

Les Entretiens du 5^e risque

Palais du Luxembourg
2 Février 2011



Les Entretiens du 5^e risque

Actes du colloque

2 février 2011
Palais du Luxembourg

Association pour l'
Innovation
& la
 Longévité

Sommaire

Une année décisive, par Alain Vasselle	7
Avant-propos, par David Bensadon	9
Présentation de l'APIL	13
Les partenaires des Entretiens du 5 ^e risque	15
Profil des intervenants	19
Présentation des conclusions de la mission sénatoriale sur la création du 5 ^e risque, par Philippe Marini	27
Panorama européen des systèmes de prise en charge de la perte d'autonomie, par Blanche Le Bihan	37
Table ronde n°1 : la gouvernance du 5 ^e risque et le partenariat public-privé	43
Table ronde n°2 : Quel impact du 5 ^e risque sur le secteur de la prise en charge de la perte d'autonomie ?	69
Table ronde n°3 : Prévention de la perte d'autonomie et bien-vieillir	89
Conclusion	111
Glossaire	115

Une année décisive

La prise en charge de la perte d'autonomie est le grand chantier de l'année 2011. Si l'allongement de la durée de la vie n'est pas d'abord un problème mais bien une chance pour notre société, tant les seniors y occupent une place essentielle, il s'accompagne d'un accroissement progressif du nombre de personnes âgées dépendantes et les pouvoirs publics se doivent de répondre à ce défi.

Le Gouvernement vient d'engager un large débat national dont les conclusions devraient être rendues publiques avant l'été, afin que des propositions puissent être soumises au législateur dès l'automne. Pour sa part, le Sénat a été précurseur puisqu'il a créé dès 2007 une mission d'information sur le cinquième risque, qui a achevé ses travaux il y a quelques semaines après avoir publié un rapport d'étape en 2008. La mission a formulé de nombreuses propositions pour améliorer la prise en charge de la perte d'autonomie et diminuer le reste à charge des familles, aujourd'hui trop élevé. Elle plaide pour un financement de la dépendance reposant sur un socle de solidarité le plus large possible complété par le développement, sur une base volontaire, de la prévoyance individuelle.

Dans le contexte du grand débat en cours, les Entretiens du cinquième risque qui se sont tenus au Palais du

Luxembourg le 2 février dernier, ont permis d'aborder toutes les questions relatives aux enjeux du vieillissement, qu'il s'agisse de la prévention de la dépendance, de la gouvernance du cinquième risque ou de son financement. Les actes de cette journée traduisent la richesse des contributions apportées par les différents intervenants représentant l'ensemble des acteurs impliqués dans la prise en charge de la perte d'autonomie.

Alain Vasselle
Sénateur de l'Oise
Rapporteur de la mission sénatoriale sur la création du
cinquième risque
Parrain des Entretiens du 5^e risque

Avant-propos

L'allongement de la durée de la vie est une chance pour chacun. Vivre en meilleure santé et plus longtemps, profiter d'une retraite active et avoir la chance de voir grandir ses petits-enfants – voire, de plus en plus souvent, ses arrière petits-enfants – marque un véritable progrès dans l'histoire de l'humanité.

Dans le même temps, la croissance du nombre de personnes en perte d'autonomie, les réponses insuffisantes à leurs besoins et à ceux de leurs proches – malgré les progrès accomplis ces dernières années – ainsi que le poids financier de plus en plus lourd assumé par les collectivités locales invite à repenser l'organisation et le financement de l'accompagnement de la perte d'autonomie. C'est dans cet esprit que le Président de la République a récemment désigné la réforme de la dépendance, dite « cinquième risque », le chantier prioritaire de l'année 2011.

C'est avant tout un enjeu de dignité et de cohésion sociale, afin de garantir une place pour chacun dans notre société et éviter à nos aînés les situations de détresse et de solitude.

C'est également un enjeu de santé publique, ce qui suppose de mettre l'accent sur l'élaboration d'une stratégie de prévention.

La dimension économique apparaît prépondérante : comment diminuer le reste à charge des familles ? Comment garantir la soutenabilité des dépenses publiques, en particulier des Conseils généraux, mobilisés au quotidien pour accompagner les personnes fragilisées ? Derrière ces questions, c'est la clé de répartition entre la solidarité nationale, la solidarité familiale et la responsabilité individuelle qu'il nous faut définir.

L'APIL aspire à ce que l'allongement de la vie soit perçu par les pouvoirs publics comme une formidable opportunité pour la France. Choisir la stratégie de l'innovation, c'est investir sur l'émergence d'*une économie de la longévité*, et disposer d'un atout décisif dans la compétition internationale.

* * *

A l'heure du débat national sur la réforme de la perte d'autonomie, l'APIL est très honorée d'avoir organisé, au Sénat, Les Entretiens du 5^e risque. Ces entretiens ont été l'occasion de réunir l'ensemble des acteurs pour débattre de ces enjeux, argumenter et proposer des solutions concrètes.

Nous tenons à remercier le Sénateur Alain Vasselle qui a chaleureusement accepté de parrainer cet événement, nos partenaires, le Groupe Chèque Déjeuner et Icade, ainsi que

Médialis, la Gazette Santé Social et l'agence événementielle Com'on dit pour leur soutien.

Nous espérons que vous trouverez utile cette contribution et vous en souhaitons une excellente lecture.

David Bensadon
Président de l'Association
pour l'innovation et la longévité (APIL)

L'Association pour l'innovation et la longévité (APIL) est une association à but non lucratif, créée en 2010, dont les objectifs sont de :

- contribuer à la diffusion et au débat d'idées sur les enjeux liés au vieillissement démographique et ses conséquences/opportunités sur la société ;
- œuvrer au rapprochement entre les structures de recherche, les décideurs publics et les acteurs économiques ;
- favoriser l'innovation par le partage de bonnes pratiques ainsi que l'élaboration de programmes de recherche-action.

Sa vocation

Par l'organisation de rencontres, de programmes de recherche-action, et de publications, l'APIL souhaite contribuer à favoriser l'innovation dans le domaine de la longévité.

Son Bureau

Président	David BENSADON
Secrétaire général	Pierre-Marie CHAPON - Icade
Trésorier	Michael CARRE – Médialis

<http://www.apil.fr>

Le Groupe Chèque Déjeuner est particulièrement heureux de soutenir les Entretiens du 5^e risque de L'Association pour l'innovation et la longévité (APIL), sous le parrainage de Monsieur Alain Vasselle, Sénateur de l'Oise.

A l'heure du débat national sur la réforme de la perte d'autonomie, et soucieux des enjeux majeurs sociaux et économiques qui se dessinent, le Groupe Chèque Déjeuner entend contribuer à ce temps de réflexion et d'échange sur une situation qui touche plus d'un million de personnes âgées, ayant chacune le droit à la dignité. De plus, au-delà de ces personnes, il y a bien sûr les familles, et c'est notre modèle de solidarité qu'il faut réaffirmer. Notre engagement doit témoigner d'une volonté d'une qualité de vie meilleure pour tous.

De par son histoire, ses valeurs et ses engagements et désireux de répondre, de façon toujours plus innovante, aux problématiques des entreprises, collectivités et organismes sociaux, le Groupe Chèque Déjeuner développe déjà son expertise en proposant des solutions de services novatrices et adaptées aux problématiques de chaque acteur, en intégrant l'évolution du secteur.

Premier à proposer en 1996, une solution pour accéder aux services à domicile, le Chèque Domicile CESU est le 1^{er}

émetteur à s'être lancé sur le marché du titre emploi service afin de développer les emplois de proximité et d'améliorer la qualité de vie des individus au quotidien. Aujourd'hui, 15 Conseils Généraux ont fait le choix de verser l'Allocation Personnalisée d'Autonomie sous la forme de CESU permettant ainsi la bonne affectation de l'aide et la réalisation d'économies non négligeables (près de 15% du budget APA).

Par ailleurs, acteur majeur de l'informatisation de l'action sociale, le savoir-faire du Groupe Chèque Déjeuner repose sur un service complet et dédié à l'optimisation de la gestion de l'action sociale par les structures de services, d'aide et de soins à domicile (notamment la télégestion), les structures médico-sociales, les Centres Communaux d'Action Sociale et les Conseils Généraux. Les outils développés par le Groupe Chèque Déjeuner permettent ainsi d'améliorer la qualité des services et l'effectivité de l'aide apportée aux personnes en situation de dépendance.

En soutenant les Entretiens du 5^e risque, le Groupe Chèque Déjeuner entend ainsi réaffirmer sa position d'acteur incontournable de l'Economie Sociale en portant des valeurs fortes de responsabilité, de solidarité et d'Humanisme qui trouvent une traduction concrète dans ses partenariats et ses engagements.

Yassir Fichtali
Directeur des relations extérieures
Groupe Chèque Déjeuner



Foncière-développeur

Les Entretiens du 5ème risque organisés par l'APIL au sein même de la Haute Assemblée constituent incontestablement un temps fort dans le débat sur la dépendance qui a été ouvert par le Président de la République.





Icade est convaincue qu'elle doit agir en prévention de la dépendance. Dès 2007, en créant le pôle médico-social, elle a écrit une réponse structurée et évolutive correspondant aux besoins de chacun: le parcours de vie séniors®. L'offre se décline du logement adapté à la création de pôles gérontologiques interrégionaux combinant hébergement médicalisé et d'urgence, formation et recherche.

Pionnier dans la création de logements adaptés aux aînés, Icade réalise le premier éco-quartier de France à Haute qualité du vieillissement® à Chevilly-Larue (94) démontrant qu'il est possible de proposer des logements adaptés dans des environnements favorables combinant mixité sociale, services de soin et des aménagements adaptés permettent de maintenir les aînés dans leur quartier durablement et d'agir en prévention de perte d'autonomie.


Ivan Olivry
Directeur du Médico-social
ICADE

Profil des intervenants

	<p>David Bensadon Président de l'APIL Consultant, titulaire d'un master en management public et politique (ISMAPP) et d'un master in public health (EHESP) Ancien chargé de mission au Secrétariat d'état chargé des aînés</p>
	<p>Blanche le Bihan Docteur en science politique, enseignante-chercheure à l'EHESP et chercheure au Centre de recherche sur l'action politique en Europe (CRAPE/CNRS). Ses travaux portent sur les politiques en direction des personnes âgées en France et en Europe. Elle a récemment publié « Quelles politiques dépendance pour la dépendance en Europe ? » (avec Claude Martin) dans Regards sur l'actualité, décembre 2010.</p>
	<p>Jean-Luc de Boissieu Secrétaire général du Groupement des entreprises mutuelles d'assurance (GEMA), syndicat professionnel des mutuelles d'assurance</p>
	<p>Marc Bourquin Directeur du pôle médico-social de l'Agence Régionale de Santé (ARS) d'Ile-de-France Directeur d'établissement de santé Ancien Directeur adjoint du cabinet de la Secrétaire d'Etat chargée des aînés, Nora Berra</p>



	<p>Agnès Canarelli Responsable technique à la Direction des assurances de personnes à la Fédération française des sociétés d'assurances (FFSA)</p>
	<p>Michael Carré Gérant de Médialis. Ingénieur de l'Ecole Centrale Paris Il a contribué en 2007 à la rédaction du Guide de l'entrepreneur social innovant (projet Secours Catholique / CNSA) et a dirigé en 2008 la rédaction du premier livre dédié aux solutions d'assistance à l'autonomie intitulé Domicile, autonomie et technologies (Doc Editions). Il enseigne au sein de plusieurs diplômes universitaires et est administrateur à la Société Française des Technologies pour l'Autonomie et Gérontechnologies. Trésorier de l'APIL</p>
	<p>David Causse Coordonnateur du pôle santé-social à la FEHAP Ancien élève de l'ENSP, il fut notamment délégué général adjoint de la Fédération Hospitalière de France (FHF), responsable du pôle « Organisation sanitaire et médico-sociale », puis Directeur opérationnel des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux du Groupe Pro-BTP</p>
	<p>Pierre-Marie Chapon Secrétaire général de l'APIL Chercheur au sein d'ICADE (Caisse des Dépôts et Consignations) dans le domaine de l'hébergement spécialisé et du logement pour personnes âgées, il est aussi chargé d'enseignement à l'Université Lyon 3, Paris Est-Créteil et à l'université de Franche Comté. Il</p>




	co-organise avec Agevillage.com le concours « Vivre ensemble aujourd’hui et demain ». Il est l’auteur de multiples publications.
	Marie-Josée Daguin Vice-présidente de l’Union nationale ADMR Présidente de la Fédération ADMR des Hautes-Pyrénées
	Yves Daudigny Sénateur de l’Aisne Président du Conseil général Président de la commission des affaires sociale de l’Assemblée des Départements de France (ADF)
	Emilie Delpit Directrice de projet chargé de la Qualité et de la Prospective à la CNSA Elle coordonne divers projets transversaux, parmi lesquels l’évolution de la prise en charge de la dépendance dans le cadre du débat ouvert par le Gouvernement, et appuie le directeur sur la structuration, le suivi et la valorisation de la politique de la CNSA en matière de soutien à la recherche, aux études et aux actions innovantes dans l’objectif d’améliorer et développer les réponses en matière d’accompagnement de l’autonomie des personnes.
	Arnaud Duglué Arnaud Duglué a fondé, en 1988 avec deux associés, ce qui va devenir le Groupe Apologic, leader français dans l’informatisation des Services d’Aide et de Soins

