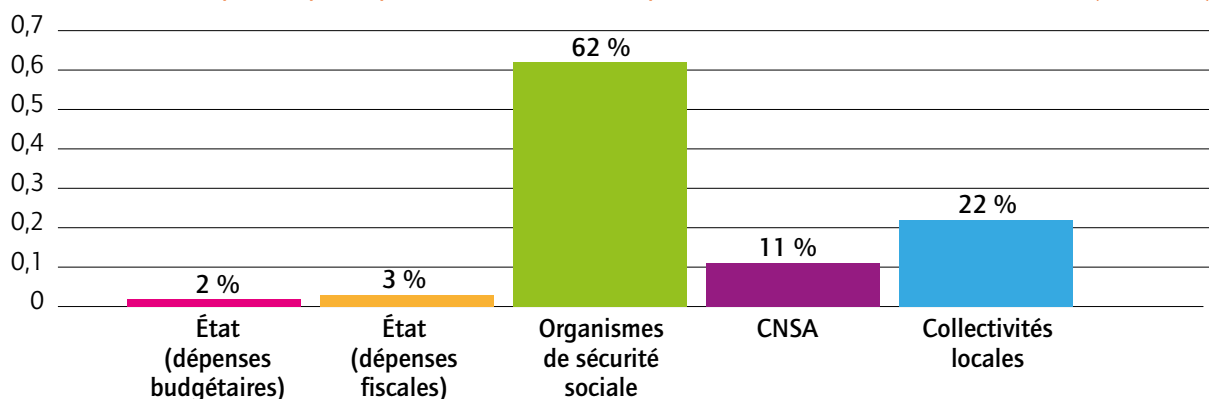
Source : DB, DLF, DREES, calculs du rapporteur du groupe 4

* : Dernier montant connu (2009).

- L'assurance maladie est, de loin, le premier contributeur public de la dépendance avec plus de la moitié de la dépense à sa charge

Les caisses de sécurité sociale sont de loin les principales contributrices à la dépendance, avec des dépenses d'environ 15 Md€ (62 % de la dépense). Les collectivités locales apparaissent comme le second contributeur de la dépense. Les autres financeurs, Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et État, interviennent pour 15 % de la dépense.

Ventilation des dépenses publiques consacrées à la dépendance en fonction des financeurs (% , 2010)



Source : Calculs du rapporteur du groupe 4

Les projections de dépenses reflètent la progression du nombre de personnes dépendantes et se traduisent par une progression modérée, exprimée en part de la richesse nationale

La méthode de projection

Le groupe 2 a projeté les dépenses incluses dans le périmètre du groupe 4 décrit précédemment. **Pour réaliser cet exercice, il a défini une série d'hypothèses**, au-delà de celles relatives à l'évolution de la population de personnes dépendantes.

- Une hypothèse de répartition entre domicile et établissement a été nécessaire compte tenu des différences de prise en charge de la dépendance selon le choix de résidence de la personne

Le groupe a supposé que la répartition entre domicile et établissement par GIR était quasi constante à l'horizon des projections. En effet, des travaux de l'INSEE ont montré une grande stabilité de la répartition domicile/établissement, à partir d'un modèle dans lequel la probabilité d'être en institution dépend du GIR, de l'âge et de l'environnement familial (présence d'un conjoint et d'enfants).

- Deux scénarios d'indexation des barèmes et prestations ont été retenus

Au-delà de l'effet démographique, les dépenses de dépendance et leur répartition entre financeurs publics et privés sont fonction de la progression du coût unitaire des services, prestations et barèmes relatifs à la dépendance. **Pour les dépenses de dépendance et d'hébergement, à domicile comme en établissement, il a été considéré dans tous les cas que le déterminant de la dépense totale était le salaire moyen par tête (SMPT)**, dans la mesure où les dépenses, à domicile comme en établissement, couvrent essentiellement des coûts de main d'œuvre.

En complément de cette hypothèse, **deux scénarios ont été examinés pour l'évolution des barèmes et prestations publiques** (i.e. les plafonds et seuils des barèmes de l'APA, les tranches d'impôt

sur le revenu et plafonds des réductions fiscales, les plafonds et barèmes des aides au logement, les minima vieillesse et contributif) :

- le premier retient les modalités actuelles d'indexation, qu'elles relèvent de la réglementation ou de l'usage, i.e. **une indexation sur les prix** ;
- le deuxième suppose une évolution tenant compte des dépenses auxquelles ils s'adressent, i.e. **une indexation sur les salaires** (sauf pour les aides au logement qui sont supposées évoluer comme les prix), considérant qu'un décalage entre l'évolution des prestations et celle des dépenses n'est pas soutenable à long terme.

➤ **Les hypothèses macroéconomiques sont celles du programme de stabilité et de croissance et du Conseil d'orientation des retraites**

Les hypothèses macroéconomiques retenues pour la détermination de la progression du SMPT et du PIB sont, à court terme, celles du programme de stabilité 2011-2014 et, à moyen et long termes, celles du scénario B du Conseil d'orientation des retraites (COR) de 2010³. Le choix du scénario B a été fait notamment dans un souci de cohérence avec les récents travaux du gouvernement sur les retraites.

Les dépenses d'APA évoluent de façon significative et elles varient beaucoup en fonction du mode d'indexation retenu

La dépense effective totale d'APA progresserait de 10 à 20 % d'ici 2025 et de 35 à 55 % d'ici 2040 en points de PIB. Cette dépense, définie à domicile comme la part du plan d'aide ne dépassant pas le plafond et en établissement comme le tarif dépendance, passe de 0,37 point de PIB en 2010 à :

- 0,41 point de PIB en 2025, puis à 0,50 en 2040 dans l'hypothèse d'indexation sur les prix ;
- 0,43 point de PIB en 2025, puis à 0,58 en 2040 dans l'hypothèse d'indexation sur les salaires.

Les dépenses de santé reflètent la croissance plus rapide de la population de dépendants par rapport à la population générale

Les dépenses de santé progressent entre 2010 et 2014 comme l'ONDAM de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011. À partir de 2015, on suppose qu'elles progressent sous le double effet d'une croissance unitaire selon le PIB par tête et de la démographie de la population de personnes âgées dépendantes : ainsi, **à partir de 2015, la progression des dépenses de santé exprimée en points de PIB reflète un pur effet démographique** (progression de la population des personnes âgées dépendantes par rapport à celle de l'ensemble de la population). Sous ces hypothèses, les dépenses de santé progressent de 0,72 point de PIB en 2010, à 0,78 en 2025, puis à 0,97 point en 2040.

L'évolution du financement privé dépend des modalités d'indexation de l'APA

Les dépenses de dépendance des ménages sont sensibles aux hypothèses d'indexation retenues. Elles passeraient ainsi de 0,08 point de PIB en 2010 à :

- 0,10 point de PIB en 2025, puis 0,13 point de PIB en 2040 avec l'indexation sur les prix ;
- 0,09 point de PIB en 2025, puis 0,10 point de PIB en 2040 avec l'indexation sur les salaires.

Au-delà de cette dépense effective, **l'indicateur de dépassement du plafond** augmente avec une indexation sur les prix, de 0,02 point de PIB à horizon 2025 et de 0,08 point de PIB à horizon 2040.

3. Conseil d'orientation des retraites, *Retraites : perspectives actualisées à moyen et long terme en vue du rendez-vous de 2010, huitième rapport, adopté le 14 avril 2010.*

La dépense publique connaîtrait une croissance limitée jusqu'en 2025 et modérée jusqu'en 2040

Les dépenses publiques de dépendance connaissent dans toutes les hypothèses examinées une augmentation en points de PIB. Toutefois, cette progression reste limitée à horizon 2025, avant l'arrivée massive aux âges de la dépendance des générations du baby-boom. Elle accélère par la suite, tout en restant modérée à l'horizon des projections (2040).

Évolution de la dépense publique entre 2010 et 2025, dans les six scénarios (points de PIB)

	2010	2025					
		Prix			Salaires		
		Bas	Intermédiaire	Haut	Bas	Intermédiaire	Haut
Dépendance	0,38	0,39	0,42	0,44	0,42	0,45	0,48
Hébergement	0,09	0,10	0,11	0,11	0,09	0,10	0,10
Santé	0,72	0,75	0,78	0,79	0,75	0,78	0,79
Autres	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03
Total	1,22	1,27	1,34	1,37	1,29	1,36	1,40

Source : DREES pour groupe de travail.

Évolution de la dépense publique entre 2010 et 2040, dans les six scénarios (points de PIB)

	2010	2040					
		Prix			Salaires		
		Bas	Intermédiaire	Haut	Bas	Intermédiaire	Haut
Dépendance	0,38	0,45	0,51	0,57	0,54	0,62	0,69
Hébergement	0,09	0,13	0,14	0,15	0,11	0,13	0,14
Santé	0,72	0,90	0,97	1,03	0,90	0,97	1,03
Autres	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03
Total	1,22	1,51	1,65	1,78	1,58	1,75	1,89

Source : DREES pour groupe de travail.

Dans l'hypothèse intermédiaire de croissance de la population de personnes âgées dépendantes, la progression est de 0,15 point de PIB à horizon 2025 et de 0,44 point de PIB à horizon 2040 avec une indexation sur les prix. Avec une indexation sur les salaires, les dépenses publiques totales augmentent de 0,15 point de PIB à horizon 2025 et de 0,53 point de PIB à horizon 2040. **Si on les ramène à la valeur du PIB en 2010⁴, ces augmentations seraient à l'horizon 2025 de 2,2 Md€ avec une indexation sur les prix et de 2,6 Md€ avec une indexation sur les salaires ; à l'horizon 2040, de 8,5 Md€ avec une indexation sur les prix et 10,3 Md€ avec une indexation sur les salaires.**

Si les évolutions financières présentées apparaissent modérées en points de PIB, c'est que, malgré la forte évolution de la population de personnes âgées dépendantes, celle-ci ne constitue toujours qu'une faible fraction de la population générale. **La part des dépendants dans la population n'est aujourd'hui que de 1,8 %, et elle passerait à 2,8 % dans le scénario intermédiaire du groupe.**

Le travail combiné des groupes 1 et 4 a permis d'avoir une idée précise des enjeux démographiques et financiers liés à la dépendance. Le groupe 1, quant à lui, s'est intéressé au contexte sociétal dans lequel s'inscrit la réforme de la dépendance et à ses incidences sur les politiques publiques.

4. Soit 1 946 Md€ de 2010.



Le regard sur le vieillissement
et la dépendance doit changer
pour pouvoir adapter les politiques
publiques et développer les actions
en faveur du « bien vieillir »



Les travaux du groupe de travail n°1 ont été animés par la conviction que la vision négative actuelle du vieillissement et de la perte d'autonomie des personnes âgées explique en partie un « déni de projection », une approche fataliste peu propice à la prévention et des politiques peu imaginatives en faveur du grand âge. Les principales conclusions du groupe insistent sur le fait que la perte d'autonomie des personnes âgées ou très âgées peut être évitée ou retardée, non seulement par des actions médicales et médico-sociales, mais aussi en cherchant à maintenir les liens des personnes âgées avec leur entourage et leur voisinage.

Le vieillissement et la dépendance font l'objet de représentations sociales très négatives, en contradiction avec les évolutions récentes de la situation des personnes âgées

Le vieillissement est une notion relative

- La part des personnes de plus de 60 ans dans la population a fortement augmenté au cours des deux derniers siècles

Les immenses progrès médicaux, sociaux et culturels ont permis depuis la fin du XVIII^e siècle un fort accroissement de la proportion des plus de 60 ans et elle devrait encore augmenter dans les prochaines décennies. L'évolution de l'espérance de vie à la naissance est un bon « marqueur » de ce phénomène.

Évolution de l'espérance de vie du milieu du XVIII^e siècle à 2060

Sexe	Espérance de vie à la naissance	Milieu XVIII ^e	2008	2060 (prévisions)
Hommes		27 ans	77,6 ans	86 ans
Femmes		28 ans	84,4 ans	91,1 ans

Source : « Espérance de vie : peut-on gagner trois mois par an indéfiniment ? », Population et société, INED, INSEE, n° 473, décembre 2010.

- La vieillesse est un âge relatif selon les époques

Les individus ne sont pas « vieux » aujourd'hui à 60 ou 65 ans comme il y a un siècle, ainsi que l'a très bien montré Patrice Bourdelais : « *Le principal écueil de la mesure traditionnelle du vieillissement provient de la fixité du seuil d'entrée dans la vieillesse. Car la réalité de l'âge a profondément changé*⁵ ». En utilisant un autre indicateur d'entrée dans la vieillesse qui permet de prendre en compte l'état de santé des personnes - la probabilité de survivre à 10 ans - l'âge d'entrée dans la vieillesse évolue au cours du temps (cf. tableau ci-dessous).

L'âge de la vieillesse, indicateur synthétique

	1825	1860	1900	1910	1927	1937	1947	1957	1966	1975	1985	1995
Hommes	59,6	60,2	59,2	59,3	60,6	60,6	63,7	63,5	64,0	65,1	67,4	70
Femmes	60,4	61,0	62,4	62,6	64,4	65,5	68,0	68,2	70,4	71,9	71,9	76,5

Source : Patrice Bourdelais

5. In Patrice Bourdelais, *L'âge de la vieillesse*, Odile Jacob, 1997.

La représentation sociale négative du vieillissement a des racines profondes

L'équation « vieillissement démographique = vieillesse = déclin » continue de marquer les représentations sociales du vieillissement, depuis qu'à la fin des années 1920, Alfred Sauvy⁶ a décrit le vieillissement démographique comme « *l'accroissement du nombre de vieillards à la charge de la collectivité* ». Le vieillissement est aujourd'hui considéré comme étant à l'opposé des valeurs attribuées par les sociétés modernes à la jeunesse et fortement valorisées (action, beauté, utilité dans la sphère productive, etc.).

Il conviendrait pourtant de ne pas opposer les générations, notamment autour des questions des transferts financiers. Les plus de 60 ans reçoivent un certain nombre d'aides, mais ils apportent aussi souvent un soutien financier à leurs enfants et petits-enfants et parfois même à leurs parents plus âgés.

Par ailleurs, « *la lenteur de la prise de conscience du changement de la réalité de l'âge de la vieillesse* » a empêché d'investir socialement cette plage de vie qui s'étend désormais de 60-65 ans à 85 ans, soit un temps aussi long que celui qui relie la première jeunesse à l'âge mûr.

La vision négative du vieillissement « s'étend » à la dépendance

► Le terme de « dépendance » fait l'objet de nombreuses représentations négatives

Le terme de dépendance, qui n'a pas d'équivalent dans les autres pays, suscite plusieurs représentations négatives. Celui d'un état déficitaire non compensable, tout d'abord. Or la perte d'autonomie due à l'âge peut, comme le handicap, être en partie compensée par des apports humains, techniques ou environnementaux. La dépendance est également perçue comme un état définitif, alors que la dépendance, si elle peut avoir un caractère brutal, est aussi un processus progressif qui peut être freiné par des mesures de prévention. Enfin, une personne dépendante est considérée comme un poids pour autrui, en opposition avec l'autonomie.

En raison de cette vision négative liée à celle du vieillissement, la perte d'autonomie des personnes âgées est peu anticipée par les Français qui préfèrent occulter ce problème.

► Seule une partie des personnes très âgées est en perte d'autonomie

Le nombre de bénéficiaires de l'APA augmente avec l'âge et, en moyenne, les nouveaux bénéficiaires ont 83 ans⁷. Mais la majorité des personnes âgées ne souffrent pas de dépendance, y compris au grand âge. Elles vieillissent en bonne santé et la représentation sociale est en décalage avec la réalité.