	<p>à Domicile (plus de 2 600 clients et 6 500 logiciels installés).</p> <p>En 2000 et en association avec le Groupe Chèque Déjeuner, il participe à la création de Domatell, premier système de télégestion dédié au secteur des Services à la Personne.</p> <p>En 2004, il cède Apologic et ses filiales, leaders de leur secteur, au Groupe Chèque Déjeuner.</p> <p>Poursuivant sa mission de Directeur Général pendant 3 ans, Arnaud Duglué va quitter Apologic en 2007 et créer Adama Conseil pour accompagner le développement d'entreprises dans le secteur des Services à la Personne au regard des nouvelles technologies qui y seront associées.</p>
	<p>Didier Duplan</p> <p>Directeur Général Adjoint de la Fédération ADESSA A DOMICILE, responsable du pôle Personnes âgées et Personnes en situation de handicap, animateur de la Commission PA/PH.</p> <p>Administrateur du Collectif Inter-Associatif de Lutte contre les Accidents de la Vie Courante (CLAC). Membre du Collectif "Une Société pour tous les âges".</p>
	<p>Pr Alain Franco</p> <p>Professeur de Médecine Interne en 1982, Alain FRANCO enseigne à partir de 1989 la gérontologie et la gériatrie, ainsi que la gérontechnologie à l'Université Joseph Fourier, Grenoble 1, puis à l'Université de Nice Sophia-Antipolis et au CHU de Nice depuis 2009. De 2000 à 2002 il a présidé la Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG). De 2002 à 2008 il fonde et préside le Collège Professionnel des Gériatres Français (CPGF). Il préside depuis 2008 l'International Society for Gerontechnology (ISG). Il assure le Secrétariat Général et la Vice-présidence de</p>

	<p>l'Association Internationale de Gérontologie et Gériatrie, l'IAGG, et à ce titre siège comme délégué économique et social à l'ONU.</p> <p>Depuis 2009 il préside le Centre National de Référence Santé à Domicile et Autonomie, organisme créé à l'initiative du ministère chargé de l'industrie. A ce titre il a animé en 2010 une mission à la demande du Secrétariat d'Etat aux Aînés et signé le rapport « Vivre Chez Soi ».</p>
	<p>Pierre Hémon</p> <p>Adjoint au maire de Lyon, délégué aux personnes âgées. Membre de la commission « séniors » d'Europe Ecologie les Verts. Ancien directeur d'un établissement de santé mutualiste</p>
	<p>Jean-Manuel Kupiec</p> <p>Directeur général adjoint de l'OCIRP, institution paritaire de prévoyance qui a lancé une offre collective dépendance</p> <p>Membre du Centre Technique des Instituts de Prévoyance (CTIP)</p>
	<p>Geneviève Laroque</p> <p>Présidente de la Fondation Nationale de Gérontologie (FNG)</p> <p>Membre du collectif Une société pour tous les âges</p> <p>Inspectrice générale des affaires sociales honoraire depuis 1996.</p> <p>Diplômée de l'École nationale d'administration, elle a orienté sa carrière autour de la gérontologie, la santé mentale, la formation des adultes, du handicap et des soins palliatifs. Après des postes de direction à la Direction Générale de la Santé et à l'AP-HP, elle a ainsi été directrice de cabinet auprès du secrétaire</p>

	<p>d'État chargé des accidentés de la vie (1991), puis auprès du ministre délégué aux personnes âgées (1992).</p> <p>Chevalier dans l'ordre de la Légion d'honneur 1978 et Officier dans l'ordre de la Légion d'honneur 1995.</p>
	<p>Dominique Lery Présidente d'ADHAP Services et Présidente de la commission Maintien à domicile à la FESP Membre du conseil de la CNSA En 1997, co-fondatrice d'une entreprise de maintien à domicile pour personne fragile à Clermont-Ferrand. En 2001 développement en réseau de franchise : Adhap Services est aujourd'hui constitué de 157 sites physiques implantés en France. Prix 2005 de la Femme chef d'entreprise de l'année, décerné par le réseau mondial des femmes chefs d'entreprises</p>
	<p>Philippe Marini Sénateur de l'Oise Président de la mission sénatoriale sur la création du 5^e risque</p>
	<p>Eric Morival Directeur général adjoint, Pôle jeunesse et solidarités du Conseil général de la Creuse Directeur de la Maison départementale des personnes handicapées de la Creuse.</p>
	<p>Norbert Paquel Ingénieur et économiste, Norbert Paquel a travaillé dans les services du Premier ministre, au CERC, sur l'économie de la santé. Il a ensuite rejoint l'Agence de l'informatique comme directeur des études. Ayant créé le cabinet Canope en 1987, il y a poursuivi des travaux,</p>

	<p>pour des administrations et des entreprises, sur l'évolution des techniques informatiques et télécom et sur leur appropriation dans les secteurs de la santé, de la recherche, de l'éducation et des médias. En 1992, il participe à la fondation d'EDISANTE, association de promotion et de prénormalisation des échanges dans la santé et le médico-social, qui réunit des représentants des patients, des professionnels et établissements, de l'assurance maladie et de l'industrie. Il en est le délégué général.</p>
	<p>Dr Charles Petitot Il est Chargé de Mission à L'Organisation Mondiale de la Santé – Département Vieillesse et Parcours de Vie. Il travaille particulièrement sur le programme « Ville amie des aînés ». Médecin de santé publique, il est également titulaire d'un master « Science des systèmes de santé » (Lyon 1) et d'un DEA de « Sciences Cognitives » (Lyon 2).</p>
	<p>Ivon Olivry Expert dans le médico-social depuis plus de 15 ans auprès des congrégations religieuses avec la société Solidarité Patrimoine dont il est le gérant, ancien Directeur d'ICADE Ile de France, Ivan OLIVRY est depuis 2007 le Directeur Médico-social d'ICADE dont les équipes réalisent en moyenne un EHPAD sur cinq en France. Pionnier dans la réalisation de logements adaptés, il aménage le premier quartier à « haute qualité de vieillissement » de France à Chevilly-Larue (94) et intervient sur la réalisation du premier « Pôle Gérontologie Interrégional » Français.</p>

	<p>Valérie Rosso-Debord Députée de Meurthe-et-Moselle, Présidente de la mission d'information sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes Adjointe au Maire de Nancy, en charge des personnes âgées et handicapées, et Vice-présidente du CCAS.</p>
	<p>Pascal Terrasse Député de l'Ardèche Président du Conseil général</p> <p>Excusé, retenu à l'Assemblée nationale</p>
	<p>Emmanuel Verny Directeur général du réseau association Union Nationale de l'Aide, des soins et des services d'aide à domicile (UNA)</p>

Présentation des conclusions de la mission sénatoriale sur le 5^e risque

Philippe MARINI

Sénateur de l'Oise, Président de la mission sénatoriale sur
la création du 5^e risque

Philippe MARINI se réjouit d'accueillir l'APIL alors que les deux débats majeurs de 2011, dernière année de la mandature, portent sur le cinquième risque et sur la fiscalité du patrimoine. Le Sénat a dès 2007 créé une mission commune d'information sur la dépendance, dont l'existence, prolongée à plusieurs reprises, a pris fin le 31 janvier 2011. Cette initiative a été prise, car la dépendance est une problématique globale touchant des questions sociétales, médicales, sociales, économiques. La mission comptait donc, pour moitié, des membres de la commission des Affaires sociales, dont le rapporteur général des lois de financement de la Sécurité sociale, et des membres de la commission des Finances, car il fallait tenir compte des forts enjeux macroéconomiques.

Cette mission a rendu dès 2008 un rapport d'étape qui affirmait des options principales qui n'ont, depuis, pas été remises en cause. Le rapport final distingue néanmoins les propositions obsolètes (telles que l'utilisation des excédents de la branche Famille, qui n'existent plus), les propositions adoptées (telle que la tarification des établissements par la Sécurité sociale ou la mise en place

des ARS) et les mesures à prendre, dont la mission porte à la fois le principe et le contenu.



Le cinquième risque ne saurait constituer une cinquième branche de la Sécurité sociale

Philippe Marini

Tout d'abord, le rapport pointe que la perte d'autonomie des personnes âgées ne doit pas converger avec le handicap. Ceci pour des raisons financières (les comptes publics n'ont cessé de se dégrader depuis 2008), mais surtout parce que les problématiques ne sont pas identiques. Le handicap touche des personnes membres de la population active, les prestations perçues étant avant tout destinées à compenser l'insuffisance ou l'absence de revenus professionnels. Les personnes âgées ne sont plus actives et font face à un risque de maladie exacerbé par l'âge et par la combinaison de pathologies.

Par ailleurs, la mission juge que le 5^e risque ne saurait constituer une cinquième branche de la Sécurité sociale, dont les branches et la gouvernance définies en 1945 sont incompatibles avec l'architecture actuelle de la dépendance. Si le cinquième risque procède nécessairement de droits homogènes au niveau national, celle-ci donne en effet une large part à la compétence locale, confiant aux Départements un rôle qui ne peut être celui de guichets administratifs identiques en tous lieux, mais qui doit au contraire garantir l'adaptation aux réalités

de terrain. Et créer une nouvelle cotisation sociale alors que la compétitivité des entreprises françaises doit plus que jamais être défendue n'est pas raisonnable.

La mission a donc considéré que la prise en charge de la dépendance nécessitait des ressources supplémentaires, dont l'évaluation sera l'un des points clés du débat national. Celui-ci concernera aussi le risque de perte d'autonomie, l'estimation des dépenses de l'Assurance maladie, l'organisation et le financement du secteur médico-social et les limites entre ce domaine et celui de la gestion médicale. Ce débat clarifiera les enjeux et devra faire œuvre de pédagogie.

En tout état de cause, les besoins seront croissants et la situation actuelle mène à l'impasse en terme de viabilité des finances des Départements, point auquel le Sénat est particulièrement attentif : le poids des prestations PCH, RSA et APA les soumet en effet à une très forte pression. Le rééquilibrage à parts égales des ressources entre parts centrales (CNSA) et départementales de la prise en charge de l'autonomie est donc un élément structurant pour le Sénat, très soucieux de l'immense inquiétude financière des Départements comme de la nécessité de traiter la question sociétale de la dépendance.

Cette position suppose une définition stricte de l'assiette. La mission propose donc de transférer un certain nombre d'éléments du forfait soins vers l'Assurance Maladie, tout en proposant des ressources complémentaires pour celle-ci. Elle préconise aussi un type de partenariat public privé (PPP) : le socle des prestations serait assuré grâce à

l'APA, les compléments étant financés par la prévoyance individuelle volontaire déjà assez développée en France par rapport à la plupart des autres pays.

L'accompagnement de cette prévoyance devrait redéployer des aides fiscales déjà existantes.

Cette position diffère de celle de l'Assemblée nationale, qui s'est prononcée en faveur d'une assurance personnelle obligatoire. Or, sur ce point, la GEMA rappelle que jusqu'ici, les seules assurances obligatoires concernent, en France, les dommages aux tiers. Ce principe doit être respecté. Ces assurances représenteraient aussi un prélèvement quasi obligatoire pour toute la population, et appelleraient des interrogations sur les taux de marge appliqués, les modalités prudentielles et le contrôle politique du système. C'est pourquoi cette modalité, trop risquée, doit être écartée.

En juillet 2008, la mission a effectué des propositions en matière de financements complémentaires : il s'agit de la mise d'un gage sur succession et, très probablement, d'une seconde journée de solidarité.

Sur le premier point, le système issu du Code de l'Aide sociale (reprise *a posteriori* sur succession) présente l'inconvénient de constituer une retenue obligatoire. Il semble préférable de créer un régime optionnel dont déciderait la personne bénéficiaire demandeuse de l'APA redéfinie à taux plein. Celle-ci accepterait son affectation en contrepartie de l'acceptation d'un gage sur la succession future (à condition que son actif dépasse un seuil de 150 000 à 200 000 euros, son montant étant

plafonné à 20 000 euros). En appliquant des seuils respectifs de 150 000 et 200 000 euros, la mesure rapporterait environ 800 millions et 1,1 milliard d'euros par an en 2013. Cela ne révolutionnerait pas le financement de l'autonomie, mais permettrait de rééquilibrer les financements centraux et départementaux. Cette APA serait redéfinie de sorte que le reste à charge soit plus supportable pour les classes moyennes, notamment en cas d'hébergement en établissement adapté. Par ailleurs, l'abondement des ressources de la CNSA par une deuxième journée de solidarité serait pertinent à la fois pour des raisons de financement, mais aussi pour contribuer à la défense de la compétitivité de la France. La mission juge donc intéressant de lier compétitivité et solidarité avec les membres de la collectivité nationale qui seront de plus en plus nombreuses à se trouver en situation de dépendance.



La mission revendique le principe du gage de succession comme un outil de solidarité familiale

Philippe Marini

Elle estime aussi indispensable, pour faire face au phénomène, de lutter contre l'individualisme en mettant à l'œuvre des réseaux de solidarité multiples, dont, au premier chef, la famille. Elle revendique donc le principe du gage sur succession comme un outil de solidarité intergénérationnelle, impliquant par ce biais les

descendants dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes.

Cette approche est naturellement contestée au nom de plusieurs arguments. L'un d'eux dénonce le fait que des personnes atteintes d'une même pathologie, mais dont le patrimoine est de valeur différente, pourraient être traitées différemment. Celui-ci n'est pas recevable, car l'APA est destiné à financer le maintien à domicile, les pathologies étant du ressort de l'Assurance Maladie.

Voilà, donc, l'essentiel du message de la mission, dont le rapport est accompagné par un guide des questions à aborder au cours du débat national qui s'ouvre. Ce guide comporte aussi un tableau proposant une évaluation des montants financiers que le dossier met en jeu. Un article récent du secrétaire de la mission sera, par ailleurs, versé aux travaux de cette journée.

Débat avec la salle

David BENSADON rappelle que Philippe Marini avait déjà déposé fin 2007 une proposition de loi en faveur de la mise en place du gage sur succession, afin de susciter le débat sur cette question et le rôle du patrimoine dans le financement de la perte d'autonomie. Trois ans plus tard, selon le sénateur, l'opinion a-t-elle évolué à ce sujet ?

Philippe MARINI constate que la question continue de bousculer l'opinion. C'est pourquoi il est très utile qu'il

soit ouvert en même temps que celui sur la fiscalité du patrimoine.

Marie-Thérèse D'ARGENSON, Présidente de VEDIBE, cite le cas d'une mère de deux enfants âgés de 9 et 12 ans, aphasique et hémiparétique après avoir été victime d'un AVC, et qui bénéficie à ce titre d'une compensation en raison d'un handicap sévère. Si sa mère de 60 ans était aussi victime d'un AVC, elle se rendrait compte que les « vieux » sont moins bien traités que les handicapés, car pour une même situation sanitaire, ses aides seraient 4 ou 5 fois moindres. Comment justifier cela ?

Par ailleurs, il est injuste que les familles contribuent financièrement au travers de la succession, car celles-ci « trinquent » déjà beaucoup, par exemple en apportant leur aide aux repas dans les EHPAD. Les aides compensatoires étant insuffisantes, le montant de la succession a souvent déjà été dépensé, du vivant de la personne, pour financer des aides médicales lourdes à domicile. Enfin, les assurances n'apportent que des rentes mensuelles de 600 à 1000 euros, qui ne couvrent pas la compensation dont les montants devraient parfois atteindre 4000 euros par mois.

Philippe MARINI maintient que les situations diffèrent selon que les personnes soient retraitées ou non, puisque les secondes perçoivent des pensions de retraite. Par ailleurs, il faut distinguer les situations en fonction de la valeur du patrimoine de succession, et rappeler que la hausse des dépenses sociales devrait être financée par une hausse de la fiscalité ou des cotisations, ceci alors que

l'État souhaite stabiliser sa dette fin 2013. Dans le cas contraire, la collectivité risque de s'appauvrir.

Pierre GRAPIN, Conseiller scientifique au BIPE, note que compte tenu de l'évolution démographique la pression de la dépendance ne devrait pas être catastrophique durant une quinzaine d'années. La génération du baby-boom devrait rester en bonne santé pendant cette période, alors que les générations nées entre-deux-guerres, peu nombreuses, vont entrer en situation de dépendance. Il serait peut-être préférable d'adopter des solutions graduées prévoyant des rendez-vous afin de réexaminer la situation périodiquement.

Philippe MARINI partage ce diagnostic démographique. Néanmoins, le système n'est déjà pas soutenable, car il fait l'impasse sur le financement des Départements et parce que le reste à charge est beaucoup trop élevé pour certaines catégories de bénéficiaires.

Un intervenant de la salle observe qu'il faudrait être en mesure de prélever les ressources de façon plus pertinente. La France possède 5 niveaux administratifs (allant de la commune à l'État) ce qui complique les prises de décisions et engendre des conflits de compétence. Cette caractéristique peut aller à l'encontre des impératifs d'équité, puisque les prestations peuvent en pratique varier en fonction des territoires.

Philippe MARINI ne peut revenir en quelques phrases sur la réforme des collectivités territoriales. Néanmoins, la simplification des périmètres intercommunaux, le compromis adopté en termes de compétences des différents échelons et le fait que les futurs conseillers territoriaux siégeront à la fois au Département et à la Région devraient contribuer à la simplification des décisions administratives. Pour autant, les questions de proximité ne pourront être traitées par les Régions. De fait, le traitement des personnes en dépendance varie selon les zones géographiques (ville, campagnes, montagne, littoraux, zones plus ou moins riches, etc.), mais les efforts de prévention doivent être ajustés aux réalités des territoires.

Le Sénat considère le Département comme l'échelon le plus adapté pour ajuster l'action sociale de prévention aux spécificités locales, notamment en termes de contrôle des aidants et des associations, en évaluant la qualité de gestion des établissements, etc. Ceci d'autant plus que « l'économie des personnes âgées » peut être cruciale pour certains territoires, comme l'a montré le Dr Bernard Cazeaux, sénateur membre de la mission et qui a expliqué que l'aide aux personnes âgées représente la création de 2000 emplois en 10 ans en Dordogne.

Panorama européen des systèmes de prise en charge de la perte d'autonomie

Blanche LE BIHAN

Enseignant-chercheur à l'École des hautes études en santé publique (EHESP)

David BENSADON juge essentiel de donner un éclairage sur les politiques menées dans d'autres pays d'Europe afin de nourrir le débat.

Blanche LE BIHAN constate que dans le cadre du vieillissement de la population générale de l'Europe, et notamment de l'augmentation de l'augmentation du nombre de personnes de plus de 80 ans, l'augmentation de la demande de soins et d'aide quotidienne est constatée de façon très large. En parallèle, l'évolution sociale diminue le rôle traditionnel des aidants familiaux, qui sont majoritairement des femmes (66 % des aidants en France), dont l'insertion croissante sur le marché du travail accroît la demande de politiques publiques de dépendance. En parallèle, les contextes budgétaires sont de plus en plus tendus et les États cherchent à maîtriser les coûts des régimes de retraite, de dépendance et des politiques familiales.

Selon les pays, il existe quatre grands types de système de protection sociale : libéral, familialiste, corporatiste et social-démocrate, dans lesquels les équilibres entre les

rôles des pouvoirs publics, du marché et de la famille sont différents.



La France possède un modèle hybride (...), à la fois familial, corporatiste et social-libéral

Blanche Le Bihan

Dans les pays d'Europe du Sud, la famille reste le moyen privilégié par lequel l'obligation de solidarité alimentaire est mise en œuvre. Le modèle corporatiste, assurantiel (en vigueur, notamment, en Allemagne) indexe les pensions des travailleurs et de leurs familles sur les salaires passés, y compris, le cas échéant, en ce qui concerne la dépendance. Le modèle social-démocrate met le citoyen au centre de la redistribution alors que le modèle libéral accorde le premier rôle au marché.

La France présente un modèle hybride, puisque les réponses à la dépendance sont à la fois familiales, corporatistes (CNSA), sociale-démocrates (au travers de l'APA) et de plus en plus libérale, puisque le pays réfléchit à la complémentarité public-privé. La couverture de la dépendance donne lieu aux évolutions les plus rapides dans de nombreux pays, selon des ajustements dont les quatre modèles ci-dessus ne permettent pas de rendre compte – que ce soit en Italie ou dans les pays nordiques.

Globalement, la convergence des dispositifs observés peut être désignée par le « cash for care », c'est-à-dire le développement de prestations financières spécifiques dédiées à la couverture de l'autonomie. La tendance est à

leur généralisation, qui permet une bonne complémentarité avec l'action des familles, qui expriment un fort besoin de souplesse dans l'organisation, de la prise en charge des personnes âgées. Néanmoins, le comportement des familles montre une certaine ambiguïté, puisque les prestations qui leur sont versées leur permettent d'acheter des soins hors du cercle familial, tout en les ré-impliquant dans la prise en charge de leurs aînés.

C'est pourquoi les aides doivent être replacées dans les contextes historiques. Ainsi, les pays du Nord répondent traditionnellement à la dépendance grâce à des prestations de service ; l'introduction du « cash » revient à une flexibilisation du système, donc à une réintroduction de la famille qui va de pair avec un souci d'économies budgétaires. A l'inverse, l'introduction des aides financières peut être interprétée, en France et en Allemagne, comme un soutien au rôle pivot de la famille dans le soin aux anciens.

La proposition de ces services va de pair avec un discours mettant en avant la possibilité offerte aux familles de choisir les services destinés aux personnes dépendantes – encore faut-il qu'il existe une réelle possibilité de choix dans les différents territoires.

La régulation des dispositifs financiers existants depuis les années 1980 et 1990 est très variable dans des pays tels que l'Allemagne, la France, l'Italie, les Pays-Bas ou l'Autriche. Les montants versés et les critères d'attribution diffèrent fortement : certains pays ne prennent en compte que la situation de dépendance (l'Italie, l'Autriche et

l'Allemagne versant une allocation forfaitaire), alors que d'autres pays prennent aussi en compte les revenus (France et Pays-Bas).

Le contrôle de l'usage de la prestation varie aussi énormément : la France et les Pays-Bas s'assurent que l'argent versé a bien financé des services dédiés, alors que l'Italie verse une aide de 480 euros aux personnes dépendantes, les familles étant libres de les utiliser comme elles l'entendent. Cette faible régulation implique un recours massif au travail au noir d'immigrés d'Europe de l'Est et centrale, permettant de disposer d'un service très flexible, disponible 24h/24 pour quelque 900 euros par mois. Ceci peut présenter des avantages en termes de détermination autonome du rôle de la famille, mais lui donne un rôle de seul intervenant dans la gestion de la situation. En revanche, en France et aux Pays-Bas, la famille décide de l'utilisation de l'aide, y compris, le cas échéant en rémunérant un de ses membres, même si les professionnels du secteur médico-social interviennent systématiquement.

Les dispositifs de régulation doivent donc faire l'objet d'une réflexion importante du législateur, qui doit définir un équilibre des rôles de la famille, des pouvoirs publics et du marché. Dans tous les cas, l'accompagnement de la famille par des professionnels exerce un rôle positif dans la pertinence des soins apportés.

Tableau : Les politiques de Long Term Care selon les régimes d'Etat-providence

	Libéral	Familialiste	Corporatiste	Social-démocrate
Principes dominant de solidarité	Le marché	La famille	La corporation professionnelle	La citoyenneté
Finalité du système	Couverture des besoins par le marché et aide familiale	Définir localement des services complémentaires à la famille	Garantir au travailleur et à sa famille un niveau de vie sur la base de ses ressources antérieures	Promotion de la citoyenneté sociale en définissant des droits sociaux universels
Principes de fonctionnement	Responsabilité individuelle	Obligation alimentaire, solidarité familiale	Contributivité des travailleurs et assistance pour les non travailleurs	Egalité d'accès à des services collectifs décentralisés
Mode de financement	Ressources de la p.â et de sa famille + assurance privée	Ressource de la p.â + obligation alimentaire + assistance	Cotisation obligatoire	Impôts nationaux et locaux

David BENSADON relève que le choix de la régulation apparaît primordial. Le lien français entre traçabilité des dépenses et politique de l'emploi semble aussi être un modèle à retenir. La France est-elle la bonne élève dans ce domaine ?

Blanche LE BIHAN rappelle que ce lien entre politiques françaises de l'emploi et de la dépendance date effectivement des années 1990. La création de la prestation spécifique dépendance a alors été accompagnée d'une politique de développement de l'emploi à domicile, très judicieuse. Ce n'est pas le cas en Italie, où le traitement de la dépendance est accompagné d'une politique de sélection des « bons migrants » par Silvio Berlusconi. Elle remercie les participants.

Table ronde n°1 :
la gouvernance du 5^e risque et le
partenariat public-privé

Échanges animés par David BENSADON,
Président de l'APIL

David BENSADON rappelle la désignation du financement de la dépendance comme le grand chantier de la fin du quinquennat du Président de la République, qui affirmait récemment sa volonté de créer un nouveau champ de protection sociale. Dans le même temps, il appelait à « inventer autre chose que le modèle traditionnel de la couverture des risques par la Sécurité sociale ». De nombreuses contributions ont déjà alimenté le débat, notamment celles de la CNSA, de la Cour des comptes, de l'Assemblée nationale et aujourd'hui celle du Sénat. En tant que chef de file de l'action sociale, les départements participent pleinement à l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie et connaissent de réelles difficultés budgétaires. Que pense l'ADF des propositions formulées par Monsieur Marini, et que préconise-t-elle ?

Yves DAUDIGNY, Sénateur de l'Aisne et Président du Conseil général, Président de la commission des affaires sociales à l'Assemblée des Départements de France (ADF), juge urgent de résoudre les problèmes financiers de Départements qui supportent des charges croissantes au

titre de l'APA, de la PCH et du RSA. Il y a encore quelques années, les ressources de l'APA étaient réparties à égalité entre l'échelon national et le niveau départemental, qui assume à présent plus de 70 % des dépenses. Ce poids est insupportable pour de nombreux départements : c'est pourquoi il faut en revenir à une répartition à parts égales, comme le demande la mission. En outre, l'APA est insuffisante en cas de maintien à domicile comme d'hébergement en établissement et le reste à charge qui pèse sur les familles est trop élevé.

Mais le débat ne se limite pas aux aspects financiers. Aux côtés des risques de maladie et d'insuffisance des revenus professionnels, la société doit s'organiser en prenant en compte un troisième risque de protection sociale relatif à la perte d'autonomie, quelles qu'en soient les causes et les circonstances d'âge. Contrairement à ce que défend Philippe Marini, il faut donc distinguer le *care* et le *cure* – sans pour autant nier les interdépendances entre ces domaines.

Cela implique de reconnaître un droit nouveau, en définissant rigoureusement la perte d'autonomie. Cela implique aussi tenir compte de l'environnement qui conditionne la perte d'autonomie dans la capacité à se vêtir, à se déplacer, à se nourrir, à participer à la vie sociale. Il faut aussi être attentif à la prévention (qui peut reculer le moment de la perte d'autonomie) et à l'articulation entre les services de santé et les acteurs du soin, leur mauvaise coordination entraîne des surcoûts dans les deux domaines.



Il faut revenir à l'esprit et aux valeurs des ordonnances d'octobre 1945.

Yves Daudigny

En matière de dépendance, les représentants de l'ADF ont le 16 octobre 2008 voté à l'unanimité un texte de référence qui appelle à la création d'un droit universel à la compensation en cas de perte d'autonomie. Ce droit doit se fonder sur l'évaluation des besoins d'aide à l'autonomie, sur l'élaboration d'un plan personnalisé de compensation et sur le versement d'une allocation personnalisée de compensation intégrant tous les biens et services nécessaires à la vie des personnes. Ce système doit essentiellement reposer sur la solidarité nationale, en cohérence avec les autres prestations de protection sociale. Le texte adopté au mois d'octobre 2010 par la CNSA conforte la responsabilité des Conseils généraux dans l'attribution de l'allocation personnalisée de compensation (APC), en garantissant l'égalité nationale de traitement au travers de la CNSA.