% de dépendants par âge

Âges	% de dépendants
+ de 60 ans	8 %
+ de 75 ans	17 %
À 85 ans	20 %
À 95 ans	63 %

Source : DREES

6. Alfred Sauvy présente le 21 novembre 1928 à la Société statistique de Paris une étude intitulée « *La population française jusqu'en 1956, essai de prévision démographique* ».

7. DEBOUT Clotilde, « La durée de perception de l'APA : 4 ans en moyenne », *Études et résultats*, n° 724, avril 2010. DEBOUT Clotilde, « Caractéristiques sociodémographiques et ressources des bénéficiaires et nouveaux bénéficiaires de l'APA », *Études et résultats*, n°730, juin 2010.

La prise en compte du vieillissement dans les politiques publiques permettra d'améliorer la prise en charge de la dépendance

Le vieillissement de la population impose des adaptations à l'organisation sociale, à l'aménagement de l'espace et des territoires, et au fonctionnement des services publics. La prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées sera meilleure si elle est préparée par une politique du vieillissement.

La politique du vieillissement en matière d'urbanisme doit être renouvelée

► Le vieillissement de la population sera généralisé sur tout le territoire français

Les centres villes, dont les personnes vieillissantes souhaitent se rapprocher pour plus de sécurité, seront les lieux où le vieillissement se fera le plus sentir. Les zones périurbaines qui se sont développées sur des modèles pavillonnaires vont connaître un vieillissement sur place qui posera à terme des problèmes de maintien dans l'environnement et d'accessibilité aux services. Enfin, dans les zones rurales qui comptaient en 1999 un quart des personnes âgées de 65 ans et plus, alors qu'elles ne représentaient que 18 % de la population totale, le vieillissement déjà ancien, devrait se poursuivre. De façon générale, l'observation actuelle des personnes de plus de 60 ans montre que **les personnes âgées sont peu mobiles**.

► Le vieillissement doit être pris en compte dans l'urbanisme et l'habitat

Les décideurs publics doivent prendre en compte le fait que les personnes âgées souhaitent bénéficier à un âge avancé de l'ensemble des services qui leur sont nécessaires et être moins isolées. Pourtant, **en matière d'urbanisme, les politiques locales du vieillissement reposent encore largement sur une réflexion « domicile-établissement »** et pas sur une approche continue. Celle-ci permettrait aux personnes âgées des vrais choix de vie, dans lesquels l'intégration dans la ville et la proximité des services et des commerces sont centrales.

L'éclatement des responsabilités entre de nombreux acteurs est sans doute l'obstacle majeur à une bonne prise en compte du vieillissement en matière d'urbanisme et d'habitat. Les communes et les intercommunalités sont chargées de la politique de l'habitat, tandis que les départements sont responsables, en lien avec les agences régionales de santé (ARS), de la mise en place des établissements et services médico-sociaux destinés aux personnes âgées. Cette organisation conduit à des approches « traditionnelles » segmentées qui s'intéressent peu à l'« environnement adapté » qui doit entourer les logements occupés par des personnes âgées.

Néanmoins, **certaines initiatives locales, notamment des bailleurs sociaux, vont dans le sens d'une meilleure prise en compte des besoins spécifiques des personnes âgées** : habitats adaptés par des efforts particuliers de domotisation et d'usage des technologies de la communication, et/ou une préoccupation particulière pour l'accessibilité ou l'évolutivité ; formules d'habitat service ; habitat intergénérationnel... Ces nouvelles formes d'habitat restent marginales, mais elles peuvent permettre un certain renouveau de la politique de la vieillesse en France. Dès lors, pour développer de nouvelles formules d'habitat pour les personnes âgées, **le groupe 2 préconise de retenir une approche qui parte des expérimentations sur le terrain**, plutôt que d'imposer des modèles au niveau national.

Il suggère notamment de **faire du développement des nouvelles formes d'habitat adapté ou intermédiaire entre le domicile et l'établissement, un axe fort de la politique publique sur le vieillissement**, et cela par un partenariat entre les ministères du logement et des solidarités avec la CNSA, les départements, mais aussi les caisses de retraite financeurs d'établissements. Ces acteurs auraient notamment la responsabilité d'organiser la réflexion sur le sujet, de diffuser les bonnes pratiques et de favoriser les expérimentations tarifaires de prise en charge des soins et/ou du soutien social dans des habitats « adaptés ». **Le groupe 3 évoque lui aussi la nécessité de développer les formules d'hébergement intermédiaire (cf. page 40).**

Les compétences des seniors doivent être davantage valorisées

► Les politiques locales sont principalement tournées vers les personnes âgées dépendantes

Les politiques locales menées par les communes et les centres communaux d'action sociale (CCAS) visent en priorité les personnes âgées les plus fragiles : portage de repas à domicile, transports spécifiques, aides financières facultatives... En revanche, comme l'a souligné le Conseil économique, social et environnemental⁸, « *l'existence d'une génération de jeunes retraités actifs est encore peu prise en compte* ».

► Il faut favoriser les mesures qui valorisent le rôle des seniors

Le traitement « solidaire » de la dépendance dépendra du soin qui aura été pris à construire des espaces et des liens favorisant l'intégration des personnes âgées, dépendantes ou non. **Le plan national « Bien vieillir » (2007-2009) a tenté de mettre en application ces principes. Ses axes stratégiques devraient être renforcés, notamment ceux qui mettent l'accent sur la valorisation de la compétence des seniors pour des actions intergénérationnelles locales pérennes.** D'autre part, une association plus forte des municipalités et des ministères devrait être recherchée. Enfin, les bonnes pratiques locales devraient être diffusées le plus largement possible.

Les conditions de développement des gérontechnologies doivent être réunies

Ces dernières années, de nombreux débats ont porté sur le développement des gérontechnologies qui visent à faciliter la vie des personnes en perte d'autonomie par des outils technologiques d'une grande variété (domotique, détecteurs de chutes, téléalarmes...). Pourtant, **leur diffusion reste modeste.**

Deux facteurs semblent freiner leur développement. Tout d'abord, si les produits existent, leurs concepteurs n'ont pas encore totalement réussi à convaincre les personnes dépendantes de l'intérêt de leur utilisation, en raison d'une conception parfois inadaptée. C'est le cas par exemple des produits « simplifiés » qui soulignent trop le vieillissement de leur utilisateur, ce qui explique la préférence des usagers pour les produits de diffusion commune (concept du « *design for all* »).

Par ailleurs, **en l'absence de système d'évaluation**, les personnes dépendantes ont du mal à apprécier l'utilité des très nombreux dispositifs qui existent sur le marché. Le groupe 1 estime donc que **le référencement des produits évalués et l'accessibilité de l'information sont des conditions**

⁸ Seniors et cités- Rapport du CESE- 2009.

indispensables au développement et au financement de ces technologies. À cet égard, il estime que le fonctionnement opérationnel du Centre de référence de santé à domicile et autonomie (CRNSDA), mis en place par le ministère de l'Économie, des Finances et de l'Industrie en 2009 pour évaluer les produits, doit être une priorité.

Une attention particulière doit être accordée aux droits des personnes âgées

Le groupe 1 s'est également intéressé aux questions éthiques liées à la dépendance. Il a mis en évidence deux questions essentielles : la liberté de choix des personnes âgées et le déroulement des fins de vie.

► La liberté de choisir des personnes âgées doit être préservée au maximum

Pour permettre aux personnes âgées de faire valoir cette liberté en toutes circonstances, le groupe 1 recommande tout **d'abord de faire connaître les dispositifs récemment mis en place pour permettre à chacun d'exprimer sa volonté par anticipation ou de déléguer pour l'avenir ce pouvoir de décision à un tiers** : mandat de protection future, désignation d'une personne de confiance, directives anticipées.

Il préconise également de mettre en place **des solutions de médiation en établissement comme à domicile, organisées par le département, pour résoudre des conflits de choix entre la personne âgée et son entourage**. Par ailleurs, dans les établissements médico-sociaux ou les services de soins à domicile, **des procédures collégiales devraient être mises en place pour toutes les situations où le libre choix de la personne n'est pas intégralement respecté en raison d'autres contraintes** (en cas de refus de se faire soigner exprimé par la personne âgée, par exemple).

► Une amélioration de la prise en charge des fins de vie est nécessaire

Plus de 20 % des décès au-delà de 85 ans interviennent en établissement. Or, ces structures ont souvent beaucoup de mal à traiter la question de la fin de vie de leurs résidents. Le groupe estime donc que **les établissements médico-sociaux devraient formaliser un projet d'accompagnement des personnes en fin de vie** et que cette dimension devrait être intégrée dans leur référentiel de certification.

Pour favoriser le « bien vieillir », il est nécessaire de développer les politiques de prévention et d'adaptation des logements

Ces politiques visent toutes deux à permettre aux personnes âgées de bien vieillir, c'est-à-dire d'être en mesure de choisir leur mode de vie le plus longtemps possible.

La politique de prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées souffre aujourd'hui d'un manque de coordination

La perte d'autonomie est imputable à une déficience ou à une polypathologie. **Mais l'environnement humain et matériel de la personne âgée peut réduire sa situation de dépendance** : entourage, intégration sociale, aides techniques ou encore adaptation de l'habitat et de l'environnement urbain.

Les actions de prévention qui peuvent être mises en œuvre présentent donc une très grande diversité. **La responsabilité de ces actions relève d'une multiplicité d'acteurs, tant au niveau national que régional.** L'État, les caisses de sécurité sociale (maladie et vieillesse), de nombreuses agences spécialisées comme l'Institut national de prévention et d'éducation en santé (INPES) ou la Haute autorité en santé (HAS), la CNSA, les ARS, les départements, les communes, les mutuelles et les assurances agissent toutes, d'une façon ou d'une autre, en faveur de la prévention de la dépendance.

Cette fragmentation pose de nombreuses difficultés. L'absence d'axes stratégiques nationaux et de vision globale condamne à la dispersion des acteurs de bonne volonté, ainsi que le note le Haut conseil de santé publique⁹. Par ailleurs, le ciblage des politiques de prévention sur ceux qui en ont le plus besoin est très insuffisant. La fragmentation de l'expertise et la faible professionnalisation de l'ingénierie limitent l'efficacité des actions. L'évaluation est insuffisante. Selon une étude de l'INPES¹⁰, les personnes âgées ont des difficultés d'adhésion aux messages de prévention, en raison des représentations sociales négatives de la vieillesse et de la dépendance. Enfin, l'éclatement des prises en charge des personnes âgées entre les départements (personnes en GIR 1 à 4) et les caisses de retraites (GIR 5 et 6) renforce les difficultés de coordination de la politique de prévention.

Pour remédier à ces carences, **le groupe recommande de définir une stratégie nationale de prévention de la perte d'autonomie.** Il préconise également de **clarifier les responsabilités à l'échelon territorial.** Pour autant, il estime que le pilotage d'une politique de prévention réunifiée dans les mains d'un seul acteur n'est ni réaliste ni souhaitable.

Le groupe 1 présente deux scénarios alternatifs sans prendre position en faveur de l'un des deux, sachant que, dans les deux cas, les ARS, à qui la loi confie la responsabilité de la politique de prévention, demeurent compétentes sur le versant sanitaire et médico-social du sujet pour élaborer les schémas territoriaux de prévention.

Le premier scénario consisterait à attribuer aux départements une compétence de coordination en matière de prévention sociale et médico-sociale, élargissant leurs responsabilités à toutes les populations âgées, qu'elles soient bénéficiaires ou non de l'APA. Dans ce cadre, les crédits consacrés à la prévention par les régimes obligatoires de retraite (CNAV, MSA, RSI) seraient transférés

9. HCSP, *Évaluation du plan national « Bien vieillir »*, décembre 2010.

10. Résultats d'une étude qualitative auprès de seniors et de personnes âgées en perte d'autonomie, Hélène Bourdessol, Stéphanie Pin, mai 2009.

aux départements. La CNSA serait investie d'une fonction d'ingénierie et de pilotage. Ce scénario présente l'avantage de se situer dans la continuité de la décentralisation qui fait des départements les chefs de file de la politique gérontologique. Mais il présente également des inconvénients importants, par exemple le risque que le transfert aux départements des fonds d'action sociale des caisses de retraite ne se traduise par leur « fongibilité » dans les dépenses générales de l'APA.

Dans un second scénario, les caisses de retraite étendraient leur compétence en matière de prévention à l'ensemble des personnes âgées, quel que soit leur GIR. Ce scénario conduirait à réorienter fortement l'action sociale des régimes vieillesse, majoritairement affectée aujourd'hui à l'aide à domicile. Un tel scénario permettrait de mettre en place une politique de prévention autonome, non absorbable par les politiques de prise en charge. Par ailleurs, la connaissance par les caisses de retraite de leurs pensionnés leur donnerait la possibilité de cibler les actions de prévention sur les salariés au moment de la retraite, mais aussi sur les retraités en situation de fragilité (décès du conjoint, isolement ou faibles ressources). Le scénario serait néanmoins complexe à mettre en œuvre, notamment pour couvrir par des partenariats l'ensemble des personnes âgées quel que soit leur régime d'appartenance (professions libérales, régime général, « petits régimes »...). La mobilisation des actions de prévention au moment de l'établissement des plans d'aide par les départements nécessiterait également une coordination très efficace.

L'adaptation des logements est un levier décisif du « bien vieillir »

► La politique d'adaptation des logements est insuffisante

L'adaptation des logements des personnes âgées présente de nombreux avantages. Elle leur permet notamment de rester chez eux plus longtemps et comporte une dimension préventive (prévention des chutes, par exemple). 73 % des ménages retraités sont actuellement propriétaires de leur logement ou accédants à la propriété. Ces propriétés sont en majorité des maisons individuelles.

L'adaptation des logements est pourtant peu pratiquée en France. À la demande du centre d'analyse stratégique (CAS), l'agence nationale de l'habitat (ANAH) a travaillé à une estimation des besoins d'adaptation dans le parc privé. Selon une première approche réalisée à partir d'une étude de la DREES¹¹, deux millions de ménages auraient besoin, au cours des prochaines années, d'une adaptation de leurs logements. Le nombre de ménages se trouvant dans cette situation et étant éligibles aux aides de l'ANAH (c'est-à-dire les ménages modestes) est estimé à 830 000. Malgré des besoins clairement identifiés, **l'APA est très faiblement mobilisée pour financer ces adaptations**, notamment parce que le plan d'aide est souvent saturé par l'aide humaine.

► L'adaptation des logements doit devenir un axe prioritaire des politiques du vieillissement

Le groupe 1 recommande tout d'abord un repérage systématique des besoins d'aménagement lors des évaluations par les équipes médico-sociales afin, le cas échéant, d'adresser la personne âgée au maître d'ouvrage prestataire désigné, en général des associations, pour réaliser le diagnostic et l'accompagnement financier et technique des personnes âgées.

Le groupe préconise également de mobiliser et d'augmenter les financements consacrés à l'aménagement des logements. Aujourd'hui, l'aménagement des logements peut, à certaines conditions et pour les foyers les plus modestes, être cofinancé par l'ANAH. En 2010, 18 800 loge-

11. Étude de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques réalisée en 2008 et portant sur la fréquence des problèmes de dépendance.

ments ont bénéficié de ses aides aux ménages modestes pour l'adaptation au vieillissement et au handicap, pour 58 M€ de subventions versées. Le groupe 1 évoque un objectif d'adaptation de 400 000 logements en 10 ans pour l'ANAH (qui finance à 50 % les travaux avec un plafond de 20 000 €), ce qui supposerait d'augmenter ses moyens sur 10 ans de 2 Md€, mais aussi de 170 M€ pour les prestations d'aide à maîtrise d'ouvrage (soit respectivement 200 M€ et 17 M€ par an)¹². Le groupe préconise également une enveloppe spécifique, financée par des crédits nouveaux, distincte de l'APA, qui serait accordée aux départements pour intervenir en complément de l'ANAH pour les GIR 1 à 4. Il s'agirait d'une prestation spécifique pour l'aménagement des logements, cumulable avec l'APA (désormais limitée aux aides humaines et techniques). Pour les GIR 5 et 6, le groupe recommande d'affecter une plus grande partie des fonds d'action sociale des caisses de retraite au financement du logement.