L'ADF partage cette conception de la gouvernance, qui combine une approche de proximité et une exigence d'équité nationale, étant aussi favorable à ce que la régulation des dépenses sociales assurées par la CNSA donne lieu à un nouveau débat parlementaire annuel. Pour développer ce nouveau champ de protection sociale, il faut revenir à l'esprit et aux valeurs des ordonnances d'octobre 1945 (ouverture de toute la population et solidarité

universelle) selon le principe : « chacun cotise selon ses moyens et reçoit selon ses besoins ». Il faut néanmoins repenser les modalités de mise en œuvre de ces principes dans un monde globalisé et où il faut se réjouir de l’allongement de l’espérance de vie augmente, car il n’est plus possible de faire appel à des cotisations sur les revenus du travail.

Enfin, s’il faut tenir compte des contraintes budgétaires, il existe des marges de manœuvre en termes de solidarité : il faut donc faire des choix courageux pour maintenir le contrat social français et maintenir les solidarités collectives.

Émilie DELPIT, Directrice de projet qualité et prospective à la CNSA, remplace et excuse Laurent Vachey, Directeur général de la CNSA, retenu ce matin par une réunion préparant les propositions de la CNSA dans le cadre du rapport d’activité qui sera publié en avril 2011, et qui accorderont une large place à la prévention. La position de la CNSA est proche de celle de l’ADF, les Conseils généraux étant membres de son Conseil d’administration. Celui-ci a adopté à l’unanimité, en 2007, un texte appelant à la définition d’un nouveau champ de la protection sociale. Depuis 2007, le débat a fait émerger les termes de « 5^e risque » et de « 5^e branche », ce qui pointe à la fois des besoins de financement, mais aussi des choix de gouvernance à arbitrer entre une gestion centralisée (sur le modèle de l’Assurance maladie) ou une gestion reprenant le modèle actuel, décentralisé et reposant largement sur les

Conseils généraux. Il faut cependant distinguer la nécessaire proximité de la réponse et le niveau de responsabilité quant à la qualité des réponses (qui a beaucoup augmenté depuis que les Départements sont chargés du handicap) et la répartition de l'effort financier au travers des systèmes de solidarité nationale.

En 2007, le Conseil de la CNSA a, dans son rapport, indiqué son attachement au rôle des Conseils généraux (qui apportent une plus-value qualitative) et à un niveau élevé de la part des ressources nationales par rapport à celle des ressources locales ou de prévoyance individuelle. La CNSA est en effet l'outil de la solidarité nationale puisqu'elle apporte des concours nationaux aux Conseils généraux pour financer l'APA et la PCH. Au travers des conventions signées avec les Départements, elle assure aussi les remontées d'informations et le suivi de l'usage de ses financements, ce qui a beaucoup contribué à connaître les modalités de mise en œuvre des prestations et de répartition de l'effort.

Il ne reviendrait pas au même de confier d'éventuelles ressources complémentaires à la CNSA, afin qu'elle les répartisse et d'augmenter les dotations globales de fonctionnement aux Conseils généraux, car ce procédé ne permettrait pas d'assurer la traçabilité des dépenses et ne figurerait pas dans le taux de couverture central de l'effort.



*La CNSA soutient le principe de
« décentralisation accompagnée »*

Emilie Delpit

En outre, les règles de péréquation utilisées par le budget de l'État diffèrent de celle de la CNSA, ces dernières étant beaucoup plus spécifiques et permettant de répondre aux difficultés des Conseils généraux aux besoins sont les plus importants et aux ressources les plus faibles. Les calculs de péréquation de la CNSA s'appuient, en effet, sur le potentiel fiscal des départements et non sur leur potentiel financier, critère retenu par l'État.

Par ailleurs, la CNSA soutient les Départements ainsi qu'un principe de « décentralisation accompagnée », ce qui permet de leur proposer des indicateurs de pilotage afin de piloter leur action, tout comme des dispositifs d'animation, notamment afin d'évaluer la qualité de l'attribution des prestations. Ce dispositif a été explicitement confié par la loi à la CNSA, à qui sont confiées des missions d'animation des pratiques des Maisons départementales des personnes handicapées. Mais celle-ci ne donne pas à la CNSA les moyens d'intervenir pour l'équité territoriale en matière de politiques destinées aux personnes âgées, en particulier pour évaluer certaines inégalités d'attribution. Cela vaut notamment pour le GIR4, dont l'existence est de plus en plus souvent remise en cause alors qu'il n'existe aucun autre moyen pour harmoniser les pratiques en la matière – ce qui serait la première action à adopter.

La gouvernance de la CNSA associe toutes les parties prenantes concernées : l'État, les Conseils généraux, les associations, les partenaires sociaux, ainsi que des parlementaires, siègent à son Conseil, ce qui est

indispensable puisque la prise en charge de la dépendance implique des acteurs et des financements multiples. Cette gouvernance pourrait être étendue aux acteurs de la prévoyance individuelle et collective afin d'articuler au mieux les actions publiques et privées. C'est pourquoi, la CNSA a en 2010 réuni les assureurs et les Conseils généraux pour travailler sur les référentiels, la définition de la dépendance, les outils et les pratiques, ce qui est indispensable quelle que soient les évolutions futures.

Enfin, la CNSA est le seul acteur offrant une vision globale de la prise en charge actuelle (prestations individuelles, établissements et services) et de l'évolution globale d'un risque qui court de la naissance à la mort. Car les réponses sont semblables quel que soit l'âge des personnes, même si la combinaison des moyens évolue au long de la vie. L'existence ou non d'une pension de retraite ne modifie pas en substance la nature du risque et les réponses que la solidarité nationale doit être en mesure d'apporter.

Valérie ROSSO-DEBORD, Députée UMP de Meurthe-et-Moselle, Présidente de la mission d'information sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes, rappelle que le rapport qu'elle a signé et qui a été publié durant l'été 2010 comporte de très nombreux points, et qu'il ne propose de supprimer le GIR4 qu'en 2030, date à laquelle serait mis en place l'ensemble des dispositifs de prévention qu'il propose et qui correspond au « pic » de population qui entrera en situation de dépendance.

Le GIR4 vise aujourd'hui à empêcher que les personnes ne basculent dans une perte d'autonomie aggravée, alors que les politiques de prévention française sont bien inférieures à celles d'autres pays d'Europe. Les Plans Solidarité Grand Age, Canicule, etc., n'ont jamais été réellement développés alors que les moyens financiers prévus n'ont pas été débloqués. Il est donc temps de se donner les moyens et de construire, dans le temps, une nouvelle politique publique efficace qui permettra de redistribuer le GIR4.

En 1945, aucun des fondateurs de la Sécurité sociale n'avait imaginé que l'allongement de la vie serait aussi rapide. Le vieillissement de la population est un problème de pays riche dont la population bénéficie d'un système de santé très efficace et doit être envisagé de façon positive – d'autant plus qu'il n'est pas financièrement hors de portée, puisqu'il faudra dégager 8 milliards d'euros d'ici à 2030.

En revanche, la société doit penser la place des personnes âgées dépendantes. Comment articuler maintien à domicile et hébergement ? Quelle gouvernance adopter ? Les républicains ne peuvent que se désoler de l'iniquité de traitement des personnes dépendantes selon les territoires, car la prise en charge de l'APA varie selon les recettes fiscales des différents départements de 100 à 150 euros pour un même GIR, ce qui est contraire au principe français de solidarité universelle. L'absence de péréquation sur ce point est un constat qui heurte et qui partagé : il faut donc agir.

Le reversement de l'État au titre du financement de l'APA via la CNSA ne représente que 28 % des sommes versées. Si l'État ne s'est jamais engagé formellement à contribuer à hauteur de 50 %, ce point faisait initialement l'objet d'un consensus général, mais n'a jamais été respecté, sa part ayant atteint, au plus, 40 %. Cette situation ne peut plus perdurer et la loi de projet de financement de la Sécurité sociale qui sera votée en octobre 2011 devra permettre de revenir à l'équilibre tout en assurant une péréquation entre territoires riches et moins riches.

Par ailleurs, les personnes (vivant notamment à domicile) dont les GIR sont les plus élevés ne bénéficient pas des moyens leur permettant d'accéder à un accompagnement et à une dignité de vie suffisants. Les GIR1 et 2 sont par exemple insuffisants pour répondre aux besoins d'une personne démente grâce aux seuls aidants naturels. Il faudra donc faire un effort sur ce point : c'est l'avis de la ministre.

Il ne semble pas aujourd'hui opportun de créer une nouvelle branche de la Sécurité sociale, ne serait-ce que parce que la dette publique de 1700 milliards d'euros et le déficit annuel d'État de 150 milliards limitent les marges de manœuvre, alors que les déficits sociaux atteignent 40 milliards d'euros par an. Fragiliser davantage ces systèmes risquerait de mettre la France dans la situation de l'Irlande, de la Grèce ou du Portugal, ce qui frapperait durement les personnes en dépendance. C'est là le point de vue de l'UMP et du gouvernement.

Aujourd'hui, 22 milliards sont alloués à l'accompagnement à la perte d'autonomie et à la dépendance. Alors qu'elle faisait initialement débat, l'action de la CNSA remporte l'adhésion de toutes les parties en cause – même si sa gouvernance devra être adaptée – comme l'a montré le rapport de Bérangère Poletti. Il faut désormais relier son action à celle des ARS, qui ont récemment été créées par la loi HPST pour rapprocher les thématiques médico-sociales et sanitaires, qui restent très disjointes en France alors que la situation d'une personne dont la poly-pathologie affecte les gestes quotidiens montre qu'il est impossible de séparer la part due à la maladie de celle due au vieillissement. Il faut donc apporter des réponses cohérentes. La répartition du budget de 22 milliards d'euros doit être rebattue dans un cadre régional, car le dispositif national est si complexe qu'il est difficile de mener des politiques locales efficaces d'accompagnement du vieillissement.



Il faut labelliser les contrats (...) pour en confier la responsabilité aux ARS

Valérie Rosso-Debord

Par ailleurs, Philippe Marini propose de systématiser la couverture optionnelle par les assurances personnelles, qui couvrent aujourd'hui déjà 5 millions de personnes en France. Or, les contrats actuels ne couvrent que les situations dans lesquelles les personnes ne peuvent plus assumer seuls deux actes de la vie courante, ce critère étant

sujet à des interprétations par lesquelles les assurances se soustraient à leurs promesses.

Il faut donc labelliser les contrats, en réunissant pour cela les acteurs publics et les assurances mutualistes et privées pour définir l'expertise, les rentes, leur indexation et la façon dont elles sont délivrées. Les compagnies d'assurances sont en effet, aujourd'hui, à la fois « décideur et payeur » : il faut donc externaliser l'expertise de la situation des personnes, ce qui rendrait les dispositifs lisibles et justes, pour en confier la responsabilité aux ARS afin que les pouvoirs publics garantissent que les souscripteurs bénéficieraient effectivement de la couverture du risque.

L'obligation d'assurance a été proposée afin que les personnes soumises à la survenance de l'aléa (un quart de la population concernée) soient effectivement couvertes. Les assurances des personnes ne pouvant souscrire ces contrats – pour cause d'incapacité économique – seraient assumées par un fonds de garantie qui serait alimenté par un prélèvement sur l'ensemble du dispositif.

Les autres possibilités de financement seront évoquées lors d'un débat qui devra être le plus large possible, mais qui devra porter sur le point essentiel de la définition de la perte d'autonomie, car la grille AGGIR actuelle ne tient pas assez compte, notamment, de la dégénérescence sénile et du contexte géographique. Il devra aussi porter sur la place des personnes en situation de perte d'autonomie dans un pays civilisé tel que la France. Il ne s'agit pas de dégager un consensus, mais des lignes de force qui

permettront de proposer des mesures. C'est là l'objectif des 26 débats régionaux qui seront organisés sous l'autorité de Roselyne Bachelot en parallèle des groupes thématiques nationaux.

Geneviève LAROQUE, Présidente de la Fondation Nationale de Gérontologie (FNG), Membre du collectif Une société pour tous les âges, s'étonne du fait que les orateurs précédents aient omis de s'interroger sur l'avis des personnes âgées – dont elle fait elle-même partie – sur la dépendance, cette situation dans laquelle une personne a besoin d'aide pour effectuer les actes de la vie courante.



La discrimination par l'âge constitue une très choquante exception française

Geneviève Laroque

Or, cette définition ne précise pas si cette aide est technique ou humaine. La plupart des experts interrogés ont écarté la première possibilité, préjugant que les « vieux » savent à peine se servir d'un téléphone. Par ailleurs, il faut préciser l'évaluation des moyens et des besoins auxquels il a été fait référence plus haut. Il faut aussi, comme seul Philippe Marini l'a évoqué (quelles que soient par ailleurs les différences entre ses positions et celle du collectif Une société pour tous les âges) mentionner la discrimination par l'âge. Celle-ci constitue une très choquante exception française, la France étant le seul pays à avoir introduit la discrimination par l'âge dans

la compensation des situations de handicap pouvant affecter tous les citoyens.

Il est aussi étonnant que l'excellent rapport du Conseil Economique et Social élaboré par Maurice Bonnet, qui avant notamment préconisé une compensation du handicap quel que soit l'âge, n'ait pas été mentionné. De plus, en 2002 et 2005, la représentation nationale a adopté deux lois permettant à la société française de s'ouvrir davantage aux personnes en difficulté, notamment au travers de la loi sur le handicap de 2005. Celle-ci n'introduisait aucune discrimination par l'âge et prévoyait (ce qui a été fait) de supprimer les différences de traitement réservées subies par les enfants, tout comme celles dont pâtissent les personnes âgées. Cela n'est toujours pas fait : cette omission est très grave.