De façon alternative à ces propositions en matière de financement, **le groupe évoque un schéma plus radical, qui consisterait à transférer aux caisses de retraite le financement de l'ensemble des aides d'aménagement des logements** des personnes âgées, quel que soit leur GIR. Cette évolution permettrait de s'appuyer sur l'expertise des caisses et serait justifiée par le fait que les aménagements de logements concernent toutes les personnes âgées, quel que soit leur GIR. Néanmoins, ce schéma retirerait aux départements une partie de la politique de prise en charge de la dépendance et nécessiterait des mesures de coordination compliquées pour couvrir l'ensemble des personnes âgées, quel que soit leur régime d'appartenance.

Enfin, plusieurs propositions sont faites pour optimiser des dispositifs existants. Le crédit d'impôt pour les aménagements des logements aujourd'hui ouvert au seul propriétaire du logement pourrait ainsi être accordé aux membres de la famille, qui prendraient en charge les travaux pour le compte de leur parent âgé aux revenus modestes. Les règles de calcul des revenus pour les aides de l'ANAH (cumul de tous les revenus des occupants) pourraient être assouplies, afin que les personnes âgées cohabitant avec des membres de leur famille ne soient pas pénalisées. Enfin, pour résoudre les difficultés de trésorerie qui constituent souvent un frein à l'aménagement des logements, l'ANAH pourrait piloter un système d'avances.

12. Ces évaluations ont été réalisées en croisant les résultats de l'enquête HID et les montants de l'aide de l'ANAH pour tenir compte des différences d'intensité des besoins.

1. Les contributions des internautes

État des lieux

Beaucoup de contributions soulignent que le débat concerne toute la société et pas seulement les personnes dépendantes.

Des aidants regrettent que leur rôle ne soit pas suffisamment valorisé. Plusieurs d'entre eux témoignent également de leurs difficultés financières et psychologiques, mais aussi de la joie qu'ils éprouvent à s'occuper de leurs proches.

Enfin, plusieurs personnes dépendantes témoignent des difficultés de leur vie, de leur isolement et de leur crainte de manquer de ressources. Elles ressentent un manque de considération de la part de la société et estiment qu'elles sont insuffisamment aidées.

Propositions

Il est tout d'abord proposé de présenter le débat national sur la dépendance comme devant préparer un choix de société pour sensibiliser les Français à la nécessité de s'occuper des plus âgés.

Plusieurs contributions portent sur le vocabulaire employé, jugé trop négatif. En particulier, le terme « dépendance » est critiqué et beaucoup estiment qu'il serait préférable de parler de « perte d'autonomie », ce qui aurait une connotation plus positive et permettrait d'inclure dans le débat les personnes handicapées. Enfin, il est proposé de bannir l'expression « placement en établissement ».

Des mesures variées sont proposées pour donner une place plus importante aux personnes âgées dans la société : la création d'un grand ministère des personnes âgées regroupant dépendance et retraites, la réservation du rez-de-chaussée de chaque nouvelle résidence aux personnes âgées pour favoriser la mixité générationnelle, ou encore la mise en place d'incitations pour pousser les professionnels du design et les scientifiques à imaginer des produits facilitant la vie des personnes âgées.

Par ailleurs, plusieurs propositions concrètes sont formulées pour mieux valoriser le rôle des personnes âgées. Il est ainsi proposé d'imposer la présence de personnes âgées dans les publicités, afin de réhabituer le regard à cette catégorie de population, ou encore de valoriser l'expérience des personnes âgées en les faisant intervenir dans les écoles et en créant des structures associatives locales d'échange de bonnes pratiques intergénérationnelles.

Beaucoup d'internautes évoquent la nécessité de renforcer la prévention du vieillissement. Il est proposé d'inciter les Français à pratiquer une activité physique. Certains recommandent également d'évoquer le sujet de la dépendance dès l'école primaire pour favoriser une prise de conscience précoce. Enfin, il est préconisé de contrôler chaque année gratuitement l'état mental et physique des plus de 75 ans.

2. Les débats régionaux

La plupart des sujets traités dans le groupe 1 ont été abordés dans les débats régionaux et les analyses développées dans les deux exercices sont convergentes. C'est le cas en particulier sur les thèmes suivants.

- *Sur le regard porté sur les personnes âgées et leur place dans la société*

De nombreux débats ont souligné l'image négative du vieillissement dans la société alors que cette vision ne correspond pas à la réalité. Une minorité de personnes connaîtra une situation de dépendance et la plupart des Français vont bénéficier de 20 à 25 ans de vie de qualité après leur départ en retraite.

Un travail doit donc être mené sur l'image véhiculée par la vieillesse.

Dans beaucoup de débats, le terme « dépendance » a également été jugé beaucoup trop négatif et les participants ont préféré parler de « perte d'autonomie ». Des interventions ont par ailleurs souligné que la dépendance était une conséquence de maladies qui interviennent avec une fréquence plus grande aux âges avancés, mais qu'il était tout à fait possible de vieillir très longtemps sans aucune forme de dépendance.

- *Sur les aménagements à prévoir pour tenir compte du vieillissement*

Le besoin d'aménagement des logements, de la ville, des transports... a été considéré comme un élément essentiel pour favoriser le « bien vieillir ». Dans une région avec une forte préférence pour la maison individuelle, il a été indiqué que cette forme d'habitat poserait des problèmes pour les personnes dont la mobilité dépend des autres. C'est pourquoi, les intervenants ont insisté sur le fait qu'il fallait dès maintenant

envisager les solutions qui permettraient aux personnes âgées de rester chez elles dans de bonnes conditions.

Il a également été suggéré que des résidences aménagées pour personnes âgées soient construites à proximité des quartiers où se trouvait leur dernier logement, pour qu'elles conservent leurs réseaux de relations et leurs habitudes de vie. Par ailleurs, la nécessité de développer des structures d'hébergement « intermédiaire » avec l'accès à différents services a été soulignée.

- *Sur la prévention*

Il y a eu quasi **unanimité pour dire que les actions de prévention devaient être renforcées.** Dans plusieurs débats a également été soulignée la **nécessité de communiquer largement sur les risques de dépendance et les actions efficaces pour l'éviter ou la retarder** (lutte contre l'hypertension ou le diabète, maintien des relations sociales...).

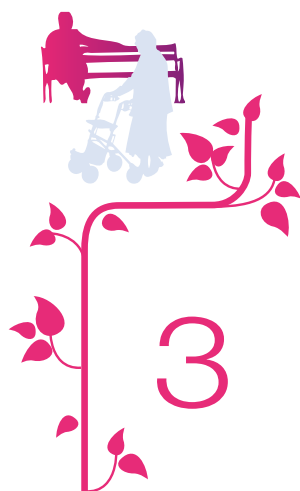
Des intervenants ont jugé essentielle la place de l'aide à domicile dans la prévention. Les personnels d'aide à domicile peuvent offrir des actions préventives efficaces s'ils sont bien formés.

- *Sur les questions éthiques*

Il a été jugé **essentiel de parler du projet de vie de la personne âgée**, d'en accepter l'idée et de le respecter quel que soit le lieu de vie. Certains intervenants ont considéré qu'il y avait un retard important par rapport au monde du handicap dans la prise en compte du projet de vie.

S'agissant de l'entrée en établissement, des participants ont insisté sur la nécessité de consulter toutes les parties concernées par le choix avant de prendre une décision : la personne âgée, la famille et les professionnels.

Au-delà de l'étude des aspects sociétaux du vieillissement, les groupes de travail sur la dépendance ont également consacré une part importante de leur réflexion à la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie, à domicile comme en établissement.



La prise en charge
des personnes dépendantes
doit s'organiser
autour de leurs besoins

Les groupes de travail, notamment les groupes 1 et 3, ont fait le constat que le système de prise en charge actuel ne répondait pas de façon optimale aux besoins des personnes dépendantes et de leurs familles, qu'il s'agisse des modalités d'évaluation de la dépendance, de la coordination des acteurs, du fonctionnement des services et des établissements ou encore de l'aide apportée aux aidants. Ils ont donc formulé des recommandations sur chacun de ces thèmes.

L'évaluation de la perte d'autonomie pourrait être améliorée

Les outils actuels d'évaluation de la dépendance sont jugés assez fiables, malgré des interrogations sur l'évaluation de la dépendance « partielle » (GIR 4)

► La grille actuelle d'évaluation de la dépendance est considérée comme un outil solide

La grille autonomie, gérontologie et groupes iso-ressources (AGGIR) est aujourd'hui l'instrument partagé par l'ensemble des acteurs de la dépendance. Elle sert à la fois à évaluer le degré de dépendance des personnes âgées dans l'accomplissement des actes de la vie quotidienne et l'éligibilité à l'APA. **AGGIR est généralement reconnu comme un bon instrument de mesure de la dépendance**, même si la grille est très marquée par une approche purement sanitaire et fonctionnelle de la perte d'autonomie et ne décrit pas l'environnement humain et matériel des personnes.

► La grille bénéficie globalement d'une assez bonne reproductibilité du « girage » même si des différences de pratiques sont observées entre départements

La direction générale de la cohésion sociale (DGCS, ancienne DGAS) a fait réaliser en 2005 une étude sur la reproductibilité des classements de la grille, qui estimait que **la grille ne présentait pas de faiblesse structurelle**.

Néanmoins, il semble exister des différences d'utilisation de la grille entre départements. Une étude de la DREES¹³ a essayé de déterminer les facteurs explicatifs des contrastes départementaux en matière de nombre de bénéficiaires de l'APA. 62 % des différences s'expliqueraient par des caractéristiques sociodémographiques, 6 % par la politique départementale concernant les personnes âgées, mais 32 % demeuraient inexpliquées. Une part de ces écarts inexpliqués pourrait être imputable à des pratiques différentes entre équipes d'évaluation départementales. Le groupe 1 recommande **donc de mener des études de reproductibilité périodiques départementales et interdépartementales**, pour s'assurer que la grille est appliquée de façon similaire sur tout le territoire.

► Des doutes subsistent sur la précision du classement en GIR 4

La fiabilité de la grille AGGIR pour le classement en GIR 4 a fait l'objet d'analyses contrastées entre les groupes 1 et 4. **Le groupe 4 estime que le GIR 4 caractérise des niveaux de dépendance sensiblement différents, et apparaît comme insuffisamment précis**. Il relève en effet qu'il existe de fortes disparités entre départements en matière d'attribution du GIR 4, puisque la part des bénéficiaires de l'APA relevant du GIR 4 est en moyenne de 45 % du nombre total de bénéficiaires, mais

13. F. Jeger, « L'APA: une analyse des disparités départementales en 2003 », DREES, *Études et résultats*, n° 372, janvier 2005.

qu'elle varie de 30 % à 51 % suivant les départements. Il souligne également la hausse de 40 % à près de 45 % de la part des bénéficiaires de l'APA classés en GIR 4 entre 2003 et 2010.

Afin de remédier à la forte hétérogénéité observée en GIR 4, **le groupe 4 évoque plusieurs pistes**. Il propose un travail d'évaluation du GIR 4 dans les deux prochaines années. Il indique également que la grille AGGIR pourrait être rendue plus précise. En revanche, **il écarte totalement la piste d'une suppression de l'éligibilité du GIR 4 à l'APA**.

Le groupe 1, quant à lui, reconnaît que les GIR 4 sont ceux pour lesquels l'attribution est la moins homogène, mais **il estime que les personnes classées en GIR 4 se trouvent bien dans une situation de dépendance partielle qui justifie qu'on leur vienne en aide**. Il cite ainsi plusieurs études qui montrent que, tant en établissement qu'à domicile, les personnes classées en GIR 4 ont bien des besoins spécifiques qui les distinguent clairement des personnes non dépendantes et qui rendent nécessaire l'attribution de l'APA. **Le groupe 1 préconise donc de poursuivre les études qui croisent le « girage » et l'appréciation concrète de la perte d'autonomie**, pour décider sur des bases solides des besoins que la collectivité souhaite prendre en charge. Sur la nécessité de mener des investigations supplémentaires, il rejoint ainsi le groupe 4.

Un outil multidimensionnel pourrait être mis en place pour mieux évaluer les besoins des personnes dépendantes et leur apporter une aide plus efficace

● La grille AGGIR pourrait être insérée dans un outil multidimensionnel

La grille AGGIR ne décrit pas les éléments de l'environnement matériel et humain de la personne qui, pourtant, influencent sa capacité à effectuer ou non les activités de la vie quotidienne. En outre, l'utilisation de la grille à la seule fin du « girage » documente insuffisamment l'évaluation des besoins de la personne. Cette insuffisance a d'ailleurs conduit certains départements à utiliser des grilles d'évaluation plus complètes pour élaborer les plans d'aide.

Plutôt que de remplacer la grille AGGIR, **le groupe 1 recommande donc d'insérer la grille dans un outil multidimensionnel**, prenant également en compte l'environnement humain et matériel des personnes, les besoins médicaux et paramédicaux, ainsi que les besoins en termes d'aménagement du logement. La mise en place de ce nouvel outil devrait être accompagnée d'un **principe de reconnaissance mutuelle des évaluations menées par les conseils généraux et les caisses de retraite**, alors qu'aujourd'hui une même personne peut « supporter » une évaluation par sa caisse de retraite puis, si la caisse estime qu'elle se trouve en GIR 1 à 4, une évaluation par le département. Enfin, le groupe précise que ces évaluations multidimensionnelles ne devraient être prescrites que lorsque la prise en charge d'une personne présente une certaine complexité.

● Les modalités d'élaboration des plans d'aide devraient être modifiées pour que ces plans puissent intégrer toutes les dimensions du besoin d'aide

Le groupe 1 estime que la construction des plans d'aide est aujourd'hui souvent « faussée » par l'existence des plafonds de l'APA. En effet, la pratique peut aboutir à limiter l'évaluation des besoins et les actions du plan d'aide aux actions finançables par l'APA, dans le cadre du plafond correspondant au GIR du bénéficiaire.

Le groupe recommande donc d'inverser la logique et d'élaborer des plans d'aide multidimensionnels en amont de la détermination du « girage ». Les plans d'aide seraient alors établis en partant des besoins de la personne évalués grâce à l'outil multidimensionnel et ils identifieraient les ressources disponibles sur le territoire pour répondre à ces besoins. Ils comporteraient des propositions de réponses qui iraient donc bien au-delà de celles habituellement traitées dans le cadre de l'APA : articulation avec les soins, prévention, travaux d'aménagement du logement... **Le groupe recommande par ailleurs de tester l'utilisation d'une grille d'analyse multidimensionnelle des besoins** dans plusieurs départements, qui auront mis en place une coordination des acteurs autour des besoins des personnes âgées, afin d'en évaluer les bénéfices ou les inconvénients.

La coordination de la prise en charge de la dépendance doit être fortement améliorée

La coordination autour des personnes âgées dépendantes souffre de nombreuses lacunes

Les groupes 1 et 3 se sont tous deux penchés sur les difficultés de coordination des multiples acteurs qui interviennent dans la prise en charge de la dépendance. Ils sont parvenus au même constat.

► Le groupe 1 a identifié trois niveaux de coordination dont aucun ne fonctionne de façon satisfaisante

Le premier niveau est celui de la personne, dont les besoins sont repérés par les plans d'aide élaborés par les équipes médico-sociales des départements en charge de l'APA. Son objectif est de mobiliser auprès de la personne les aides utiles (médecin, soins infirmiers, aides aux aidants, services à domicile...) et d'assurer un suivi des plans d'aide proposés. Il n'existe pas aujourd'hui de référent unique pour coordonner ces aides. C'est pour cette raison que, dans les cas particulièrement complexes, les maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA) ont mis en place des « gestionnaires de cas ».

Le deuxième niveau de coordination est celui qui met en réseau les acteurs ou les décideurs compétents, en amont de l'intervention concrète autour de la personne. Depuis 1982 au moins, le sujet de la coordination territoriale a vu s'empiler les initiatives (coordinateurs en 1982, réseaux gérontologiques en 1999, centres locaux d'information et de coordination – CLIC – à partir de 2000, puis enfin MAIA, expérimentées depuis 2009 dans le cadre du plan Alzheimer et généralisées en 2011 à l'ensemble des personnes en perte d'autonomie). Ces différentes structures ne sont pas présentes partout et elles fonctionnent de façon très différente d'un endroit à l'autre, si bien que le paysage est illisible pour les personnes dépendantes et leurs familles.

Le troisième niveau de coordination se situe au niveau régional et au niveau national et il vise à organiser la coordination aux niveaux « inférieurs ». Les ARS sont depuis 2010 les chefs de file des coordinations institutionnelles nécessaires à la programmation des actions de prévention, des équipements et services sanitaires et médico-sociaux. Elles doivent se coordonner avec les présidents des conseils généraux (responsables des schémas gérontologiques) dans des projets de territoires. L'action des départements, chefs de file de la politique gérontologique, s'articule elle-même avec celles des communes, des CCAS et des caisses de retraites. À cette coordination institutionnelle territoriale doit correspondre une coordination de niveau national définissant non seulement le principe

et le périmètre des collaborations déclinées territorialement, mais également le cadre stratégique des interventions. **Aujourd'hui, aucun acteur ni aucune procédure ne permettent réellement d'assurer cette coordination nationale.**

► **Le groupe 3 souligne également l'insuffisance de la coordination des services, particulièrement entre les secteurs sanitaire et médico-social**

Selon lui, **les difficultés de coordination ont des origines multiples** : l'existence de nombreux acteurs, les différences de culture entre eux, l'ajout systématique de structures de coordination nouvelles sans revoir l'organisation complète, l'absence de visibilité des structures de coordination, ou encore l'absence de moyens financiers, humains et en ingénierie pour entretenir les réseaux et structures de coordination existants.

Le groupe estime également que la demande de soins des personnes âgées est le moment où se révèlent de façon criante les défaillances de coordination **entre les secteurs sanitaire et médico-social**. C'est particulièrement vrai concernant les hospitalisations. En amont de celles-ci, on relève souvent d'importantes difficultés de suivi des personnes âgées par le système de soins de 1^{er} recours alors qu'un suivi des patients atteints de polypathologies chroniques complexes serait nécessaire pour éviter une prise en charge uniquement dans les phases de crise et en urgence. L'absence d'anticipation et de coordination est également visible au moment de la sortie d'hospitalisation. Il est dangereux pour une personne âgée de rester trop longtemps hospitalisée à la fois pour des raisons sanitaires et de perte d'autonomie. Il est donc impératif de coordonner plus efficacement la sortie de l'établissement de santé et la prise en charge sanitaire et médico-sociale à domicile.

De nombreuses propositions visent à permettre un parcours coordonné de la personne âgée dépendante

► **Les questions de gouvernance et de financement sont centrales pour améliorer la coordination de la prise en charge de la perte d'autonomie**

La première question à résoudre est celle de la **gouvernance** et de l'identification d'un pilote pour organiser la coordination entre les acteurs. **Le groupe 1 identifie deux scénarios**. Dans le premier scénario, **le pilotage serait confié aux départements**, mission que lui confie déjà actuellement le Code de l'action sociale et des familles. Ce serait logique si l'on considère que la coordination est étroitement liée à la définition des plans d'aide. En outre, le territoire pertinent de la coordination est infradépartemental, au plus près des besoins. Si la fonction était dévolue aux départements, des modalités d'accompagnement national, notamment par la CNSA (cahier des charges, repérage des bonnes pratiques...), seraient nécessaires afin de garantir une égalité sur l'ensemble du territoire.

Le second scénario de gouvernance confie le pilotage de la coordination aux ARS. C'est le choix qui a été fait pour les MAIA. Ce schéma permettrait notamment de rechercher l'égalité sur tout le territoire, grâce à un cahier des charges national et à un appel d'offres sélectif (à l'exemple des MAIA).

Le groupe 1 insiste également sur la nécessité de ne pas oublier de financer la coordination, estimant qu'elle a un coût en temps et en personnel, même si l'on en attend une optimisation des ressources. Il estime ainsi que le développement de 600 dispositifs du type MAIA nécessiterait un financement supplémentaire de 135,5 M€. Ce besoin pourrait être réduit si les structures actuelles

(CLIC, réseaux gérontologiques...) étaient rationalisées. Enfin, le groupe 1 estime souhaitable **de donner une reconnaissance législative à la fonction de coordination** pour assurer sa pérennité et son financement. La loi désignerait également le pilote de la coordination et les conditions d'exercice de ses responsabilités.

➤ **La réforme doit se donner comme objectif la mise en place d'un parcours global et coordonné autour de la personne**

Le **groupe 3** insiste particulièrement sur ce point et il identifie deux options pour atteindre ce but. **La première option consisterait à créer un service dédié à la coordination**, territorialisé au niveau départemental et infradépartemental. Celui-ci serait piloté conjointement par les ARS et les conseils généraux. Il pourrait s'agir des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) transformées en maisons départementales de l'autonomie ou des CLIC.

Le groupe 1 serait plutôt opposé à ce modèle unique. Il estime que, quel que soit le pilote choisi, « l'opérateur » de la coordination doit pouvoir être différent selon les territoires : « maisons de l'autonomie », services du département, délégations à des partenaires (CLIC, associations)...

La seconde option présentée par le groupe 3 reposerait sur une mise en réseau de tous les acteurs, autour de la personne âgée, sans création d'institution nouvelle. Elle serait ainsi systématiquement réorientée par le premier acteur qu'elle sollicite vers l'intervenant qui peut lui apporter la réponse la plus adaptée à son besoin. C'est le concept de la MAIA développé dans le cadre du Plan Alzheimer. Le groupe préconise également **de développer les « gestionnaires de cas »** prévus dans le cadre de ce plan, mais de les limiter aux cas complexes (polypathologies...).

Quelle que soit l'option retenue, le groupe 3 estime que **certains éléments doivent être réunis pour garantir une coordination efficace**, notamment le développement d'incitations à la coordination, financières ou professionnelles, ou encore la mise en place de systèmes d'information partagés.

En ce qui concerne plus spécifiquement la coordination des soins, **le groupe 3 indique qu'elle doit s'appuyer sur les professionnels libéraux et de nouveaux outils et protocoles**, tels que la création de maisons et pôles de santé pluridisciplinaires, le partage de tâches qui permet de recentrer les praticiens sur les actes à valeur ajoutée médicale, de nouveaux modes de rémunération pour financer les tâches nouvelles de coordination, le développement d'outils de communication et de coordination (le dossier médical partagé ou la télémédecine particulièrement utiles pour les patients âgés).

Dans le domaine des hospitalisations, le **groupe recommande d'éviter à tout prix les hospitalisations inutiles.** Dans ce but, il insiste notamment sur la nécessité de réorienter la pratique médicale de la prise en charge des états aigus vers le suivi continu des états polypathologiques chroniques, avec des formations, des outils et des financements adaptés. Il propose également de généraliser les expériences de référent « sortie d'hospitalisation » pour les personnes âgées au sein des hôpitaux, actuellement développées par certaines caisses de retraite.

Enfin, le groupe 3 souligne qu'au-delà des difficultés institutionnelles, les défaillances de la coordination sont également liées au cloisonnement de la gouvernance et des financements des secteurs sanitaire et médico-social, même si les ARS devraient permettre d'améliorer l'articulation entre les deux secteurs. Il propose donc **d'expérimenter sur des territoires donnés, une réelle fongibilité des enveloppes sanitaires et médico-sociales.**

L'organisation et la qualité de l'offre de services doivent être améliorées

Ces vingt dernières années, les politiques publiques ont permis d'améliorer très nettement l'offre de service au profit des personnes âgées dépendantes, tant sur le plan quantitatif que qualitatif. **Malgré ces progrès importants, des difficultés demeurent et doivent faire l'objet d'une attention particulière.** D'une part, le secteur de l'aide domicile connaît des problèmes de régulation. D'autre part, l'offre de services doit s'adapter aux besoins futurs, dans un contexte de fort vieillissement et de changements culturels. Enfin, un effort spécial doit être fourni pour améliorer la qualité des services.

Les difficultés actuelles du secteur de l'aide à domicile rendent nécessaire une réforme

► Le secteur de l'aide à domicile est très développé et d'une grande complexité pour les usagers

La prestation de services à domicile concerne potentiellement 719 000 bénéficiaires de l'APA à domicile, les 500 000 personnes qui recourent à l'aide ménagère dispensée par les caisses de retraite et environ 23 000 personnes prises en charge à domicile par l'aide sociale départementale¹⁴.

Le secteur de l'aide à domicile est caractérisé par la diversité des prestations offertes avec des pilotes, des financeurs et des prestataires différents. Elle recouvre deux champs différents : les aides à la vie quotidienne d'une part et l'offre de soins à domicile d'autre part.

L'offre de soins à domicile s'articule autour d'intervenants multiples : des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), des infirmiers libéraux, des services polyvalents d'aide et de soins à domicile (Spasad) et de l'hospitalisation à domicile (HAD).

L'aide à la vie quotidienne, quant à elle, a pour objet l'assistance des personnes âgées en perte d'autonomie dans l'accomplissement des tâches et des activités de la vie courante. Cette prise en charge s'effectue soit par le biais d'un établissement public (20 % des structures¹⁵), par exemple les centres communaux d'action sociale (CCAS), soit dans le cadre d'une association relevant de la loi de 1901 (75 %), ou encore d'entreprises privées à but lucratif (5 %).

L'aide à domicile est servie selon trois modalités différentes : l'emploi direct (25 % de l'offre selon une étude de la DARES de 2010), le mode mandataire dans lequel des services aident les particuliers à effectuer leurs formalités d'employeur (utilisé par 22 % des bénéficiaires de l'APA, d'après une étude de 2004 de la DREES) et le mode prestataire qui est majoritaire (55 %) et dominé par le secteur associatif.

Pour ajouter encore à la complexité, l'aide à domicile est organisée en deux régimes juridiques, entre lesquels les services prestataires peuvent choisir. Le régime de « l'autorisation » soumet les services concernés à de nombreuses obligations, ainsi qu'à un contrôle et une évaluation. Financés par le conseil général, ils sont autorisés et tarifés par le président du conseil général. Le régime de l'agrément, quant à lui, soumet les services à l'agrément « qualité », délivré par le préfet (Direccte), après avis du président du conseil général. Les deux régimes juridiques se différencient essentiellement sur la fixation des prix et la tarification. Les services autorisés ont leurs tarifs administrés par le conseil général, alors que les services agréés fixent librement leurs prix, dans le cadre du contrat de service passé avec l'utilisateur. Le prix évolue ensuite dans la limite d'un taux fixé annuellement par arrêté du ministre de l'Économie (2 % en 2011).

¹⁴. Données DREES 2008

¹⁵. Cour des comptes, rapport de novembre 2005

► **Le respect du principe du libre choix de la personne est faussé par l'illisibilité du système**

Le droit d'option a permis un développement de l'offre de services, en favorisant l'émergence d'un secteur privé diversifié. Aujourd'hui, le bénéficiaire de l'APA est libre de recourir au type d'intervenants qu'il souhaite et le **groupe 3 a marqué son attachement au principe du libre choix du bénéficiaire**. Il faut cependant trouver un équilibre entre la liberté de choix et l'intérêt de la personne âgée en termes de type de prise en charge, au regard de son niveau de dépendance. En effet, ce sont les personnes les plus dépendantes qui recourent le plus, proportionnellement, à l'emploi direct car elles peuvent bénéficier d'un nombre d'heures plus important en raison d'un coût horaire plus bas.

Le groupe 3 a surtout insisté sur **la nécessité d'être en mesure de faire un choix éclairé**. Or, la complexité du système et le manque d'informations disponibles sur la qualité et les prix de l'offre existante rendent difficile un tel choix. Pour rendre plus effectif le principe du libre choix, le groupe préconise **la mise en place d'un système d'information sur le coût et la qualité des prestations offertes**. Ce système serait mis en place au niveau local, sous la responsabilité des services de l'État et des conseils généraux, et son contenu serait rendu public.

► **La nécessité de mieux réguler le secteur de l'aide à domicile est partagée, mais sans accord sur les solutions**

Le groupe 3 n'est pas parvenu à un accord sur un schéma de simplification des deux dispositifs d'autorisation et d'agrément, tout en reconnaissant que le système actuel n'est pas satisfaisant. Le groupe recommande donc de **rouvrir les « négociations » sur ce thème à la suite du débat national** sur la dépendance, ainsi que d'avancer rapidement sur l'évolution des modes de régulation et des procédures de tarification en vigueur dans ce secteur.

Enfin, le groupe préconise **un plan de modernisation des services d'aide à domicile**, comme il y en a eu pour les établissements, compte tenu de l'importance stratégique de ce secteur dans la poursuite de la politique en faveur du maintien à domicile des personnes dépendantes.

L'offre d'hébergement en établissement doit être diversifiée pour mieux répondre aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie

► **L'offre d'hébergement a connu une nette amélioration quantitative et qualitative mais elle reste encore inégalement répartie sur le territoire**

La **politique de conventionnement** des établissements sociaux et médico-sociaux a permis une amélioration importante de la qualité de la prise en charge des personnes âgées en établissement, en renforçant la médicalisation et le taux d'encadrement. Parallèlement, **les plans pluriannuels**, en particulier le « Plan solidarité - grand âge 2007-2012 » (PSGA), ont fixé des objectifs ambitieux et contribué à un accroissement important de l'offre.