La France est spécialiste des lois obsolètes avant d'avoir été appliquées et constitue une société occidentale médiane qui s'efforce de combiner les quatre systèmes cités ci-dessus. Les aspects libéraux (assurances) se sont développés et sont soutenus, par exemple, par Valérie Rosso-Debord, tandis les composantes socialistes sont soutenues par plusieurs autres partis politiques. Le système familialiste pur étant abandonné dans un pays qui reste néanmoins très attentif à la situation familiale et qui comporte de nombreux éléments corporatistes présents dans un système de sécurité sociale qui s'est rapproché du modèle social-démocrate à partir de 1976. En outre, de nombreux citoyens s'insurgent contre l'obligation alimentaire en matière d'hébergement des personnes âgées,

et s'inquiètent de la « double peine » que représenterait la retenue sur succession pour les personnes en situation difficile. Il serait préférable de se prononcer, à l'exemple des pays anglo-saxons, en faveur d'une hausse générale de la fiscalité de la succession.

Cette situation hybride peut être une force. Mais les « bricolages » proposés par plusieurs rapports pour réduire le reste à charge en réaffectant les crédits existants et en proposant même la création d'hébergement *low cost*, ne doivent pas détourner le débat des questions de principe : si les personnes devant être hébergées ne disposent pas des revenus suffisants, elles doivent être prises en charge par les aides sociales, sans obligation d'aide alimentaire. Il est, du reste, très curieux que l'on envisage de taxer les descendants en cas de nécessité d'hébergement d'une personne âgée, alors qu'il ne sera rien demandé aux parents si un enfant majeur se trouve en situation de dépendance.

La population charnière des personnes handicapées vieillissantes peut représenter une piste pour sortir de ces difficultés. Les handicapés, par le passé, avaient la bonne habitude de « mourir jeunes », leurs parents décédant généralement après eux. Ceux-ci se sont battus avec succès pour la prise en charge de leurs enfants, qui, devenus adultes, survivent grâce aux dispositions qui leur sont dédiées, notamment en termes d'hébergement. Et de nombreuses unités de long séjour ont accueilli des adultes qui ont passé l'âge de la retraite et à qui des Conseils généraux ont parfois demandé une contribution à

l'entretien de leurs enfants ayant à leur tour dépassé la soixantaine – avant de se raviser.

Il a été prévu que les handicapés dépassant 60 ans puissent continuer à bénéficier des aides spécifiques existant avant cet âge. Mais les modalités de prise en charge d'un AVC, par exemple, continuent de différer selon que la personne handicapée a ou non dépassé l'âge légal de la retraite, ce qui n'a pas de sens. A titre personnel, Geneviève Laroque peut témoigner qu'elle serait moins avantagée à être traitée en tant que personne âgée dépendante, qu'à l'être en tant que personne handicapée ou invalide – ce qui est son cas : car la MDPH utilise le guide-barème de 1993, qui ne tient pas compte de l'âge des personnes, pour attribuer les macarons GIC.

Le collectif « Une société pour tous les âges » partage l'inquiétude financière des orateurs précédents, mais met en exergue les contradictions ci-dessus, et estime qu'il faut poursuivre le développement du modèle mixte corporatiste-social-démocrate adopté à partir de 1976 afin de garantir une liberté suffisante et un traitement égal à toutes les personnes perdant leur autonomie, quel que soit leur âge. Les calculs sur le montant de la prestation doivent prendre en compte l'ensemble des revenus du travail et du patrimoine, son financement devant être appuyé sur des contributions progressives. Seule le respect de ces principes permettra d'avancer.

David BENSADON remercie Geneviève Laroque et interroge les représentants des organismes de protection

sociale sur les conclusions de la mission sénatoriale et les contours du partenariat public-privé.

Agnès CANARELLI, responsable technique à la direction des assurances de personnes à la Fédération Française des Sociétés d'Assurance (FFSA) estime très important, si le recours aux assurances était décidé par le législateur, qu'un label définisse clairement des critères stables de dépendance afin que les rôles des secteurs publics et privés soient bien distingués, et qu'une gouvernance commune pérenne soit mise en place afin d'assurer un suivi commun.

Jean-Manuel KUPIEC, Directeur général adjoint de l'OCIRP, membre du Centre Technique des Instituts de Prévoyance (CTIP), explique que l'ORCIP et le CTIP abordent le risque de dépendance dans une approche de prévoyance collective, mettant en œuvre, durant l'activité professionnelle des contrats d'entreprise ou de branche. La formule diffère des contrats individuels (qui représentent 90 % du marché, mais dont la signature est rejetée dans 25 % des cas pour raison médicale) qui peuvent être souscrits durant la vie professionnelle et maintenus après le départ à la retraite.

La France vient au second rang mondial pour le nombre de personnes couvertes grâce à des contrats majoritairement mutualistes, le total des cotisations y atteignant 450 millions d'euros par an, contre 6,5 milliards de dollars aux États-Unis. Ce marché, qui deviendrait considérable si la réponse du législateur était assurancielle, devrait s'appuyer

sur des repères stables, dont l'adoption des critères de perte d'autonomie de la CNSA : car de fait, il est arrivé aujourd'hui que des assureurs refusent de verser les pensions à des personnes qui bénéficient des pensions de la CNSA.



L'approche collective permet la portabilité des droits

Jean-Manuel Kupiec

Si la formule du contrat obligatoire était retenue, elle devrait être appliquée avant 50 ans. Les modes de gestion devraient être définis sur le long terme, la labellisation étant indispensable, tout comme les rentes minimales et des revalorisations. Il faudrait aussi s'intéresser à la protection des non-salariés. La CNSA n'a, par ailleurs, pas tranché entre l'approche individuelle ou collective (cette dernière ayant l'avantage de ne pratiquer aucune sélection médicale). Il faudrait aussi établir la meilleure articulation possible entre la solidarité nationale et les assurances, la tendance actuelle semble être à la complémentarité et non à la substitution.

L'approche collective permet la portabilité des droits, c'est-à-dire le fait de pouvoir continuer à cotiser après avoir quitté l'entreprise, ce qui est possible depuis 2008 pour les contrats Santé et de Formation professionnelle. Celle-ci est une piste de réflexion intéressante. Enfin, il faudrait aussi faciliter le choix entre l'option du CTIP ou

celle de la FFSA (favorable au versement de rentes viagères) et celle des mutualistes, qui favorisent l'inclusion dans les contrats Santé. Il est en effet impossible de comparer a trentaine de produits d'assurance individuelle proposés par les assureurs sur le marché.

David BENSADON demande quels sont les avantages éventuels des contrats collectifs. Quel serait le contenu de la labellisation ?

Jean-Luc DE BOISSIEU, Secrétaire général du Groupement des entreprises mutuelles d'assurance (GEMA), rapporte que le secteur mutualiste constate que de nombreux produits d'assurance sont émis. Cette réponse foisonnante à une demande émergente commence « à faire désordre ». Bien que les acteurs mutualistes n'en soient pas demandeurs, ils estiment que l'État, s'il institue une complémentarité public privé, devra édicter les règles du marché. Le présent débat montre qu'il n'existe aucun consensus politique sur la dépendance. Alors qu'aucune des positions exprimées ci-dessus n'est convaincante, cela laisse craindre que les autorités ne s'en remettent aux assurances.



L'Etat, s'il institue une complémentarité public-privé, devra édicter les règles du marché. Il n'existe aucun consensus (...) cela laisse craindre que les autorités ne s'en remettent aux assurances.

Philippe Marini se déclare opposé à l'assurance obligatoire et favorable à un complément individuel. Or celui-ci existe déjà : il s'agit du PERP, créé il y a quelques années, mais qui n'a séduit que 1,2 million de personnes en France alors qu'il procure de très forts avantages fiscaux. Il est donc difficile d'imaginer aller au-delà d'un nombre total de souscripteurs dépassant 1,5 million de personnes, soit environ 3 millions de personnes couvertes au maximum, en tenant compte des conjoints.

Valérie Rosso-Debord propose, elle, une assurance obligatoire. Le secteur mutualiste couvre la moitié des contrats d'assurance automobile en France et connaît bien le régime de l'obligation, mais on ne peut comparer les risques Santé et Automobile, car on peut se passer d'une voiture, mais pas d'une assistance en cas de dépendance. En outre, mettre en place un contrat unique reviendrait à créer une « usine à gaz » : le tarif serait-il unique ? Et instituer un fonds de garantie chapeautant le système reviendrait à mettre en place un impôt au profit de caisses privées, comme l'a pointé le Sénat.

Les mutualistes, lorsqu'ils sont consultés, suggèrent aux pouvoirs publics qu'ils demandent aux organismes d'assurance santé complémentaire (mutuelles, institutions de prévoyance ou assureurs privés) de mettre en place, de façon facultative, une allocation spécifique Dépendance. Compte tenu du fait que l'Assurance Santé couvre, au

travers de la CMU et de l'aide à la complémentaire Santé, 97 % des Français, ce serait un moyen simple de parvenir à l'universalité, ce qui est indispensable en la matière.

Recourir à l'Assurance Santé permet de solidariser toutes les catégories de la population, y compris les jeunes. Contrairement à l'assurance vie, la communauté des assureurs et de la prévoyance Santé ont en outre l'avantage d'être, par leur métier, en prise avec la communauté médicale et scientifique, donc d'assurer au mieux le lien entre prévention et indemnisation. Dans ce cadre, la labellisation et la gouvernance peuvent, entre autres, être abordées. Mais cette option est de loin préférable à la création d'une assurance *ex nihilo* ou d'un complément d'épargne individuelle.

Agnès CANARELLI précise que la FFSA ne défend pas une filière *a priori* (Santé, Retraite, assurance individuelle), mais considère qu'il faut que la garantie de base de la dépendance fasse l'objet d'un label attestant un certain nombre de caractéristiques permettant d'apporter une assurance au plus grand nombre.

David BENSADON demande à Emmanuel VERNY sa réaction aux échanges qu'il vient d'entendre, au nom de l'UNA, l'une des principales fédérations d'acteurs de l'aide et du soin à domicile.

Emmanuel VERNI, Directeur général de l'UNA, estime que le débat autour du PPP relève du choix d'un modèle de

société dans lequel les places du politique, de la technique et des finances sont différentes. Les débats de cette table ronde montrent que deux postures fondamentalement différentes sont en balance.

La première estime que la maîtrise des dépenses sociales prime afin d'éviter le sort du Portugal, de l'Irlande ou de la Grèce – attitude détestable et contradictoire avec le fait que Philippe Marini, entre autres, précise par ailleurs que les montants en jeu sont assez modestes. Cette position est portée par les conclusions des rapports de l'Assemblée nationale et du Sénat, qui posent des constats d'excellente qualité, mais qui omettent totalement de chiffrer les propositions qu'ils portent pour maîtriser les dépenses sociales.

La seconde posture, qui est celle de l'UNA, consiste à considérer le sens culturel du traitement de la dépendance dans la société contemporaine, comme l'a souligné très justement Geneviève LAROQUE. C'est à partir d'un consensus de l'opinion publique sur ces points que les solutions techniques et politiques pourront être décidées.

L'un des plus beaux exemples de « fausses solutions » est le gage patrimonial, qui est non seulement socialement injuste, mais aussi totalement inefficace. Retenir 20 000 euros sur un patrimoine dont la valeur est de 150 000 euros et qui correspond au fruit d'une vie de travail n'a, de fait, pas le même sens qu'une retenue identique sur un patrimoine de 1 ou 5 millions d'euros.

Les calculs de la DRESS évaluent le coût moyen de la dépendance (qui dure en moyenne 4 ans) à 20 000 euros,

soit précisément la valeur du gage patrimonial envisagé pour pouvoir disposer de l'APA à taux plein : en moyenne, les personnes qui feraient ce choix financeraient donc elles-mêmes leur dépendance à titre posthume. L'objectif réel de cette proposition est donc dissuasif, et vise à favoriser la demande de l'APA à 50 %. Et pour un même revenu, un locataire serait favorisé par rapport à un propriétaire modeste.

L'UNA estime au contraire qu'il existe des marges de manœuvre pour financer cet effort, comme le souligne le rapport de Valérie Rosso-Debord. Entre 1 et 2 milliards pourraient provenir immédiatement de l'harmonisation de la CSG entre actifs et non actifs, ce qu'acceptent la plupart des associations de retraités et la CFDT. La CNSA indique que la CSA pourrait être appliquée à d'autres revenus que ceux de son assiette actuelle, ce qui rapporterait 800 000 euros par an : il est donc de dégager les ressources permettant de résoudre les problèmes immédiats.

Il est intolérable, sur ce point, que la représentation nationale renvoie au sort de l'Irlande et du Portugal, alors que la Cour des comptes a pointé que la défiscalisation des heures supplémentaires a coûté 4 milliards d'euros par an, l'OFCE ayant montré que cette mesure a détruit 80 000 emplois par an.

L'UNA est proche de la position de l'ORCIP et du CTIP, étant favorable à la complémentarité entre un socle massif de protection sociale et les assurances privées, afin de construire l'universalité de la couverture Dépendance grâce à des contrats collectifs dépourvus de sélection

médicale et garantissant la portabilité. Le modèle à imiter est celui de la couverture Santé, où 75 % des dépenses sont couvertes par le régime obligatoire, 20 % étant remboursées par les complémentaires et 5 % par les personnes. Les assurances individuelles existent déjà, et ne peuvent aucunement se substituer à la création d'un régime général d'assurance collective de la dépendance : la Cour des comptes a montré dès 2005 la faisabilité du financement de ce risque dans les conditions économiques actuelles de la France. Il s'agit à présent d'en prendre la décision politique.

Débat avec la salle.

Jean-Luc DRAPEAU, Vice-président du Conseil Général des Deux-Sèvres, partage la conclusion de l'UNA et se félicite du bon sens dont a fait preuve Geneviève Laroque. Considérer la dépendance comme un 5^e risque est un piège, car cela reviendrait à créer une nouvelle catégorie de citoyens alors que la dépendance recoupe des situations très variées n'ayant pas de lien direct avec l'âge. Ce « saucissonnage » croissant de la société ne peut aller de pair avec la solidarité intergénérationnelle évoquée par Valérie Rosso-Debord. Il est indispensable qu'une mise en œuvre de proximité aille de pair avec la solidarité nationale. Les politiques actuelles visent-elle à gérer collectivement la dépendance ou à habituer la société à une gestion privative de tous les risques ?

David BENSADON demande si une incitation ou une obligation à souscrire une assurance (à laquelle serait adjointe, dans l'immédiat, une nouvelle journée de solidarité obligatoire) suffirait à financer les besoins.

Yves DAUDIGNY évalue le besoin de financement immédiat à quelque 2 milliards d'euros supplémentaires « pour que les Départements retrouvent de l'oxygène ». Cela n'est pas insurmontable. Au vu des résultats de la première journée de solidarité, il n'est en rien évident qu'une nouvelle journée de ce type soit opportune, ce d'autant plus que ce dispositif ne pèse que sur les salariés, ce qui est profondément injuste. Actuellement, les rôles et les objectifs des différents acteurs intervenant dans le risque Maladie sont très distincts et assez complémentaires malgré les différences profondes entre la CPAM, les mutuelles et les assurances privées. Si les assurances peuvent jouer un rôle complémentaire, il faut s'opposer à ce que l'assurance du risque Dépendance repose sur l'assurance individuelle, ce qui serait la négation de tout principe de Sécurité sociale.

La comparaison avec l'assurance automobile est instructive, car les plus mauvais conducteurs encourent des refus de couverture de la part des assureurs. En outre, les assurances au tiers remboursent les dommages, quelle qu'en soit l'étendue. Mais les contrats d'assurance dépendance proposent des rentes dont le montant fixé à l'avance est indépendant du niveau réel de la perte d'autonomie, donc des moyens à mettre en œuvre pour la

compenser. Il n'est donc en rien certain que la perte d'autonomie soit un bon produit à assurer. La perte d'autonomie doit ouvrir à la jouissance d'un droit et non conduire à une obligation d'assurance.

Table ronde n°2 :
quel impact du 5^e risque sur le secteur de la prise en charge de la perte d'autonomie ?

Échanges animés par Arnaud DUGLUE,
ADAMA Conseil

Arnaud DUGLUE indique que cette table-ronde se penchera sur les pratiques concrètes, au lieu de se focaliser sur les financements. Une tribune de Jacques Attali, publiée dans l'Express, relevait récemment que seuls 5 % des hommes et 16 % des femmes seront en situation de dépendance pendant plus de 5 ans. Les coûts, qui atteignent aujourd'hui 1 % du PIB, augmenteront de 4 % par an, dont 1,3 % seront financés par les recettes normales de la Sécurité sociale, 2,7 % par les ménages, 1,1 % étant financés par les retraites. Le reste à financer ne représente donc que 1,6 % par an. Existe-t-il un véritable risque financier collectif ou seulement individuel ? Existe-t-il des rapprochements et des rationalisations à développer dans le secteur sanitaire et social ?

David CAUSSE, Coordonnateur du pôle Santé-Social à la FEHAP, juge important de rappeler les grandeurs macroéconomiques en jeu alors que le Sénat vient de jouer un rôle important pendant la réforme des retraites, qui portait sur des budgets de 250 milliards d'euros, et le budget annuel de la Sécurité sociale représentant quant à

lui 180 milliards. Or, selon le ministère, l'ordre de grandeur des moyens nécessaires pour solvabiliser les personnes oscille entre 1,8 milliard à court terme et 8 milliards à dégager pour atteindre un niveau 30 milliards annuels à terme.

Au-delà de ces enjeux macroéconomiques, la réforme ne doit pas perdre de vue les enjeux financiers individuels. L'organisation collective actuelle ne permet pas de faire face aux contraintes financières lourdes que représentent les frais d'hébergement (entre 1700 et 2200 euros par mois) dans les établissements spécialisés, qui devraient concerner environ 15 % des personnes âgées qui se retrouveront en GIR1 et 2. Les possibilités et les modalités de maintien à domicile doivent donc faire l'objet d'une forte attention. Car le fait que les classes d'âges concernées soient nées avant-guerre présente des risques d'auto maltraitance, ces personnes ayant souvent connu des modes de vies assez simples et ayant du mal à demander les aides. Cet enjeu éthique ne doit pas être négligé et sera plus difficile à aborder que la nécessaire inventivité fiscale.

À ce sujet, le Sénat a récemment débattu de remises en cause de dispositions de la loi TEPA, à la fois sur le bouclier fiscal et sur les droits de succession : il serait inimaginable que des foyers modestes soient appelés à contribuer par le biais de gages alors que le débat évite d'aborder la question d'une hausse générale des droits de succession.

Marc BOURQUIN, Directeur du pôle médico-social de l'Agence Régionale de Santé (ARS) d'Île-de-France, note que Jacques Attali semble, comme à son habitude, capable de lire dans « une boule de cristal », connaissant exactement le coût de la dépendance en 2032. Ceci étant, les sommes en jeu (7 milliards environ) sont collectivement supportables.

Si différentes options sont possibles, certaines modalités sont dangereuses si elles débouchent sur la non-demande de l'aide. C'est le cas du gage sur succession : il ne fait aucun doute que l'État réaliserait des économies massives en dissuadant les personnes de demander l'APA à taux plein, ce qui conduira à des situations d'auto-exclusion. Du reste, lorsqu'un amendement a été proposé en ce sens il y a quelques années, plusieurs Départements ont reçu de très nombreuses demandes de cessation de versement de l'APA. La pérennisation de la ressource suppose une juste répartition de l'effort entre l'État, les Départements et les usagers. Le recours à des assurances non obligatoires ne résoudrait rien (sauf pour les personnes qui n'en ont pas besoin) et un recours à une pure logique de capitalisation ne couvrirait que les personnes dont le risque se réaliserait d'ici 25 ans au moins. Une assurance obligatoire peut, en revanche, être envisagée.

Environ 7,5 % des Franciliens ont plus de 75 ans et cette classe d'âge représente 23 % des hospitalisations. Si des désincitations étaient apportées au GIR4 ou à l'APA, une part importante des personnes qui auraient pu en être bénéficiaires se retrouverait aux urgences des hôpitaux.

Les conséquences des options qui seront retenues, y compris sur les dépenses hospitalières, doivent donc être pesées – ceci alors que le traitement de la dépendance est un secteur créateur de nombreux emplois bien répartis sur le territoire.



Le débat doit envisager le versement d'une APA identique quelles que soient les conditions d'hébergement.

Marc Bourquin

Le dispositif actuel, de fait, comporte deux APA : la première plafonne à 1200 euros en GIR1 en cas de maintien à domicile, alors que la seconde, pour un même GIR, représente environ la moitié de son montant en GIR1 et 2. Ce fait doit être bien compris : car en conséquence, le reste à charge représente en moyenne 150 % de la retraite pour les personnes en maison de retraite franciliennes. Le débat doit envisager le versement d'une APA identique quelles que soient les conditions d'hébergement.

Enfin, dans le cadre des programmes régionaux de santé, il est crucial d'organiser et de rationaliser les parcours de soins et d'accompagnement médico-social des personnes âgées – ce qui aurait suffi à justifier la création des ARS. Les enjeux portent à la fois sur les aspects financiers et la qualité de service. Les travaux du Haut Conseil de l'Assurance Maladie ont bien montré que les césures dans l'organisation représentent à la fois des surcoûts et des dysfonctionnements dans la vie des personnes âgées.

Arnaud DUGLUE demande quel peut être l'apport des TIC dans la prise en charge de la dépendance. Comment améliorer les conditions actuelles d'exercice des métiers ?

Norbert PAQUEL, Délégué général d'Edisanté, rappelle que l'IGAS a analysé dès le début des années 1970 les renvois catastrophiques de patients alors dits « déments séniles » entre hôpitaux et maisons spécialisées, et indique, contrairement aux propos de certaines personnes qui affirment que les TIC peuvent réduire les dépenses de dépendance de 30 %, que la technique ne pourra pas apporter aucune solution si le financement du système n'est pas assuré. Les TIC peuvent néanmoins proposer des outils utiles pour améliorer la circulation de l'information.



L'expérience technique de l'Assurance maladie peut apporter beaucoup à la gestion du système de la dépendance (...)

Norbert Paquel

Edisanté regroupe la Sécurité sociale ainsi que des acteurs tels que les Caisses complémentaires de retraites, et rappelle que l'état de santé demeure, en France, d'un très bon niveau, alors que l'organisation du système de santé français suscite l'admiration des Américains, qui n'arrivent toujours pas à faire fonctionner leurs hôpitaux. Il ne faut toutefois pas perdre de vue que le développement

des systèmes informatiques tels que le système Vitale a nécessité du temps pour des raisons non uniquement techniques puisqu'il a été lancé par Simone Veil dans les années 1970.

Le système Vitale permet de faire fonctionner un système de santé effectivement hybride et complexe, mais très efficace. Car malgré leurs divergences, les différents financeurs du système, État inclus, se sont mis d'accord sur un mode de financement des frais de fonctionnement du système de Santé. L'expérience technique de l'Assurance maladie peut apporter beaucoup à la gestion du système de la dépendance, où les financeurs, les lieux et les modes d'intervention sont encore plus nombreux. Par ailleurs, même s'il existe des débats sur la frontière entre les domaines de la santé et du médico-social, la loi HPST a très heureusement confié un pilotage commun aux ARS, ce qui était indispensable.

En dehors de la gestion, les TIC commencent à apporter des possibilités nouvelles à travers la télé-médecine : il devient ainsi possible d'intervenir à distance en neurochirurgie sur des patients qui ne peuvent être transportés, ce qui permet de gagner du temps et de ne réserver les transports qu'aux cas qui le justifient. A Paris, une application permet de transmettre les images de fonds d'œil à des diabétologues qui peuvent effectuer leurs diagnostics à distance.

Alors que les dépenses vont continuer à croître, ces techniques permettent d'optimiser les ressources et de mieux traiter un certain nombre de patients tout en évitant

des dysfonctionnements provenant de transports inutiles ou de mauvaises transmissions d'informations. Dans le cas d'un malade maintenu à domicile et déjà suivi, les TIC vont permettre d'optimiser le suivi et la prévention (diabète, insuffisance respiratoire, etc.) et d'éviter des visites inutiles des médecins et infirmiers en effectuant une partie des examens à distance.

Ces systèmes peuvent permettre d'éviter des complications liées à l'interface entre métiers de santé et médico-sociaux. Améliorer les échanges entre hôpital et médecine de ville permettra de transférer les patients hospitalisés à domicile ou dans les EHPAD en transférant les informations nécessaires aux médecins et au système médico-social, en s'assurant que des places sont disponibles : mettre en place l'ARS en tant qu'acteur unique chargé de faire fonctionner le système d'information permettra de mieux utiliser les dépenses et de réduire le nombre d'erreurs, car il faut aujourd'hui passer de nombreux appels téléphoniques pour le moindre transfert. Mais il faut, d'abord, un accord politique sur les rôles économiques et organisationnels des parties prenantes.

Arnaud DUGLUE observe qu'à ce jour, la gestion de la dépendance ne donne lieu à presque aucun échange électronique. Pourtant, un grand réseau tel que celui l'ADMR a doté sa structure d'importants outils de gestion et de traçabilité.

Marie-Josée DAGUIN, Vice-présidente de l'Union nationale ADMR, rapporte que l'ADMR a décidé, afin de limiter les coûts de revient de ses services, de mettre en place des outils de télégestion – à tel point que l'ADMR est aujourd'hui le premier acteur de télégestion en Europe, ayant mis en circulation 45 000 boîtiers de télégestion, alors que la télégestion mobile (NFC) commence à se développer. Elle participe aux groupes de travail dédiés aux systèmes d'information auprès de la CNSA et l'ANSP. Des applications Internet telles que Filien, logiciel de relation Clients, permettent de gérer les plannings en lien avec les gestions mobiles, en rendant les intervenants joignables depuis l'association.



Le Parlement devrait consulter les acteurs de terrain afin de mesurer l'impact des différentes mesures (...). Les associations travaillent au quotidien avec les familles.

Marie-Josée Daguin

L'ADMR travaille sur la dématérialisation des factures et des CESU, tout comme à la mise en place d'un infocentre, et met en place une base de données sécurisée commune à toutes ses associations, ainsi qu'un logiciel de gestion commun à l'ensemble de ses fédérations. Un système de GPEC et de gestion électronique des documents se met aussi en place. Les professionnels intervenant à domicile sont donc très actifs. Les quatre fédérations associatives de la profession regroupent 250 000 emplois (dont 105 000

pour l'ADMR). La plupart de ces personnes utilisent des boîtiers de télégestion.

Comme l'a souligné Marc Bourquin, il est très difficile de prévoir l'évolution exacte du nombre de ces emplois en raison des futurs progrès médicaux. Il faut, en revanche, conserver le GIR4 pour que la prévention « ne soit pas jetée avec l'eau du bain ». Par ailleurs, le recours à des assurances obligatoires et/ou au gage sur succession favoriserait les personnes aux ressources les plus élevées. En tout état de cause, les régimes d'assurance obligatoires ne seraient pas efficaces avant 20 ans au mieux, et les Conseils généraux devraient, dans l'intervalle, continuer à gérer la pénurie qu'implique la non-application actuelle de la loi sur l'APA.

La réglementation est déjà trop foisonnante et devrait être simplifiée par le Parlement, qui devrait prendre la peine de consulter les acteurs de terrain afin de mesurer l'impact des différentes mesures sur les personnes auxquelles les services sont rendus. Les associations travaillent en effet quotidiennement avec des familles qui ne disposent pas des ressources suffisantes pour faire face aux besoins de leurs proches.