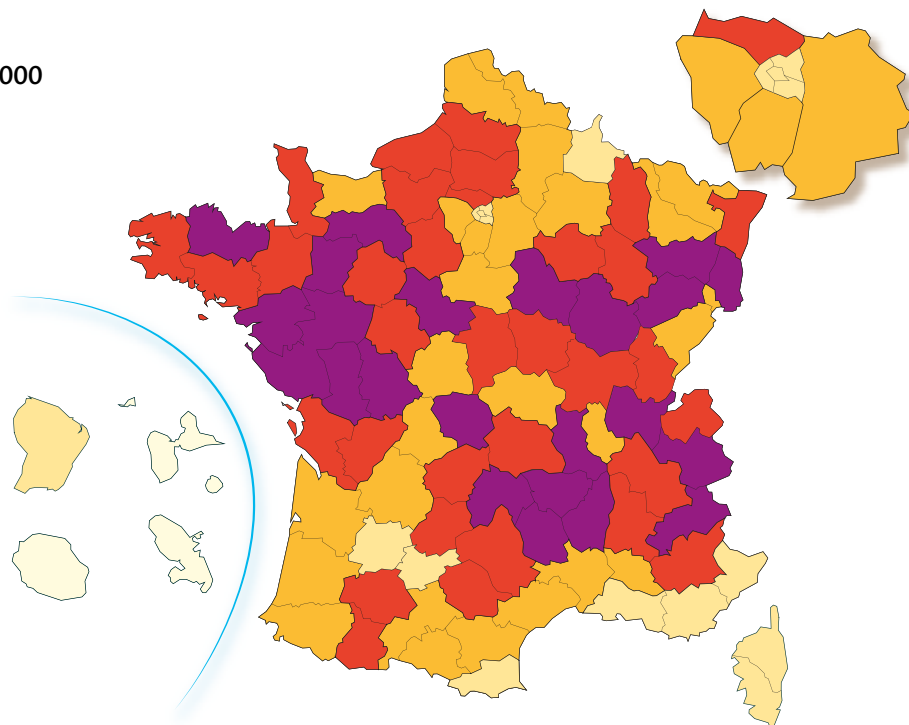
Au 31 décembre 2010, on compte **10 450 établissements hébergeant des personnes âgées** (hors USLD) dont 2 800 foyers logements, 7 500 maisons de retraites et une centaine d'hébergements temporaires. On dénombre dans ces structures 677 000 places installées.

L'augmentation du nombre de places n'empêche pas le taux d'équipement de diminuer. De 166 places pour 1 000 personnes fin 1996, il est passé à 140 fin 2003, 127 fin 2007 et 122 en 2010. Toutefois, cette évolution est cohérente avec le recul de l'âge à l'entrée en établissement, le choix du développement de l'accompagnement à domicile et l'évolution des configurations familiales.

Un problème plus gênant vient du fait que la répartition des places en établissement reste très inégale sur le territoire (cf. carte ci-dessous).

Capacité médico-sociale en établissements et services pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus*

Nombre de places pour 1 000



*Hébergement permanent, hébergement
accueil de jour et SSIAD

Source : Finess 03/2009 - CNSA

➤ Les données disponibles ne permettent pas de prévoir de façon très précise les besoins futurs

Il existe trois sources de données (DREES, FINESS, CNSA¹⁶) avec des difficultés de périmètres et de définition des places. **Le groupe 3 recommande donc de fiabiliser l'outil FINESS et d'y introduire une dimension qualitative.** Par ailleurs, il est nécessaire de sensibiliser davantage les ARS à l'importance de la mise à jour régulière et précise de cette base de données, pour mieux piloter l'offre.

➤ Pour les années à venir, il faut adapter le type de places en fonction de l'évolution prévisible des besoins

Le groupe 3 estime que la politique en matière d'offre d'hébergement devra se fixer **trois priorités**. **Tout d'abord, elle devra accompagner l'évolution en faveur du maintien à domicile** par une offre suffisante de services (SAD, SSIAD, centres de soins infirmiers, HAD, médecine libérale de proximité).

Le groupe estime ainsi que les tendances récentes (recul progressif de l'âge moyen d'entrée en établissement, augmentation du niveau de dépendance des personnes résidant en institution) vont se poursuivre et que **la répartition actuelle entre le domicile et l'établissement (60 %/40 %) devrait évoluer progressivement d'ici 2030/2040 vers une répartition 70/30, comme c'est déjà le cas dans des pays voisins comme l'Allemagne.**

Pour anticiper ces évolutions, le groupe 3 estime indispensable de **disposer d'une vision claire et partagée sur les coûts globaux respectifs du maintien à domicile et sur l'accueil en EHPAD**, qui tienne compte du coût de l'hébergement dans les deux situations. En effet, l'hypothèse du moindre coût de l'accompagnement à domicile n'est pas prouvée à ce jour.

¹⁶ Le fichier FINESS alimenté par les ARS et piloté par la DREES, l'enquête « EHPA » qui est une enquête quadriennale et les enquêtes de la CNSA qui produit chaque année un rapport de suivi de la réalisation des places nouvelles en EHPAD.

Par ailleurs, **une partie des membres du groupe 3 estime que le niveau de dépendance croissant des personnes âgées à leur entrée en EHPAD nécessitera de renforcer les taux d'encadrement** en appliquant les ratios d'encadrement du PSGA. Dans cette hypothèse, des financements supplémentaires devraient être mobilisés, éventuellement compensés par le moindre coût résultant d'un accompagnement à domicile plus long.

La deuxième priorité en matière d'offre d'hébergement concerne le développement de l'offre d'hébergement intermédiaire.

Ces dernières années, les pouvoirs publics se sont concentrés sur le développement de l'aide à domicile et de l'hébergement médicalisé. En revanche, l'hébergement intermédiaire a été délaissé alors qu'il peut répondre aux besoins de personnes modérément dépendantes et qui ne souhaitent pas être isolées. L'hébergement intermédiaire recouvre des offres diverses, souvent de proximité, parfois innovantes, qu'il s'agisse des foyers logements, des résidences services, des MARPA¹⁷...

Le groupe 3 recommande donc d'arrêter la suppression du nombre de places dans les structures d'habitat collectif, d'analyser les besoins en matière d'hébergement intermédiaire, d'encourager l'innovation et de répertorier les bonnes pratiques locales qui pourraient être généralisées.

Enfin, le groupe 3 estime nécessaire de faire évoluer le concept des structures de répit.

En effet, **malgré des besoins réels, l'hébergement temporaire et l'accueil de jour n'ont pas rencontré le succès espéré**, en raison notamment d'un manque d'information sur ces structures, de contraintes réglementaires rigides ou encore de résistances psychologiques des aidants à y recourir. **Le groupe propose donc plusieurs mesures pour tenter de rendre les structures de répit plus attractives, à la fois pour les familles et pour les responsables d'établissements médico-sociaux.** Il propose notamment de repenser le concept d'accueil de jour dans le cadre de « plateformes de répit » de 15 à 20 places minimum, avec un personnel dédié et une programmation spécifique à destination du couple « aidé/aidant », ou encore d'ouvrir l'accueil de jour aux personnes extérieures à l'EHPAD, ce qui permettrait de répondre à un réel besoin et de mieux solvabiliser le coût des places.

► La définition des besoins doit être établie en fonction des remontées du terrain

La difficulté à connaître finement les besoins a été soulignée. **Le groupe 3 recommande donc de procéder à une étude approfondie des besoins de places.** Pour mener cette étude, Il préconise de substituer à la logique « descendante » actuelle, où tout part du niveau central, **une logique « ascendante » se fondant sur l'expertise développée au niveau local.** Ce travail doit être effectué, territoire par territoire par les ARS, en collaboration active avec les départements, dans le cadre de l'établissement des schémas régionaux médico-sociaux d'ici fin 2011.

Les schémas devront prendre en compte un certain nombre d'indicateurs complémentaires, au-delà du taux d'équipement, car ce dernier ne constitue pas un indicateur assez fin. La CNSA travaille actuellement sur la définition de ces indicateurs complémentaires.

Au-delà de ces réflexions sur la méthode, **le groupe s'interroge fortement sur l'opportunité de créer de nouvelles places** alors même que le PSGA n'a pas encore produit son plein effet. Pour le futur, il estime donc que la priorité devrait être donnée à la rénovation des places existantes plutôt qu'à la création de places nouvelles.

¹⁷ Maison d'accueil rurale pour personnes âgées. Développées par la Mutualité sociale agricole, ces petites unités de vie cherchent à préserver en zone rurale les liens du résident avec ses proches et son environnement.

La qualité par l'évaluation des services et la professionnalisation des personnels doit être renforcée

- Pour améliorer la qualité des établissements, il est nécessaire de développer encore davantage l'évaluation et la certification

Des dispositifs existent pour favoriser la qualité de la prise en charge des personnes dépendantes. La création de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) a ainsi permis des progrès significatifs, grâce notamment à la publication de guides de bonnes pratiques. En matière d'évaluation, les établissements ont l'obligation de faire procéder à deux évaluations externes par des organismes habilités par l'ANESM pendant la période de leur autorisation (15 ans).

En revanche, le groupe 3 a regretté l'absence de référentiel unique sur lequel se fonderaient les organismes d'évaluation. Aujourd'hui, chaque établissement a ses propres référentiels internes de qualité et chaque organisme d'évaluation externe dispose de ses propres normes. Cette situation empêche toute exploitation et publication des évaluations, ainsi que toute comparaison entre établissements. Le groupe propose donc que le secteur médico-social se dote, avec l'aide de l'ANESM, d'un référentiel unique d'évaluation pour les EHPAD et pour les services de soins à domicile. Ce référentiel serait public et les résultats obtenus par les établissements pourraient être diffusés.

Le groupe propose également le développement de la certification, réalisée par des organismes extérieurs et indépendants, pour garantir la qualité des prestations.

- La gestion des ressources humaines est un enjeu prioritaire pour favoriser la qualité des prestations

Le secteur de l'aide à domicile pour les publics fragiles hors activités de soins emploie 515 000 salariés (DREES 2010). Dans les EHPAD, les effectifs étaient de 397 000 personnes en 2007, soit 52 000 de plus qu'en 2003. Mais le secteur souffre de difficultés de recrutement, notamment pour les aides soignantes, et d'un *turn over* inquiétants pour la qualité de la prise en charge (près de 30 % du personnel est présent depuis un an ou moins dans l'établissement).

Pour remédier à ces difficultés, le groupe 3 formule plusieurs propositions. Il propose tout d'abord d'élargir les voies de recrutement pour les aides soignantes, en développant l'apprentissage, la validation des acquis ainsi que les contrats de professionnalisation. Il estime également que la valorisation des métiers de la dépendance est indispensable pour améliorer leur image. Pour atteindre cet objectif, il faut notamment améliorer les conditions de travail et engager une réflexion sur les temps partiels subis et l'isolement professionnel, notamment dans le secteur de l'aide à domicile.

Par ailleurs, la formation doit être encouragée et son contenu enrichi. La professionnalisation et les revalorisations salariales qui en découlent sont également au cœur des préoccupations des acteurs du secteur. La professionnalisation des salariés est un enjeu prioritaire pour rendre les emplois plus attractifs, favoriser la fluidité des parcours professionnels et améliorer la qualité des prestations.

Un effort considérable est d'ores et déjà réalisé en matière de formation sur l'ensemble du secteur de l'aide à domicile, notamment grâce à des financements de la CNSA. Pour aller plus loin, le groupe recommande d'encourager la professionnalisation en recourant à des incitations. Il est ainsi proposé que l'arrêté, prévoyant une majoration de 10 % de la participation du bénéficiaire si le recours à un salarié en emploi direct ne répond pas aux exigences de qualification, soit pris et appliqué.

Enfin, la formation des intervenants doit intervenir dès le recrutement, avant la prise de poste, et son contenu doit être enrichi. Elle doit également continuer tout au long de la vie professionnelle.

Les besoins des aidants doivent être mieux pris en compte

Les aidants jouent un rôle essentiel dans la prise en charge de la dépendance et ils se trouvent dans des situations très diverses

► Les aidants sont des acteurs majeurs de la prise en charge de la dépendance

L'enquête « Handicap-santé » auprès des aidants, réalisée en 2008 par la DREES, estime que **4,3 millions de personnes de 16 ans ou plus** aident régulièrement dans les tâches de la vie quotidienne, par un soutien financier ou moral, une personne de 60 ans ou plus vivant à domicile. 54 % de ces aidants sont des femmes. Une enquête de 2003 auprès de bénéficiaires de l'APA¹⁸ aboutissait au chiffre de 64 %. Toutefois, ces chiffres recouvrent vraisemblablement des intensités d'aide fort différentes¹⁹.

► Les situations d'aide sont extrêmement variables

Elles varient en fonction de la pathologie de la personne aidée, des configurations d'aide (aidant solitaire ou plusieurs aidants, cohabitant ou non) ou encore de la situation de l'aidant lui-même : la moitié des aidants sont retraités, mais quatre aidants sur dix sont en emploi. **La diversité des situations d'aide impose de concevoir des soutiens adaptés aux besoins de chacun.**

La politique d'aide aux aidants doit être renforcée

Le groupe 1 a estimé que l'action publique devait soutenir les aidants, mais sans les « assigner » à leur rôle. La reconnaissance du rôle des aidants doit donc s'accompagner de mesures leur permettant de concilier leur vie familiale et/ou professionnelle avec l'accompagnement de leur proche.

► Des mesures de soutien aux aidants doivent être mises en place

Les aidants ont d'abord un fort besoin d'informations pour faire face à la dépendance de leurs proches, qu'il s'agisse d'informations sur les aides existantes ou sur les soutiens qui peuvent leur être apportés (soutien psychologique, formation, structures d'aides au répit...). Le groupe préconise donc que **la diffusion d'une information simple et accessible aux personnes âgées et à leurs aidants soit une obligation pour les départements** (numéro de téléphone unique, lieux d'information avec proposition de rendez vous...). Au niveau national, **un site internet** mis en place par la CNSA devrait délivrer des informations actualisées et gratuites sur les droits des personnes et de leurs familles.

► Il faut mieux structurer dans chaque département les actions de soutien aux aidants

De nombreuses initiatives visant à répondre aux besoins des aidants se développent actuellement de façon un peu désordonnée : actions de « formation », plateformes d'aides au répit, consultations

18. PETITE Ségolène, WEBER Amandine, « Les effets de l'APA sur l'aide dispensée aux personnes âgées » Études et résultats, n° 459, janvier 2006.

19. Les aidants familiaux salariés dans le cadre de l'APA sont à 88 % des femmes.

santé des aidants dans les consultations mémoire du plan Alzheimer... Il est aujourd'hui indispensable **de mieux organiser ces initiatives dans chacun des départements**. Pour cela, il faudrait recenser les actions existantes et les évaluer, et identifier les besoins non couverts pour être en mesure, le cas échéant, de prévoir des adaptations avec l'ensemble des partenaires concernés.

► **Le département doit devenir le pilote de l'information des familles et de la structuration des aides aux aidants**

Le département intervient déjà aujourd'hui auprès des familles dans une logique de proximité pour évaluer le besoin d'aide des personnes âgées et attribuer l'APA. Il serait logique qu'il étende son action au pilotage de l'aide aux aidants. Le groupe 1 propose donc de **compléter la loi pour « reconnaître » les aidants et attribuer aux départements la fonction d'information et d'organisation de la politique en leur faveur**.

► **La conciliation entre vie professionnelle et rôle d'aidant doit être facilitée**

Les congés ouverts aux aidants familiaux (congé de soutien familial et congé de solidarité familiale) souffrent d'une trop grande rigidité (durée de travail dans l'entreprise, règles de préavis, de fractionnement, impossibilité de prendre un temps partiel...) et ils sont peu utilisés. Aujourd'hui, les aidants salariés ajustent donc de façon pragmatique leur activité professionnelle en modifiant ou en réduisant leur temps de travail. Par ailleurs, différentes études montrent que les aidants en activité souhaitent conserver leur travail, à la fois en raison des avantages matériels qu'il procure et parce qu'il leur permet de rompre avec l'isolement.

Le groupe 1 recommande donc de favoriser la souplesse dans les possibilités d'organisation du travail des salariés-aidants familiaux. Ce point pourrait ainsi devenir un élément de négociation des partenaires sociaux, éventuellement obligatoire. Il serait également nécessaire de transposer aux aidants des personnes âgées les droits des aidants des personnes handicapées afin qu'ils bénéficient d'aménagements du temps de travail. De même, il conviendrait **d'assouplir les règles du congé de soutien familial**, notamment en le rendant fractionnable.