Arnaud DUGLUE relève qu'une infime minorité des Conseils généraux a mis en place un système de télégestion et que, même dans ces cas, une part non négligeable des actes de compensation de l'autonomie ne

sont pas télégrés, ce qui implique une faible lisibilité de l'usage de l'argent investi. Le décalage entre les discours et la réalité est énorme.

En outre, les exonérations ont été supprimées par la dernière loi de Finances, alors que les budgets départementaux sont négociés annuellement, avant les discussions budgétaires. Faut-il multiplier les métiers de l'aide à la dépendance ? Le personnel est-il correctement qualifié ? Comment rationaliser le maquis actuel des tarifications et des réglementations ?

Dominique LERY, Présidente d'ADHAP Services et Présidente de la commission Maintien à domicile de la FESP, précise que la FESP est la seule fédération qui regroupe tous les modes d'intervention, puisqu'elle regroupe le Syndicat des entreprises de services à la personne et le Syndicat des particuliers employeurs, tous deux représentatifs dans leur branche. La réglementation est en effet complexe, mais la première mesure à prendre serait d'égaliser l'APA et la PCH afin que les prises en charge soient identiques quel que soit le lieu et la structure intervenant auprès du bénéficiaire.

Il est aussi indispensable de revoir la définition de la dépendance et la grille AGGIR afin que les critères pris en compte soient identiques quelle que soit la personne effectuant l'évaluation. Cette part de subjectivité, qui ne peut être éliminée, doit être réduite le plus possible. Par ailleurs, éliminer la prévention de l'APA (en supprimant le GIR4) déboucherait sur l'augmentation de nombre de

personnes en GIR1 et GIR2. Cette prévention ne se réduit pas à l'aide ménagère – comme dans le cas des GIR5 et GIR6 soutenus par la Caisse Régionale d'Assurance Maladie – mais doit intégrer d'autres aspects. Il ne faut pas oublier, enfin, que la part de la masse salariale représente 85 % à 90 % des coûts. Cela relativise la part des améliorations que peuvent apporter les systèmes d'information – ceci d'autant plus que par définition, les services apportés à domicile ne peuvent bénéficier qu'à un seul client à la fois.

Didier DUPLAN, Directeur général adjoint, Fédération ADESSA A DOMICILE, insiste sur la nécessité de ne pas perdre de vue les personnes bénéficiaires, qu'elles vivent à domicile, dans des établissements ou dans des lieux tiers. Il ne s'agit surtout pas « d'agiter des épouvantails » financiers pour pouvoir passer à autre chose et oublier le sort des personnes âgées ou handicapées. Si les nouvelles techniques peuvent effectivement apporter des améliorations marginales, l'essentiel des coûts est lié au travail des aidants à domicile, qui forment un « patchwork extraordinaire ». S'il faudra bien, à terme, trouver de nouvelles sources de financement, il ne faut pas restreindre le débat sur ce point. Celui-ci est traité, entre autres, au travers de la réforme de la tarification discutée en grande partie par l'ADF avec les acteurs de l'aide à domicile, qui donne lieu à une discussion ouverte depuis le 22 décembre 2009.

Après l'alerte lancée par les associations et les entreprises du secteur comme par les usagers et les organisations syndicales, il a fallu attendre la publication, en janvier 2011, d'un rapport de l'IGAS... daté d'octobre 2010.

Ce rapport rappelle que les marges de manœuvre sur les coûts sont infinitésimales, et préconise de réaliser des économies en diminuant les temps de déplacement, en refusant les interventions durant moins d'une heure ou d'une demi-heure. Ceci est totalement incohérent avec la mise en œuvre d'un plan d'aide rédigé par les Conseils généraux en fonction des moyens dont ils disposent. Le rapport préconise aussi de faire en sorte de réduire le nombre d'heures perdues pour cause de décès ou d'hospitalisation : en quoi un opérateur peut-il en être tenu responsable ? Il suggère aussi d'adopter des contrats temps très partiels en fonction de la proximité géographique des intervenants – jusqu'à des durées d'un quart d'heure. L'IGAS préconise enfin d'encourager le turnover dans ses propres structures pour éviter la hausse des coûts.



Il est impératif de définir les services à rendre aux personnes et de mettre en œuvre l'égal accès aux soins sans discrimination par l'âge

Didier Duplan

Ces propositions sont choquantes, car tous les acteurs se battent depuis des années pour professionnaliser leurs

interventions, non en multipliant les cycles de formation, mais en développant un métier et des spécialités telles que l'intervention auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, d'autisme, etc. La compensation de la perte d'autonomie, comme la santé, ne peut être confiée à des non-professionnels. Il est impensable d'aller lever un bénéficiaire à 11 heures pour rationaliser les coûts. Alors que les budgets en cause sont finançables, il est impératif de définir les services à rendre aux personnes et de mettre en œuvre l'accès égal aux soins sans discrimination par l'âge. Et il faut faire converger les systèmes d'évaluation par le Conseil général, la CARSAT, les assurances, car chacun a développé son propre système. Les équipes médico-sociales ne suivent pas les mêmes cycles de formation à l'utilisation du GEVA, dont la CNSA prépare la transcription à destination des personnes âgées.

Il faut profiter du temps qui s'offre avant que le nombre de bénéficiaires n'augmente pour organiser les métiers de la dépendance. Même Valérie Rosso Debord reconnaît que « rien ne presse » – mais renoncer au GIR4 n'est pas souhaitable. Il faut de définir une prestation de compensation universelle et personnalisée prenant en compte les besoins, les capacités et les conditions de vie de la personne et abandonner les pratiques standard actuelles qui ne satisfont personne, pesant sur les finances des Conseils généraux comme sur les foyers, qui font face des restes à charge insupportables.

Les exonérations prévues par l'alinéa 3bis de l'art. 241-10 bis du Code de l'action sociale et des familles, visant les

personnes fragiles, ont été supprimées à l'insistance du gouvernement contre le Parlement, bien que tous les professionnels aient tous signalé aux élus les dangers que cette suppression faisait courir aux personnes. Elle augmente de 2 à 3 % les coûts salariés d'un personnel de catégorie C (auxiliaire de vie intervenant auprès de personnes en GIR1, 2 et 3), alors que la marge d'exploitation n'est que de 5 %, et impacte les conditions d'administration d'encadrement des structures, qui ont augmenté de 13 % en raison de la fin de l'exonération. En moyenne, celle-ci a débouché sur la hausse de 6 à 8 % du coût horaire du service à domicile depuis le 1^{er} janvier 2011.

Débat avec la salle

Brigitte JAMMOT, Attachée de direction à la Mutuelle Sociale Agricole (MSA) du Limousin, juge que l'intégration du GIR4 à la compensation de la dépendance a représenté une avancée, puisqu'elle pesait jusqu'ici sur les caisses de retraite. Néanmoins, la MSA reste fortement impliquée en faveur de la prévention, puisqu'elle crée, partout, des associations régionales de prévention santé sur l'ensemble du territoire. Elle agit, en développant des ateliers en milieu rural, dès le GIR6 et l'âge de 50 ans, en reprenant les messages des programmes nationaux. C'est un enjeu majeur de santé publique.

Didier DUPLAN juge la prévention essentielle, car les chutes à domicile, par exemple, causent 9000 décès par an. Elle devient de plus en plus technique avec la hausse du degré de dépendance, et touche des aspects éducatifs, nutritionnels, ainsi que les conditions de vie concrètes du logement. Le recul de l'âge de l'entrée dans la dépendance profite au bien-être de la personne, de son environnement et de la famille, ainsi qu'à la collectivité. Mais les situations évoluent. S'il est malheureusement évident qu'une personne atteinte de la maladie l'Alzheimer a toutes les chances d'être classée en GIR4, car « elle donne le change », sa prise en charge a toutes les chances d'être aussi lourde que celle d'une personne en GIR2. Or, il faut rappeler que seuls 25 % des décès sont dus à la maladie : 75 % sont liés à l'environnement.

Marc BOURQUIN met en garde contre les généralisations excessives. Faut-il continuer à faire intervenir plusieurs acteurs en matière de prévention de la dépendance ? À ce jour, les caisses sont chargées de la prévention et les Conseils généraux de la prestation : ce sont donc eux « qui payent » lorsque la prévention échoue. Il faut poser, dans le débat qui s'ouvre, toutes les questions. On ne peut pas séparer la réflexion sur la prise en charge de la réflexion sur le financement. Les acteurs institutionnels chargés de la prévention doivent y avoir intérêt.

Ivan OLIVRY, Directeur médico-social d'Icade, rapporte que l'hôpital connaît une « embolie » de lits de médecine

générale due aux personnes âgées, alors que la carence de fluidité des filières est l'une des causes des déficits hospitaliers. Comment la réforme des ARS contribuera-t-elle à cette fluidité ?

Marc BOURQUIN ne pense pas que ce phénomène soit la cause du déficit des hôpitaux. En revanche, l'absence de fluidité occasionne surcoûts et dysfonctionnements. Seule une partie de la réponse est quantitative : une étude a montré il y a quelques années que 17 % à 60 % des lits de médecine étaient occupés de façon inadéquate en Rhône-Alpes. Il en va de même pour les soins de suite : certaines victimes d'AVC attendent de 2 à 5 ans une place en maison d'accueil spécialisé (MAS) ou en foyer d'accueil spécialisé. Il faudrait donc opérer des transferts entre enveloppes budgétaires. Il faut aussi que les structures médico-sociales puissent assurer ces prises en charge. Mais celles-ci ne doivent pas être uniquement organisées autour de l'hospitalisation.

Pour que ces structures d'accueil puissent prendre en charge des personnes en suivi, elles doivent pouvoir être réassurées par l'hôpital en cas de crise : il faut donc que l'adaptation soit mutuelle. Ainsi, il faut donner aux maisons de santé les moyens de lutter contre les iatrogénies médicamenteuses et d'organiser les transports, afin d'éviter des surcoûts très pénalisants pour les EHPAD, pour les hôpitaux et pour les personnes âgées, et mettre en œuvre la continuité de la présence infirmière et de la veille médicale. C'est en agissant sur ces points que

la fluidité de la filière gérontologique s'améliorera. Il faudra aussi revaloriser les tarifs des services infirmiers à domicile, pour tenir compte du travail nécessaire en soins de suite.

David CAUSSE juge que ces remarques s'appliquent aussi à la filière hospitalière du secteur hospitalier privé non lucratif et à la FEHAP. Il faut agir pour rationaliser et professionnaliser la prévention, qui doit être contrôlée par les acteurs ayant intérêt à agir, tout en distinguant les acteurs à financer et les prestataires. Le reste à charge à assumer par les proches pour un sujet âgé devant recevoir des soins de suite et de réadaptation représente 18 euros par jour, soit environ 500 euros pour un séjour d'un mois. Si l'hébergement en EHPAD est nécessaire, la facture passe à plus de 2000 euros par mois. Dans ces conditions, il n'est pas simple aux cliniciens de « vendre » cette solution. C'est pourquoi il faut travailler sur ces articulations.



Le talent des professionnels, dans les métiers sanitaires et sociaux, s'expriment par la simplicité.

David Causse

L'apport de la technologie peut-être très important en termes de maîtrise des coûts de transports sanitaires, poste de dépense qui connaît la plus forte croissance au cours des dernières années. Ainsi, les transporteurs signalent que

plus de la moitié des trajets de retour sont effectuées à vide : les systèmes d'information utilisés par les compagnies de taxi pourraient fournir d'intéressants modèles. Enfin, le talent professionnel, dans les métiers sanitaires et sociaux, s'exprime par la simplicité. C'est pourquoi la simplification des démarches pour les proches doit être un des objectifs du débat qui s'ouvre. Si les débats sur la grille AGIR sont légitimes, n'oublions pas que plus de 600 000 professionnels ont réussi à se l'approprier et que près d'un million de bénéficiaires ont été évalué sur sa base. Il faut faire cesser la fuite en avant méthodologique.

Une intervenante de la salle précise que le travail de l'Assemblée des Départements de France, cité par Didier DUPLAN, porte sur l'autorisation et non sur l'agrément qualité, qui recoupe un large champ d'intervention auprès des personnes âgées et handicapées. Le tarif de prise en charge doit être au moins équivalent aux coûts de revient de la structure, ce qui n'est pas le cas, et qui induit des restes à charge très élevés. Ainsi, le rapport de l'IGAS indique que le tarif moyen est dans les structures agréées qualité est de 17,54 euros/heure, alors que celui des structures autorisées est de 19,30 euros. En outre, les Conseils généraux refusent d'intégrer les temps de déplacement dans les plans d'aide, au risque de défavoriser les zones rurales. Par conséquent, ces temps de travail ne peuvent être assumés que par les salariés (ce qui est illégal), par les structures ou par les bénéficiaires.

Rationaliser les temps de déplacement grâce à des outils informatiques est indispensable, mais il est impératif de régler ce problème.

Yves HERICOURT, Directeur général de l'association Les Bruyères (qui gère un millier de lits dans des maisons de retraite), craint que l'on oublie l'objectif réel du débat et souhaite que l'on évite de verser dans le corporatisme, ce que certains politiques espèrent. Le premier problème est l'équilibre financier des Conseils généraux : certains commencent, du reste, à refuser de voter leurs budgets au motif que l'État n'a pas respecté ses engagements, et ce, à quelques mois d'une élection présidentielle – ce qui ne doit pas être perdu de vue.

Pour autant, l'évolution démographique implique des contraintes et l'équilibre financier des prestataires du maintien à domicile doit être rétabli. Mais il ne faut pas tout mettre dans le même panier, au risque d'être marginalisés par les animateurs du débat, et bien garder à l'esprit que les structures chargées de la compensation de l'autonomie sont délégataires d'une mission d'intérêt général. Elles ne peuvent intervenir que dans la limite des moyens qui leur sont allouées, et ne pourront pas travailler si les prix passent en dessous d'un minimum intangible. Dans le cas contraire, ils seront contraints de travailler aux prix du marché en ce qui concerne, notamment, le financement de l'hébergement.