En revanche, **le groupe ne propose pas d'indemniser les congés**, pour de multiples raisons : volonté d'éviter un retrait du marché du travail, en particulier pour les femmes et les actifs de plus de 50 ans, contradiction entre cette mesure et la volonté de professionnaliser le secteur de l'aide aux personnes dépendantes, complexité du mélange des liens affectifs et d'une situation de « subordination » de l'aidant à l'aidé...

► **L'intervention des associations bénévoles pourrait être encouragée**

Certaines associations, comme les Petits frères des pauvres, peuvent intervenir de façon efficace, pour soutenir les aidants familiaux ou pour prévenir les situations de fragilité liées à l'isolement ou la précarité. Le groupe 1 estime donc qu'il serait intéressant de **prévoir un programme de développement d'équipes de bénévoles** sous réserve de quelques principes qui s'imposeraient aux opérateurs (cadre associatif, recrutement, formation et modes de soutien des bénévoles...), pour essayer de démultiplier les sources d'aide pour les personnes âgées. **Les jeunes en service civique**, en partenariat avec les communes, pourraient également apporter leur appui aux associations qui viennent en aide aux personnes dépendantes.

1. Les contributions des internautes

Le thème de l'accueil et de l'accompagnement des personnes âgées est celui qui a fait l'objet du plus grand nombre de contributions. Les internautes ont exprimé leurs préoccupations mais également formulé de nombreuses propositions.

État des lieux

Beaucoup de témoignages portent sur les carences du système de prise en charge des personnes âgées. Les accueils de jour et les accueils en milieu rural sont jugés largement insuffisants au regard des besoins. De même, le nombre d'heures d'aide à domicile attribué est considéré comme trop faible par rapport aux besoins réels. Plusieurs témoignages décrivent également le « parcours du combattant » nécessaire pour trouver un établissement adéquat, en raison du manque de places ou du coût prohibitif de nombre d'entre eux. Beaucoup d'internautes se plaignent aussi de la qualité insuffisante des prestations en établissement.

Le maintien à domicile est considéré comme la meilleure solution pour les personnes âgées sans dépendance lourde et beaucoup d'interventions insistent sur l'importance de la liberté de choix entre établissement et domicile. Mais plusieurs contributeurs soulignent que les personnes qui restent à domicile doivent pouvoir compter sur une aide professionnelle efficace pour résoudre les problèmes du quotidien. Or, de nombreuses négligences de la part d'aides à domicile sont relevées. La difficulté du maintien à domicile en milieu rural est également évoquée. La coordination des acteurs y est jugée insuffisante pour surmonter les difficultés d'accessibilité.

Enfin, le thème de l'aide familiale est largement évoqué. Les internautes insistent sur sa souplesse et sa capacité à apporter des solutions individualisées et humaines à la dépendance. Mais plusieurs d'entre eux regrettent que le rôle des aidants ne soit pas davantage valorisé et reconnu.

Propositions

De nombreux internautes formulent des propositions pour favoriser le maintien à domicile. Ils recommandent d'accorder davantage d'heures d'aide à domicile et de développer les actions de formation pour les personnels concernés. Il est également proposé de contrôler ces personnels, afin d'éviter les abus de faiblesse, jugés trop nombreux. Par ailleurs, le développement des gérontechnologies et l'aménagement du logement sont cités comme des mesures qui devraient permettre de maintenir davantage de personnes âgées à domicile. Enfin, les formules « d'accueil familial » sont assez souvent évoquées comme une formule à développer. Des propositions visent à renforcer la communication autour de ce type de prise en charge et à rendre les procédures d'agrément plus simples.

Beaucoup de propositions portent également sur les établissements. Il est demandé de manière récurrente d'augmenter le nombre de places et beaucoup de contributions insistent sur la nécessité de renforcer l'accueil de jour et l'hébergement temporaire. La création d'établissements « mixtes », accueillant à la fois des résidents temporaires et permanents, est souvent abordée. De nouvelles formes d'accueil sont proposées, comme les centres d'accueil intergénérationnels ou le développement de

structures « intermédiaires ». Par ailleurs, on note une demande récurrente de renforcement de l'évaluation des EHPAD. Il est également proposé de mettre en place des protocoles de soins et de demander à des personnels dédiés d'en assurer le respect.

Le rôle du bénévolat est souvent cité. Il est ainsi proposé de développer les campagnes de communication pour inciter au bénévolat associatif.

Le développement de la coordination entre les différents acteurs de la dépendance apparaît comme une préoccupation majeure. Il est proposé de renforcer les liens entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social pour développer une dynamique de réseau. Le développement de réseaux de santé « personnes âgées » est également encouragé, tout comme la création d'un dialogue systématique entre élus locaux et associations de proximité. Enfin, le développement de dispositifs d'information est souvent proposé.

Plusieurs propositions sont faites pour améliorer la situation des personnels qui interviennent dans la prise en charge des personnes dépendantes. L'amélioration de la formation de ces personnels est un thème qui

revient très souvent. Sur le plan financier, plusieurs propositions sont faites pour revaloriser les salaires. Enfin, il est proposé d'accompagner psychologiquement le personnel aidant, pour tenir compte des situations difficiles auxquelles il doit faire face.

Le rôle central de la famille et des aidants familiaux dans la prise en charge de la dépendance est souvent mis en avant. Il est ainsi proposé de responsabiliser la cellule familiale, par exemple en formant les enfants pour qu'ils soient en mesure de faire face au vieillissement de leurs parents. Une aide financière pour les enfants hébergeant leurs parents dépendants est préconisée par certains. Il est également proposé qu'ils perçoivent un dédommagement pour les investissements qu'ils doivent faire pour s'occuper de leurs parents et qu'ils obtiennent une affiliation gratuite à une caisse de retraite.

Enfin, il est demandé de résorber les inégalités territoriales actuelles en matière d'offre de services. À cet égard, la prise en charge des personnes dépendantes en milieu rural est un thème qui revient souvent. Il est notamment préconisé de développer les petits établissements d'accueil et les structures de soins proches des lieux de vie.

2. Les débats régionaux

L'appréciation sur la prise en charge des personnes dépendantes varie d'une région à l'autre, selon les spécificités locales. Mais globalement les analyses rejoignent celles des groupes de travail.

- *Sur l'importance de l'offre et sa répartition sur le territoire*

Dans la plupart des régions, on souligne que le niveau de l'offre est globalement satisfaisant, même s'il reste des inégalités entre territoires.

Plusieurs intervenants jugent **prioritaire de faire remonter les besoins du niveau local**, pour mieux adapter les réponses aux problématiques particulières des différents bassins de vie.

Par ailleurs, **les difficultés particulières des territoires ruraux isolés sont relevées.** Des intervenants évoquent la nécessité de préserver l'hôpital local en zone rurale comme maillon de proximité de la prise en charge de la dépendance.

La nécessité de réfléchir à des innovations et de développer des structures intermédiaires entre EHPAD et domicile est également un thème récurrent des débats.

Beaucoup d'interventions soulignent enfin que, pour les établissements, **les enjeux de qualité et d'adaptation aux besoins spécifiques de telle ou telle catégorie de personnes dépendantes sont aujourd'hui plus importants que l'augmentation du nombre de places.**

- *Sur la qualité de l'offre*

La qualité de la prise en charge en établissement est plutôt jugée en progrès, avec la signature des conventions tripartites qui en font un objectif contractuel.

De même, **une amélioration est notée en matière d'encadrement même si, dans plusieurs régions, la question des effectifs reste considérée comme un problème.** À domicile, certains estiment que les professionnels ne disposent pas d'un temps suffisant pour une bonne prise en charge.

- *Sur le choix « domicile / établissement »*

Dans plusieurs régions, les intervenants soulignent que **le choix peut être contraint par les possibilités de financements.** Ils estiment que seuls ceux qui peuvent payer ont la possibilité d'aller en établissement.

Par ailleurs, **pour permettre le maintien à domicile, il faut que des conditions favorables soient réunies.** Il faut tout d'abord une bonne coordination des interventions. Il est également souvent nécessaire d'adapter le logement. Des modes d'accompagnement appropriés doivent exister pour éviter l'isolement des personnes dépendantes. Pour créer cet environnement favorable au maintien à domicile, une recherche de réponses au plus près des territoires de vie est recommandée.

- *Sur l'orientation des personnes dépendantes et la coordination entre acteurs*

L'orientation est un sujet compliqué pour plusieurs raisons. Tout d'abord, les personnes dépendantes et leurs familles se trouvent souvent dans une situation d'urgence. Par ailleurs,

la dépendance comprend plusieurs dimensions (sanitaire, sociale...) et fait intervenir de multiples intervenants. Enfin, le choix est parfois contraint par un manque de places ou de services.

En matière d'orientation, les CLIC sont considérés comme les acteurs principaux pour apporter un accueil individualisé, recueillir et analyser les besoins.

Concernant la coordination, beaucoup d'intervenants ont souligné **le caractère essentiel d'une prise en charge coordonnée de la personne autour de son projet de vie. La coordination entre les secteurs sanitaire et médico-social est jugée prioritaire,** pour assurer une prise en charge de qualité et une continuité dans le parcours de santé des personnes âgées. En particulier, l'hôpital doit s'adapter à la prise en charge des personnes âgées, qui sont en effet très souvent hospitalisées. L'hôpital est donc un lieu important pour repérer des signes de fragilité et mettre en place des actions de prévention. Il serait donc souhaitable de donner une culture gériatrique à tous les soignants qui travaillent dans des services recevant des personnes âgées.

Des intervenants ont indiqué que, là où elles existent, **les MAIA ont amélioré la concertation entre les différents acteurs.**

- *Sur les solidarités familiales et le rôle des aidants*

De nombreux intervenants ont souligné que **les solidarités familiales étaient complémentaires des aides « professionnelles » et qu'elles ne s'y substituaient pas.** Ils ont insisté sur le fait que les aidants familiaux devaient être présents pour apporter amour et soutien psychologique, pas pour se comporter en professionnels de l'aide à domicile.

Certains intervenants ont également relevé les fortes contraintes qui pèsent parfois sur les aidants familiaux, notamment les femmes.

Par ailleurs, pour soulager les aidants, beaucoup ont estimé **qu'il était nécessaire de développer les structures de répit.**

Enfin, **le besoin de formation et d'accompagnement psychologique des aidants a été évoqué.**



Les besoins d'amélioration
de la prise en charge
de la dépendance nécessiteront
des ressources supplémentaires
dans le cadre du système solidaire
actuel

Le groupe 4 était, quant à lui, consacré aux questions de financement. Il s'est tout d'abord intéressé aux effets du système de prise en charge actuel sur les situations individuelles, en particulier sur le niveau des restes à charge (RAC). Mais il s'est également intéressé à la couverture des besoins de financement globaux, pour faire face au vieillissement à venir de la population et pour financer l'amélioration du système.

Le groupe 4 n'est pas parvenu à un consensus sur les solutions à adopter. Le rapport évoque ainsi trois scénarios d'évolution du système de prise en charge : une consolidation du système actuel, la mise en place d'un dispositif public de sécurité sociale géré par la branche maladie et la création d'une assurance privée universelle qui se substituerait au dispositif d'aide publique existant.

Toutefois, **une majorité des membres s'est prononcée en faveur du schéma de consolidation du système actuel et c'est donc celui qui sera développé dans ce rapport.** Pour disposer de plus de détails sur les autres scénarios, il est nécessaire de se rapporter directement au rapport du groupe 4.

On peut simplement dire que **le scénario « assurance privée »** a été considéré par une majorité des membres du groupe comme contradictoire avec la préférence de notre pays pour une prise en charge publique et solidaire des risques sociaux. Il est apparu également que celui-ci pourrait poser des problèmes importants de mise en œuvre. Enfin, son impact positif sur les finances publiques n'apparaîtrait qu'après la période de montée en charge. Il pourrait même se révéler dans un premier temps coûteux, si une aide publique à l'acquisition d'une assurance dépendance devait être mise en place pour les plus modestes.

Quant au **schéma « sécurité sociale »**, il a posé des problèmes de conception (prestations avec ou sans conditions de ressources ?) et il a surtout semblé difficile de retirer aux départements la compétence en matière de prise en charge de la dépendance pour la confier aux caisses de sécurité sociale.

Les aides publiques en faveur des personnes dépendantes présentent des limites, tant à domicile qu'en établissement

Les caractéristiques de l'APA à domicile semblent défavorables pour les personnes ayant un GIR élevé

► **Les plans d'aide des personnes ayant un GIR élevé présentent des taux de saturation élevés**

En 2007, 26 % des plans étaient « saturés », c'est-à-dire d'un montant égal au plafond. Par ailleurs, la saturation des plans d'aide est supérieure pour les GIR 1 et 2 (respectivement 44 % et 36 % des plans). En raison de ce phénomène de « saturation », **le calibrage de l'APA pourrait empêcher certaines personnes, dans les catégories les plus dépendantes, de financer toutes les aides dont elles ont besoin.**

► **Les taux d'effort des personnes les plus dépendantes sont les plus importants**

À domicile, les restes à charge des personnes dépendantes sont mal connus. Il n'existe pas d'enquête sur des échantillons de population « réelle » et les dépenses exposées par les ménages au-dessus des plafonds de l'APA ne sont pas connues. Pour pallier ce manque, **le groupe 4 a réalisé des simulations sur des « cas types »** lui permettant d'établir plusieurs constats sur les effets des aides publiques sur les RAC des bénéficiaires et leur taux d'effort.

Il ressort de ces simulations que les **aides publiques varient de manière progressive avec le niveau de revenu** et qu'on n'observe donc pas de courbe « en U ». Par ailleurs, les aides augmentent avec le niveau de GIR et avec le montant du plan.

Concernant les taux d'effort, **il existe des écarts très importants entre le GIR 4 (et dans une moindre mesure le GIR 3) et les GIR 1 et 2**. Le taux d'effort en GIR 4 apparaît faible, notamment par rapport aux taux des autres GIR : pour un plan moyen, le taux d'effort en GIR 4 est d'environ 5 %, contre environ 15 % pour un GIR 2 et 30 % pour un GIR 1.

Les restes à charge en établissement sont élevés

Les RAC en établissement s'élèvent en 2007 à près de 1 500 € par mois

De façon « agrégée », les dépenses privées sont évaluées à environ 10,7 Md€ ou 7,3 Md€ si l'on exclut les dépenses incompressibles de « gîte et de couvert ». Toutefois pour avoir une idée précise des difficultés que peuvent poser les restes à charge, il est nécessaire de les analyser au niveau individuel.

Évaluation du reste à charge national

	Montant (Md€)
Dépendance/perte d'autonomie	1,7
Hébergement	8,2
<i>Dont dépenses de « gîte et de couvert »</i>	<i>3,4</i>
Soins	0,7
Total	10,7
Total après retranchement des dépenses de « gîte et de couvert »	7,3

Source : Calculs du rapporteur du groupe 4

Une étude récente de la DREES²⁰ évalue la dépense en établissement, en 2007, à 1 938 € par mois. Avec une aide publique totale moyenne de 470 € par mois (soit un quart de la dépense)²¹, **le RAC moyen s'élève à 1 468 € par mois²²**. Par ailleurs, **le reste à vivre²³ (RAV) des résidents apparaît, en moyenne, globalement négatif (261 € par mois)**. Cette situation concerne principalement des résidents appartenant aux « classes moyennes inférieures », mais on en trouve même parmi les ménages plus aisés, notamment lorsqu'ils sont hébergés dans des établissements à tarifs élevés.

Le mode de financement du RAC est mal connu

Compte tenu du taux de non-recours à l'ASH (environ 50 % des bénéficiaires potentiels), les personnes âgées dépendantes doivent mobiliser différentes sources de financement pour faire face à ce RAC. **Il n'existe pas aujourd'hui de données fiables sur les modalités de ce financement privé**. En théorie, il peut provenir des revenus des personnes âgées dépendantes, de la mobilisation de leur patrimoine ou encore d'une aide de leur famille.

En revanche, **l'assurance privée ne joue qu'un rôle mineur dans la réduction du reste à charge**. On dénombre 5,5 millions de contrats en 2010, dont 40 % environ sur le contrat MGEN, contrat qui garantit une rente mensuelle de 120 €.

20. Évaluation du reste à charge en établissement, DREES, février 2011.

21. L'APA représente en moyenne 230 €, les aides au logement et l'aide sociale 209 €, et la dépense fiscale 31 €.

22. Dont 147 € pour la dépendance, et 1 321 € pour l'hébergement.

23. Le reste à vivre (RAV) est la différence entre le revenu de la personne et son RAC.

Le système actuel de prise en charge doit être amélioré pour le rendre plus juste et plus efficient

L'évolution du système de prise en charge de la dépendance doit respecter cinq grands principes

1. Assurer à toutes les personnes âgées dépendantes une offre de qualité

Ce principe suppose de prévoir un niveau de dépenses suffisant, notamment pour faire face aux évolutions démographiques à venir. Il implique également d'assurer aux plus modestes des taux de prise en charge égaux ou voisins de 100 %. Enfin, il nécessite de prévoir une offre homogène en termes de qualité et de disponibilité sur tout le territoire.

2. Organiser le système de prise en charge en cohérence avec le souhait des Français de rester à leur domicile le plus longtemps possible.

3. Financer les dépenses nouvelles.

4. Piloter les dépenses, notamment en matière de prévention (cf. page 27).

5. Rechercher des gains de productivité pour faciliter le financement de la hausse des dépenses à venir.

Enfin, il faut noter que l'évolution des modalités de prise en compte du patrimoine dans la gestion de l'aide publique a été écartée.

Sur cette question transversale à toutes les aides, le groupe 4 a examiné deux types de mesures. Il a tout d'abord envisagé plusieurs schémas d'évolution de l'ASH. Plutôt que de supprimer totalement l'obligation alimentaire et la récupération sur succession, ce qui entraînerait une augmentation des dépenses d'ASH de l'ordre de 2 Md€, le groupe 4 a privilégié une **rationalisation des règles de l'obligation alimentaire** avec une clarification des procédures actuelles, l'abandon de la mise en cause des petits-enfants et l'adoption d'un barème national de référence qui permettrait de rendre plus transparentes, pour le résident et sa famille, les sommes exigées au titre de l'ASH. Cette position est partagée par le groupe 1.

Le groupe s'est également interrogé sur l'**opportunité de l'introduction d'un gage patrimonial** pour l'APA. Ce type de mesure a en effet été envisagé pour l'APA à domicile par la mission sénatoriale dirigée par M. Alain Vasselle dans ses rapports de 2008 et 2011 consacrés à la création du cinquième risque²⁴, et pour l'APA à domicile et en établissement par Mme Valérie Rosso-Debord dans son rapport de juin 2010²⁵. Une grande majorité de membres a toutefois considéré qu'une telle évolution n'était pas souhaitable.

24. VASSELLE Alain, rapports d'information faits au nom de la Mission commune d'information du Sénat sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque, juillet 2008 et janvier 2011.

25. ROSSO-DEBORD Valérie, rapport d'information déposé par la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale en conclusion des travaux de la mission sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes, juin 2010, p. 84-85.

La couverture publique peut être améliorée à domicile

► Trois mesures d'amélioration de l'APA à domicile ont été proposées

La première mesure consiste en une **augmentation des plafonds**. Le groupe 4 considère en effet que la fréquence des plans « saturés » montre que les plafonds sont trop bas. **Le groupe a donc étudié plusieurs variantes possibles**, notamment pour cibler la mesure sur les catégories de personnes dépendantes avec le plus de plans saturés : augmentation homogène de 50 % (coût de 365 M€), augmentation différenciée par GIR (de 138 à 300 M€, selon les scénarios) augmentation de 50 % pour les seules personnes isolées (270 M€), augmentation de 50 % pour les malades d'Alzheimer (de 110 à 365 M€).

Par ailleurs, l'indexation des plafonds sur les prix conduit, sur le long terme, à l'augmentation du nombre de plans saturés. Le groupe 4 a donc considéré que la hausse des plafonds devait être accompagnée d'une mesure modifiant le mode de revalorisation des plafonds pour le rendre plus proche de l'évolution des coûts couverts par l'APA. **Une indexation des plafonds sur les salaires lui a semblé être l'option la plus logique**. Il a également examiné une solution alternative qui consisterait à maintenir l'indexation des nouveaux plafonds sur les prix, et à se fixer un rendez-vous d'évaluation de la situation d'ici cinq ans.

Enfin, en cohérence avec les travaux du groupe 1 qui insiste sur **la nécessité de mieux prendre en compte l'aménagement du logement**, le groupe 4 recommande d'explorer une modification de la gestion de l'APA, qui pourrait consister à augmenter la durée, actuellement de quatre mois, pendant laquelle une dépense d'adaptation du logement peut être intégrée dans le plan. Couplée avec le déverrouillage du plafond évoqué précédemment, la mesure permettrait d'abriter des dépenses d'aménagement pour un montant supérieur aux capacités actuelles. Le groupe estime également qu'il faudrait étudier un système dans lequel le département ferait l'avance des frais qui seraient amortis sur l'APA pour une durée substantiellement supérieure aux quatre mois actuels.

► Le groupe 4 préconise également plusieurs évolutions de l'APA à domicile pour la rendre plus juste et dégager des économies

La configuration actuelle de l'APA à domicile a pour conséquence des taux d'effort croissants avec le niveau de dépendance. Pour corriger cette situation, **le groupe 4 souhaiterait abaisser le taux d'effort, au moins pour les GIR 1 et 2, et certains de ses membres ont par ailleurs proposé d'augmenter celui-ci en GIR 4, voire en GIR 3**. Plusieurs options d'évolution du barème peuvent être envisagées, à enveloppe constante ou en dégageant une légère économie pour financer tout ou partie du surcoût lié au déplafonnement des plans d'aide.

Certains membres du groupe ont également proposé **plusieurs mesures susceptibles de réduire le montant des dépenses d'APA à domicile**. Outre plusieurs mesures visant à réduire l'hétérogénéité des GIR 4 (voir partie 34), ils évoquent la possibilité d'un forfait pour les propriétaires qui serait représentatif d'un « loyer fictif », et qui serait intégré dans l'assiette des ressources utilisée pour le calcul de l'APA (économie d'environ 100 M€). Enfin, une augmentation de l'assiette des ressources des couples est possible, ce qui augmenterait la participation financière des personnes concernées (50 à 60 M€).

Plusieurs mesures sont envisageables pour réduire le reste à charge en établissement

► Le groupe 4 propose deux types de mesures pour réduire les frais d'hébergement à la charge des personnes dépendantes et de leurs familles

Le premier type de mesure repose sur une **hausse des aides publiques pour couvrir les prestations d'hébergement avec plusieurs variantes**. La première mesure possible consiste à **augmenter les allocations logement** dont peuvent actuellement bénéficier les personnes en établissement (aide personnalisée au logement, allocation de logement social). En particulier, les points de sortie de ces allocations (940 € pour l'ALS et 1 220 € pour l'APL) seraient augmentés pour toucher davantage les classes moyennes.

Une autre variante reposerait sur la création d'une nouvelle aide à l'hébergement qui se substituerait aux aides actuelles au logement. L'avantage par rapport à une hausse de ces aides est qu'elle concernerait l'ensemble des établissements et pas seulement ceux qui sont agréés au titre de l'ASH, comme c'est le cas avec les aides existantes.

Enfin, une dernière formule pourrait consister **en l'institution d'une aide unique couvrant l'hébergement et la dépendance**.

Ces trois mesures peuvent évidemment être calibrées comme on le souhaite, selon l'enveloppe financière disponible et en les faisant plus ou moins varier en fonction du GIR et du niveau de revenu. Par ailleurs, afin d'éviter que l'augmentation de l'aide publique ne soit captée par les établissements via des hausses de tarifs, l'octroi de la nouvelle aide pourrait être subordonné à la signature d'une convention tarifaire par l'établissement.

Le groupe 4 a également envisagé **l'instauration d'un mécanisme de « bouclier » pour protéger les personnes âgées contre les restes à charge liés à des séjours de longue durée**. En effet, des durées importantes d'hébergement en établissement ne sont pas exceptionnelles : un quart des résidents en établissement sortis en 2007 y sont restés plus de 3 ans et 8 mois. Le groupe 4 recommande donc une expertise par les services de l'État d'un bouclier qui plafonnerait les dépenses exposées.

Au final, compte tenu des contraintes pesant sur les finances publiques, il faudrait arbitrer, pour une enveloppe d'effort public donné, entre une amélioration de l'aide publique sur toute la durée de séjour en établissement et une aide pérenne plus faible, mais permettant de limiter, le moment venu, les restes à charge les plus importants par application du « bouclier ».

► Les groupes 3 et 4 n'ont pas le même avis sur l'opportunité de toucher à la tarification des établissements pour réduire le reste à charge

Le groupe 3 estime que la tarification « ternaire » des EHPAD (soins/hébergement/dépendance) fait peser le reste à charge sur la section « hébergement » qui est la moins socialisée et **qu'il faut donc prévoir des transferts de charges de celle-ci vers les deux autres sections**. Il envisage ainsi des transferts en deux temps :

- le transfert vers l'assurance maladie du financement des 30 % des aides soignantes à la charge aujourd'hui des départements, ce qui permettrait de prendre en charge des dépenses accrues au titre de la dépendance,

- les dépenses d'animation-service social ainsi qu'une part accrue des charges d'agents de service pourraient basculer du tarif hébergement sur le tarif dépendance, éventuellement à hauteur des dépenses transférées sur la section « soins », ce qui serait neutre budgétairement pour les départements.

Le groupe 4 en revanche n'estime pas souhaitable des transferts entre sections, car il estime qu'une telle réforme ne résoudrait pas grand-chose. En effet, elle nécessiterait de trouver un montant important de recettes supplémentaires pour l'assurance maladie, qui serait le grand perdant de ces transferts, alors que sa situation financière est déjà difficile. Par ailleurs, au lieu d'être ciblé sur les plus modestes, un transfert de charges vers la section « soins » bénéficierait à tous les résidents des établissements.

● **Le groupe 3 a étudié des mesures alternatives visant à réduire les coûts des établissements**

En effet, **améliorer la solvabilisation des frais d'hébergement n'empêche pas d'agir sur le coût lui-même**. On pourrait par exemple envisager de mutualiser certaines fonctions entre établissements ou concevoir de nouveaux types d'EHPAD qui seraient en mesure de proposer des prestations moins coûteuses, grâce à une construction des bâtiments et une organisation des établissements mieux pensées.

Cependant, **la majorité des membres du groupe 3 estime que des gains de productivité ne peuvent qu'être très marginaux**, si l'on prend en compte l'importance de la masse salariale dans le coût global de la prise en charge de la dépendance, ainsi que les forts besoins d'encadrement et de formation qui conduiront à augmenter mécaniquement le coût salarial.

Le groupe 3 fait par ailleurs le constat qu'une grande partie de la hausse du coût de l'hébergement semble pouvoir être imputée aux coûts d'investissements réalisés par les EHPAD. **Renforcer l'aide à l'investissement permettrait donc de diminuer les RAC des personnes dépendantes**. Le groupe évoque donc des mesures visant à mettre gratuitement à disposition le foncier en cas de construction d'un EHPAD et la généralisation de subventions à la construction ou à la rénovation.

L'État pourrait chercher à mieux organiser la gestion de la dépense privée

À partir du moment où l'aide publique répond de façon satisfaisante aux besoins, notamment des plus modestes, l'État peut choisir de laisser les Français s'organiser pour financer les restes à charge. Toutefois, la puissance publique peut également souhaiter intervenir pour promouvoir des produits financiers et des contrats d'assurance qui complètent l'aide publique et faire en sorte qu'une large part des ménages en dispose. Le groupe 4 fait des propositions en ce sens.

● **La puissance publique pourrait mieux réguler les contrats d'assurance-dépendance pour protéger les intérêts des souscripteurs et faciliter leur diffusion**

Le groupe 4 étudie plusieurs mesures permettant d'atteindre cet objectif. Tout d'abord, pour éviter des évaluations différentes d'un assureur à l'autre ou entre assureurs et conseils généraux, **le groupe préconise l'adoption d'une grille unique d'évaluation de la dépendance**. La grille serait utilisée à la fois par les assureurs et les départements, et les évaluations des conseils généraux seraient opposables aux assureurs.

Pour mettre un terme à la trop forte hétérogénéité des contrats, **le groupe 4 propose également la création d'une labellisation publique pour les contrats jugés protecteurs des intérêts des souscripteurs**, par exemple en matière de transparence, d'absence de sélection médicale, de montant minimum des rentes, de délais de carence et de franchise réduits...

Le groupe 4 insiste également sur la nécessité de **garantir un mode de revalorisation des rentes protecteur des intérêts des souscripteurs**. Compte tenu de la durée des contrats d'assurance-dépendance, c'est un enjeu fondamental pour assurer un maintien du pouvoir d'achat des rentes. Plusieurs formules permettraient de garantir ce résultat, par exemple en indexant les rentes sur les résultats techniques des contrats ou sur un taux fixe, ou encore en utilisant des méthodes plus souples, comme la création d'une autorité administrative indépendante qui proposerait chaque année une évolution du taux de revalorisation.

La transférabilité du contrat permettant à l'assuré de pouvoir changer d'assureur devrait également être garantie. En effet, en raison de l'horizon temporel du risque de dépendance (30 ans), le développement d'une couverture assurantielle sans transférabilité se traduirait par une baisse de la concurrence potentiellement préjudiciable à l'assuré.

► **Pour encourager à la souscription d'une assurance dépendance, une diffusion « multi-supports » devrait être privilégiée**

Si les pouvoirs publics parviennent à réguler les contrats d'assurance dépendance par les mesures évoquées ci-dessus, il restera à assurer leur diffusion. **Le groupe 4 recommande de passer par des canaux multiples pour garantir la plus large diffusion possible** : contrats individuels, contrats collectifs, lien avec une complémentaire santé ou encore développement via l'assurance vie. S'agissant de l'assurance vie, deux schémas sont possibles. Le premier consiste à utiliser les possibilités actuelles offertes par l'assurance vie pour effectuer des rachats partiels ou sortir sous forme de rentes. Le second schéma associe un contrat dépendance à un contrat d'assurance vie et il finance le premier en utilisant une partie des produits générés par le second.

► **Des aides publiques à la souscription n'apparaissent pas souhaitables**

Pour favoriser le développement de contrats d'assurance-dépendance, l'État pourrait également intervenir par des subventions ou des avantages fiscaux. Toutefois, **le groupe 4 n'estime pas indispensable de mettre en place une aide à la souscription dès lors que la prise en charge de la dépendance par des prestations publiques est de bon niveau.**

Par ailleurs, il évoque la possibilité de recourir à la formule du « contrat responsable » utilisée pour la couverture maladie complémentaire. Dans le même esprit, **les contrats santé incluant une garantie dépendance bénéficieraient d'une fiscalité allégée par rapport à ceux qui ne l'incluent pas.** Cette mesure pourrait être calibrée pour ne pas avoir d'impact supplémentaire sur les finances publiques par rapport à la situation actuelle.

Plusieurs recettes sont mobilisables pour financer l'amélioration du système et faire face à la croissance à venir du nombre de personnes dépendantes

Le groupe 4 a recensé les recettes les plus fréquemment évoquées dans le débat public, sans prendre position, estimant que le choix des recettes renvoyait à la problématique générale des finances publiques, qui dépasse son champ de compétence. Certains membres du groupe ont toutefois marqué leur hostilité vis-à-vis de telle ou telle recette (journée de solidarité pour les syndicats de salariés par exemple).

► Le groupe a toutefois retenu plusieurs principes permettant de guider le choix des recettes

Il a retenu les principes suivants :

- proscrire le recours à l'endettement ;
- ne pas accroître la charge pesant sur le coût du travail ;
- ne pas trop solliciter les actifs, et épargner les jeunes générations ;
- s'inscrire dans la démarche de diminution des niches fiscales et sociales ;
- inscrire le choix et la quotité des recettes à lever dans une programmation qui suive la croissance des dépenses.

► Plusieurs recettes ont été évoquées pour financer la dépendance

On peut classer les recettes en trois catégories. En premier lieu, il est possible d'augmenter **les contributions publiques générales telles que la contribution sociale généralisée (CSG)**, dont un point supplémentaire offre un rendement de plus de 11 Md€.

La deuxième catégorie recouvre les recettes résultant d'une augmentation des prélèvements fiscaux.

Dans cette catégorie, les recettes suivantes sont parfois évoquées :

- **les droits de mutation à titre gratuit (DMTG)** : une contribution additionnelle de 1 % rapporterait plus d'1 Md€ d'après le Conseil économique social et environnemental (CESE), soit une augmentation de plus de 12,5 % des DMTG. Un durcissement des droits de succession dans leur structure actuelle, avec un abaissement modéré de l'abattement à la base et une progressivité accrue du taux, entraînerait quant à lui une progression de l'ordre de 5 à 7 % des DMTG ;
- **une extension de la « journée de solidarité »** (Contribution solidarité autonomie - CSA) : 2,3 Md€ pour une journée supplémentaire.

La dernière catégorie est celle des réductions de niches fiscales ou sociales :

- **l'augmentation de la CSG applicable aux retraités** qui ne serait supportable que si elle portait sur un alignement progressif du taux de 6,6 % sur celui de droit commun, et un recours au critère unique de revenu fiscal de référence (RFR) plutôt qu'au montant de l'impôt dû. À terme, ces mesures rapporteraient 1,2 Md€. Toutefois, certains membres du groupe, notamment la Confédération générale du travail (CGT) et Force ouvrière (CGT-FO) ont indiqué qu'ils s'opposaient à cette source de financement ;
- **l'imposition des majorations de retraite attribuées aux familles nombreuses (750 M€) ;**

- **la réduction de l'abattement fiscal de 10 % dont bénéficient les retraites** (2,7 Md€ de dépense fiscale) : dans la mesure où cet abattement est accordé aux actifs au titre de leurs frais professionnels, son application aux retraités relève d'une logique discutable ;
- **la réduction d'IR des personnes dépendantes au titre de leurs dépenses d'hébergement et de dépendance** pourrait être supprimée (175 M€). En effet, cet avantage ne bénéficie qu'aux ménages les plus aisés. Sa suppression permettrait de gager en partie la réforme des aides à l'hébergement ;
- **l'exonération de charges sociales pour les personnes âgées de plus de 70 ans et non dépendantes**, pourrait être supprimée ou réaménagée ;
- **une extension du champ de la CSA par alignement sur le champ des redevables de la CSG** procurerait des recettes de 0,95 Md€ (dont 0,2 Md€ au titre des revenus d'activité non salariée, et 0,75 Md€ au titre des revenus de remplacement).

Enfin, il faut noter que **le groupe 4 n'a quasiment pas traité deux sujets qui figuraient dans sa lettre de mission. D'une part, il n'a pas souhaité se prononcer sur le partage des charges publiques**, et notamment de l'APA, entre les différents financeurs. En effet, il a estimé que ce sujet ne pouvait être traité qu'en prenant en compte la problématique générale des finances locales. Or, le groupe, a estimé ne pas maîtriser suffisamment cette question pour prendre position.

D'autre part, **le groupe 4 a abordé de façon très rapide les questions de gouvernance**. Dans le scénario de consolidation du système actuel, il a estimé qu'il n'était pas nécessaire de prévoir des modifications substantielles de la gouvernance du risque dépendance. Il a simplement insisté sur l'importance d'une meilleure organisation de l'offre, en renforçant le rôle de coordination des ARS, sur une évolution souhaitable du rôle de la CNSA, avec l'enrichissement de ses fonctions d'évaluation, de référencement et de planification, et sur la nécessité de conduire une réflexion sur les mécanismes de cofinancement pour les réduire, voire les supprimer.

1. Les contributions des internautes

État des lieux

Les témoignages les plus nombreux concernent les difficultés financières des familles pour prendre en charge la dépendance d'un proche. Ils soulignent l'insuffisance de l'APA, le coût trop élevé des établissements et des inégalités territoriales fortes.

Propositions

Le thème du financement fait l'objet de nombreuses propositions. **Elles portent en premier lieu sur l'APA à domicile que beaucoup souhaitent augmenter ou compléter par d'autres types d'aides.** Il est par exemple proposé d'augmenter le montant de l'APA pour pouvoir prendre en charge davantage d'heures d'aide à domicile ou de créer une aide financière pour l'acquisition de matériel médical. Une harmonisation des aides dont bénéficient les personnes âgées dépendantes et les personnes handicapées est également demandée. Enfin, le maintien des droits à l'APA pour les personnes en GIR 4 est souhaité.

Certaines mesures portant sur la gestion de l'APA sont également proposées. Pour calculer le montant de l'APA, il est suggéré que la base ressources du bénéficiaire prenne en compte son patrimoine. Il est également recommandé de renforcer la lutte contre les fraudes et de mieux contrôler l'utilisation des services prestataires par les personnes dépendantes.

Beaucoup des propositions sont faites pour financer des mesures nouvelles. Un nombre important d'internautes se prononce en faveur d'une prise en charge solidaire et publique, notamment par la création d'une cinquième branche de sécurité sociale. De multiples recettes sont suggérées pour financer cet

accroissement des aides publiques : une journée de solidarité supplémentaire, une hausse de CSG, la création d'une TVA sociale, une nouvelle vignette automobile, la récupération sur succession de l'APA, la hausse des droits de succession, l'augmentation des prélèvements sur les dividendes, une taxe sur les jeux...

Certaines contributions en revanche défendent la création d'une assurance privée obligatoire. Elle pourrait être partiellement financée par des fonds publics, par le biais d'aides fiscales. Par ailleurs, il est très largement demandé que l'État encadre les pratiques des compagnies d'assurances, par exemple en leur imposant de supprimer tout questionnaire médical. Il est également proposé de lier une garantie dépendance à d'autres types d'assurance.

Plusieurs contributions portent sur les modalités de financement des EHPAD. Il est proposé que les postes d'aide soignantes soient financés à 100 % sur la section « soins ». Certains suggèrent également de ne pas faire supporter uniquement à la section « hébergement » les charges administratives ou les coûts liés à des travaux de modernisation des établissements. Il est également proposé de mieux contrôler les dépenses des EHPAD. Enfin, la taxation des EHPAD qui pratique des prix très élevés et le plafonnement des prix sont envisagés.

Parmi les mesures diverses proposées, beaucoup de contributions soulignent que **l'État devrait encourager le développement des formules de viager**, en particulier le prêt viager hypothécaire. Il est également préconisé d'exonérer d'impôt sur les revenus perçus par une personne dépendante qui loue sa résidence principale pour financer un séjour en établissement.

2. Les débats régionaux

Les débats en région ont associé de nombreux intervenants de sensibilité différente. Il est donc naturel que des analyses et propositions très diverses ressortent de ces débats. Pourtant, on peut relever quelques grandes tendances.

• *Sur l'APA*

La question des restes à charge trop élevés a été abordée dans la plupart des débats. Certains estiment que l'APA est insuffisante pour les plus démunis et que la prestation devrait donc être davantage ciblée sur eux.

Les modalités de l'APA à domicile sont également critiquées. De nombreux intervenants estiment ainsi que l'APA, ou du moins l'évaluation à laquelle il est procédé pour calculer son montant, est trop « standardisée » et ne permet pas de prendre en compte de façon globale les besoins de la personne. Ils souhaitent donc la mise en place d'une évaluation multidimensionnelle autour des projets de vie des personnes.

Enfin, **le thème du partage du financement de l'APA entre État/CNSA et les départements est largement évoqué.** Beaucoup d'intervenant considèrent que la situation financière des départements n'est pas soutenable et qu'il faudrait un partage des charges « à 50/50 ».

• *Sur les solutions de financement*

Une grande majorité des intervenants estime que la dépendance nécessite des moyens supplémentaires. En outre, **ils souhaitent conserver un financement solidaire public et acceptent donc l'idée d'une hausse d'impôts ou de cotisations pour faire face aux besoins.**

Les recettes proposées sont très nombreuses, sans qu'une préférence claire se dégage : cotisation employeurs, augmentation de la CSG, contribution des retraités, notamment grâce à un alignement partiel ou total de la CSG des retraités sur celle des actifs, suppression de niches fiscales et sociales, création d'une deuxième journée de solidarité, TVA sociale, prélèvement sur les successions... En revanche, l'idée d'une récupération sur succession est globalement mal perçue même si certains estiment qu'ils ne seraient pas illogique que les plus aisés remboursent tout ou partie de l'aide publique qui a été accordée à leurs parents.

À côté de cette solution majoritaire « publique », par le biais d'une hausse des prélèvements obligatoire, **certain participants aux débats évoquent des pistes de financement privé.** Ils sont ainsi favorables à un développement de l'assurance privée, même si la plupart des intervenants soulignent les risques d'une prise en charge « à deux vitesses » si cette solution est privilégiée. Par ailleurs, si l'assurance privée est développée, les participants aux débats souhaitent qu'elle soit étroitement encadrée par l'État. D'autres intervenants défendent l'idée d'un développement de l'épargne individuelle, solution qui est souvent envisagée comme complémentaire à une prise en charge publique et réservée à ceux qui en ont les moyens.

La question de la gouvernance du système n'a pas été beaucoup traitée. La plupart des participants qui se sont exprimés sur le sujet ont plutôt préconisé de renforcer les prérogatives des départements au niveau local et de la CNSA au niveau national. Certains souhaiteraient renforcer le rôle de l'assurance maladie, compte tenu de son statut de principal financeur de la dépendance.

Conclusion

Le débat national sur la dépendance fait apparaître un bilan contrasté. En premier lieu, **de nombreux points positifs ressortent des travaux des groupes de travail, comme des débats en région et des contributions des internautes.**

Dans la période récente, la France a mis en place un système de prise en charge de la dépendance solidaire et mené une politique volontariste de développement des établissements et services pour les personnes âgées en perte d'autonomie. **Ces atouts justifient qu'aucune remise en cause radicale du système n'ait été proposée par les groupes de travail.**

Mais **le débat a également permis d'identifier de nombreuses faiblesses.** La société française a tendance à nier le vieillissement et la dépendance, ce qui explique pour une large part l'insuffisance des politiques de prévention. Comment se préparer à « bien vieillir » lorsque l'on refuse d'envisager son propre vieillissement ? Notre système de prise en charge de la dépendance souffre également de nombreuses défaillances : la coordination des acteurs autour de la personne dépendante est insuffisante, les procédures permettant de garantir la qualité des établissements et services sont peu développées et les restes à charge sont parfois très importants, pour ne mentionner que quelques unes des difficultés actuelles.

Les rapports des groupes de travail contiennent de nombreuses pistes pour corriger ces lacunes qui peuvent être classées en deux catégories. La première catégorie concerne les mesures « d'urgence », qui visent à répondre aux problèmes les plus criants. C'est le cas en particulier des propositions qui ont pour objet d'améliorer l'APA à domicile ou de réduire les restes à charge en établissement.

La seconde catégorie de pistes concerne des actions de moyen terme. Le renforcement de la coordination autour des besoins des personnes ou encore l'amélioration de la qualité de la prise en charge sont des exemples de sujets qui ne peuvent être traités que par une amélioration de la gestion du système s'inscrivant dans la durée. Toutefois, l'impulsion politique permettant d'engager les évolutions structurelles nécessaires pourrait être donnée dès maintenant, compte tenu de l'importance des enjeux.

Une autre leçon importante des rapports des groupes de travail porte sur la méthode préconisée pour prendre des mesures susceptibles d'avoir des conséquences lourdes et durables dans le temps. Sur de nombreux sujets, les groupes ont reconnu qu'ils ne disposaient pas de données ou d'analyses suffisamment précises pour recommander de manière certaine telle ou telle orientation. Dans ce cas, ils ont suggéré des études complémentaires ou des expérimentations avant de faire des choix structurants pour l'avenir. Ils ont ainsi préconisé une étude approfondie des besoins avant d'annoncer un nouveau plan d'ouverture de places en EHPAD. De même, ils ont recommandé de procéder à des expérimentations avant de choisir un modèle de coordination ou avant de décider ou non de la mise en place d'un outil multidimensionnel d'évaluation de la dépendance.

Enfin, le groupe chargé des projections démographiques et financières a montré **qu'une hausse significative des dépenses interviendrait à partir de 2025, à l'arrivée à l'âge de la dépendance des premières générations du baby boom.** Cette perspective ne nécessite pas de mesures de financement dans l'immédiat, mais elle doit être prise en compte dans le « calibrage » des mesures d'application immédiate pour rester sur une trajectoire « maîtrisable ».

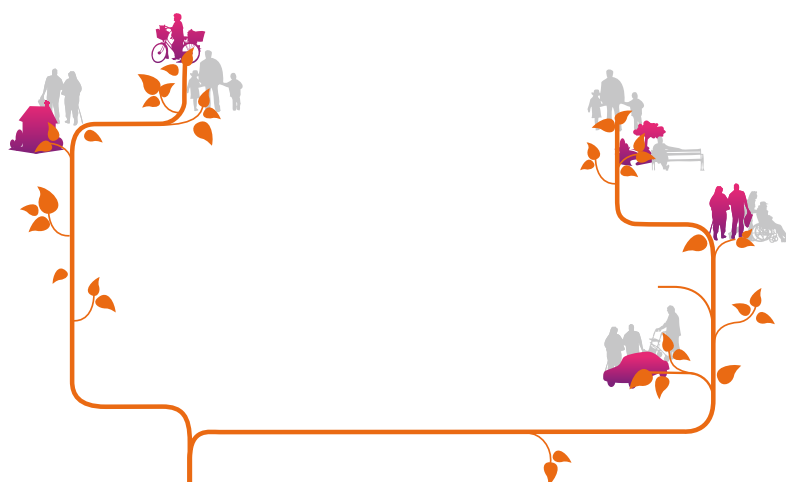
La politique de prise en charge de la dépendance entre donc dans une nouvelle phase. Après les « jeunes années » consacrées à la mise en place des outils et au développement des services et établissements, commence une phase de « maturité » où il faudra procéder à de nombreux ajustements pour mieux répondre aux besoins de personnes dépendantes. Avec le vieillissement de la société à venir, c'est un formidable défi pour les politiques publiques !

Roselyne Bachelot-Narquin, ministre des Solidarités et de la Cohésion sociale.

Crédits : © Ministère des Solidarités et de la Cohésion sociale / DICOM / William Alix / SIPA PRESS

Marie-Anne Monchamp, secrétaire d'État auprès de la ministre des Solidarités et de la Cohésion sociale.

Crédits : © Ministère des Solidarités et de la Cohésion sociale / DICOM / Alain François



Plus d'informations :
www.solidarite.gouv.fr