Jean-Noël LESELLIER remarque que lorsque lui a été confiée une partie de la préparation de la loi sur l'APA, le principe de liberté de choix des citoyens a été fortement affirmé. Ce principe doit à nouveau l'être. Il en va de même quant à l'égalité de traitement entre CCAS, associations et entreprises. Le cas des particuliers employeurs est différent, puisque l'émergence d'une profession organisée suppose son externalisation : ils ne doivent donc pas avoir accès au traitement des personnes dépendantes. Il faut aussi insister sur l'importance du travail en binôme, que la France, comme d'autres pays du sud de l'Europe, ne développe absolument pas, alors que les gains de productivité et les possibilités d'apprentissage qu'il entraîne sont très importants.

Didier DUPLAN explique que les expériences de travail en binôme se sont un temps multipliées, mais les Conseils généraux n'assument qu'un salaire. Le taux de marge actuel ne permet pas de financer leur mise en place. Uniformation avait un temps mis en place des binômes dans le cadre de la formation diplômante, mais a dû modifier son dispositif. Actuellement, les structures qui mettaient en œuvre de véritables binômes – il ne s'agit pas de faire appel à des stagiaires, mais à des salariés qualifiés – reculent.

Marc BOURQUIN estime que l'on ne peut pas parler d'égalité de traitement lorsque pour un même GIR, le montant de l'APA varie du simple au double selon les

établissements et les lieux de résidence. Il faut adopter une mesure simple : le versement d'une même APA pour un même GIR, que la personne soit à domicile ou hébergée. Cela va dans le sens de la simplification évoquée par David Causse.

Table ronde n°3 : prévention de la perte d'autonomie et bien vieillir

Échanges animés par Pierre-Marie CHAPON,
Secrétaire général de l'APIL

Pierre-Marie CHAPON, Secrétaire général de l'APIL, note que les débats ont déjà abordé la prévention, très importante pour la vie des personnes, mais dont les incidences financières ne sont pas négligeables. Même si le débat est toujours ouvert sur le terme de « cinquième risque », tout risque peut faire l'objet de plans de prévention afin de limiter l'aléa ou la vulnérabilité, en parallèle de l'accompagnement et grâce à des équipements adaptés à l'intérieur et à l'extérieur des logements ; car 450 000 chutes surviennent chaque année, et provoquent 10 000 décès chez les personnes âgées de plus de 65 ans (soit 90 % des accidents de la vie courante chez cette tranche d'âge). Quelles sont les priorités d'action ?

Le Pr Alain FRANCO, Professeur de gériatrie, Président du Centre national de référence santé à domicile et autonomie (CNRSDA) est très gêné par les débats de cette rencontre, car s'il connaît les pathologies et les problèmes fonctionnels, il ignore le contenu d'une notion de dépendance, qui tend à définir uniquement un nouveau cadre économique.

En revanche, il est certain que l'évolution démographique a totalement modifié l'approche de la santé : alors qu'Hippocrate a défini une éthique dans laquelle le corps médical actuel a été formé et selon laquelle il fallait traiter les maladies, les sujets âgés s'adressent souvent à leur gériatre en déclarant : « je vais prendre les médicaments que vous m'avez donnés parce que je vous aime bien, donc je vous fais confiance, même si je sais que je ne vais pas guérir. Je veux juste pouvoir aller jouer aux boules samedi, accueillir mes enfants quelques jours, etc. »



Le paradigme de la santé se déplace de la médecine de lutte contre la pathologie vers le soutien au fonctionnement

Pr Alain Franco

Cette nouveauté déplace le paradigme de la médecine de la lutte contre la pathologie vers le soutien au fonctionnement, domaine dans lequel la gériatrie est la plus avancée, puisqu'il faut agir contre la démence, l'incontinence, la confusion mentale, les troubles de l'équilibre... le métier consiste à restaurer la fonction à un niveau correct, par une action de compensation – terme bien connu des praticiens. Il faut pour cela des moyens médicaux et non médicaux afin d'éviter la décompensation.

Dans ce contexte, la dépendance apparaît comme un cadre économique, aspect largement abordé ce matin alors que les situations des personnes ne l'ont pas été. Certaines

personnes vieillissantes souffrent de handicaps et difficultés d'inclusion sociale, et les pertes fonctionnelles ont des conséquences physiques, mentales et sociales très souvent en raison des situations économiques. Le « décrochage d'un vieux » provient souvent du fait que ses ressources sont insuffisantes pour accéder à une alimentation normale, ce qui implique des placements hospitaliers sans motif médical direct.

La dépendance ne peut donc être comprise comme un phénomène médical, et il ne faut pas s'en remettre sans plus de précaution à la prévention – concept vague et qui a « bon dos ». L'OMS distingue ainsi la prévention primaire, qui agit pour éviter que les personnes ne tombent malades, la prévention secondaire consistant, une fois qu'une pathologie est apparue, à éviter des rechutes (en cas d'infarctus, par exemple) ; enfin, un sujet frappé d'un infarctus, d'une attaque cérébrale et d'une hémiplégie est encore concerné par la prévention tertiaire, qui vise à éviter l'aggravation de son état.

Situé à Nice, le CNRSDA émane du ministère de l'Industrie et vise à rassembler les acteurs de terrain : industriels, financiers, professionnels, politiques, etc. Il est en train de se mettre en place afin que les TIC puissent être utiles aux personnes souhaitant rester à domicile. Mais en tout état de cause, il est indispensable de disposer de définitions claires. Le dernier numéro de La Recherche a publié un article remarquable, suggérant une évolution de la définition du vieillissement. L'OMS situe ainsi la limite de la vieillesse à 65 ans, alors que la France a décidé de la

placer à 60 ans, et bâtit actuellement des plans économiques « monstrueux » sur cette base. L'auteur de l'article soulignait qu'il serait préférable de prendre en compte l'espérance de vie résiduelle, car elle est, en pratique, le critère déterminant.

Alors que la vieillesse n'est pas définie, la définition de la dépendance demeure « un mystère » : c'est pourquoi il est donc très mal aisé d'établir des « plans sur la comète » et de bâtir des plans économiques majeurs en l'absence de cette définition.

Pierre-Marie CHAPON observe que les caractéristiques de l'habitat sont l'un des points clés pour le confort des personnes. Or, il semble que le parc actuel ne comporte pas assez de logements adaptés aux personnes âgées.

Ivan OLIVRY, Directeur médico-social d'ICADE, souhaiterait avant tout parler de ceux qui n'ont pas d'argent. Les personnes suffisamment riches peuvent développer des stratégies d'adaptation – y compris en impliquant le voisinage. On ne peut partir du constat selon lequel 70 % des personnes âgées sont propriétaires pour considérer qu'elles disposent du patrimoine nécessaire pour financer l'APA : car il faudrait connaître la qualité réelle de ce patrimoine, et ne pas oublier que 30 % des personnes âgées sont locataires.

Lorsque le parcours de vie Seniors a été constitué, deux grands piliers ont été identifiés parmi les mesures d'accompagnement des personnes âgées. Les questions

d'équipement ont été bien traitées grâce à un bon travail commun entre le personnel de santé et les autres métiers ; en revanche, le pilier Habitat n'a pas donné lieu à une véritable réflexion et doit être construit, car il faut prendre en compte l'évolution actuelle des modèles familiaux. L'ouverture de l'habitat social aux personnes âgées est, notamment, totalement délaissée : c'est pourquoi ont été imaginés des logements adaptés aux seniors, afin d'optimiser la prévention des accidents et la prise en charge de la personne par les aidants facilitant le maintien à domicile.

Les anciens foyers-logements sont en train de disparaître. Beaucoup seront transformés en EHPAD, mais ils représentent encore 140 000 logements totalement obsolètes en termes d'ergonomie, de gestion et de développement durable, et doivent être réhabilités. Il n'existe pas non plus d'habitat individuel social adapté, malgré le fait que les opérations de l'Agence Nationale pour la Rénovation Urbaine déplacent, de fait, de nombreuses personnes âgées. C'est pourquoi des cellules types adaptées aux seniors et aux handicapés ont été proposées en accession à la propriété comme en foyers-logements.

Il est indispensable d'adopter un regard social sur les personnes âgées, dont un grand nombre ne dispose pas des moyens nécessaires pour atteindre la solvabilité : l'assurance est donc inadaptée. Dans ce contexte, il est d'autant plus important de pouvoir proposer des logements dans lesquels les personnes peuvent être maintenues et

rester maîtres de leur destin. Sur ce point, un effort structurel reste à mener.

Pierre-Marie CHAPON demande quelles ont été les solutions adoptées dans un département rural tel que la Creuse.



Le Conseil général de la Creuse a généralisé le pack domotique à domicile (...) et vise à diminuer de 20% à 30% les chutes actuelles.

Eric Morival

Éric MORIVAL, Directeur général adjoint en charge de la solidarité au Conseil général de la Creuse, explique que la Creuse a, comme d'autres départements ruraux, développé des solutions multiples pour favoriser le maintien à domicile, qui est le souhait de la majorité de la population. Ces solutions techniques s'inscrivent dans un plan de développement qui intègre l'aide humaine. Un plan de modernisation de l'aide à domicile a ainsi été bâti avec la CNSA et l'État, en cohérence avec la réflexion menée sur l'organisation territoriale indispensable pour que les plans d'aide, une fois décidés et financés, puissent être mis en œuvre. Il s'agit de vérifier que les CLIC (qui concernent à la fois les personnes âgées et handicapées) s'assurent que tous les acteurs sont réunis et permettent l'évolution de la situation des personnes.

Depuis septembre 2010, des « packs domotiques à domicile » ont été généralisés. Ce nouveau dispositif constitue une offre globale incluant la téléassistance et des équipements tels que des indicateurs de température et des détecteurs de fumée, ainsi qu'un chemin lumineux conçu avec la société Legrand, et qui prévient les risques de chutes. En partenariat avec la Fondation de la Caisse d'Épargne pour la Solidarité dans le cadre d'une délégation de service public, cette offre entend favoriser le lien social en rendant possible l'appel vers une plateforme téléphonique en cas de situation difficile. La plateforme appelle les personnes pour rappeler des consignes simples, s'assurer que tous les intervenants ont visité la personne après un retour à domicile, etc.

Ce nouveau dispositif vise à éviter 20 % à 30 % des chutes actuelles. Sachant que le coût d'une hospitalisation en cas de fracture du col du fémur est de 8000 euros environ, cet objectif, en plus du gain de sécurité pour la personne, représenterait un gain de 400 000 euros au moins, tout en favorisant le maintien à domicile, qui devient souvent impossible après hospitalisation. La phase d'expérimentation a montré que le dispositif était bien accepté, que la téléassistance était efficace en situation de crise et que les plateformes conviviales représentaient une forme de lien social. Elle a confirmé la nécessité de formation des intervenants à domicile. Le dispositif technique s'intègre aux autres moyens déployés par le Schéma départemental en faveur des personnes en perte d'autonomie, que Conseil général a voté.

Michael CARRE, Médialis, explique que sa société accompagne des évaluations des dispositifs technologiques proposées par les collectivités (dont la Creuse). Les résultats sont parfois surprenants. La vidéo-assistance et la vidéophonie commencent à être au point, mais il faut toujours faire preuve de pragmatisme. Les collectivités proposent actuellement des solutions de téléassistance pouvant évoluer et être complétées, soit pour accompagner le suivi des personnes et de leurs pathologies, soit pour apporter de nouveaux services à toute la population couverte. Les outils domotiques les plus utilisés sont les chemins lumineux, les capteurs de fuites d'eau et de gaz. Ils sont bien acceptés si les artisans expliquent leur fonctionnement aux bénéficiaires et à la famille.

Des acteurs industriels apparaissent sur le marché, et proposent des outils de téléassistance 2.0. Médialis accompagne ainsi les caisses de retraite AGIRC et ARRCO pour utiliser de la façon la plus efficace et la plus automatique ces outils en cas d'urgence. Certains jeux de capteurs sont désormais vendus à 100 euros environ et peuvent assez aisément être installés afin de contribuer au lancement plus rapide des alertes. L'AGIRC et l'ARRCO prévoient de subventionner ce type d'outils assez prochainement.

Pierre-Marie CHAPON demande si l'on peut parler de « gérontechnologies », ou s'il est préférable d'adapter des outils universels aux différents publics.

Le Pr Alain FRANCO explique que les « gérontechnologies » regroupent les technologies en faveur de l'autonomie des personnes vieillissantes. Elles doivent cependant être utilisables par tous, et c'est pourquoi il est préférable de parler de technologies pour l'autonomie, car les bases techniques étant identiques pour tous. Les toilettes conçues selon les normes Handicap sur un bon exemple de ce « design for all » : cette norme est respectée et utilisée par tous lorsqu'un bâtiment public n'est équipé d'un unique WC. La majorité des personnes âgées est et sera en bonne santé et les technologies adaptées doivent donc l'être à tous. Il en va ainsi du chemin lumineux, que les jeunes n'hésiteront pas à utiliser pour aller aux toilettes de nuit.

Le Dr Charles PETITOT, Département Vieillesse et qualité de vie, Organisation Mondiale de la Santé (OMS), pense également qu'une « Ville amie des aînés » est aussi une ville pour tous. Comme cela a été rappelé ci-dessus, la conception de l'OMS est celle d'une prévention pure qui n'a pas à faire preuve de son efficacité au travers de critères restrictifs. L'OMS constate que les capacités fonctionnelles des sujets diminuent à partir de 20 ans, de façon accélérée à partir de 50 à 60 ans en cas d'évolution « normale ». Selon les choix et les accidents de la vie, la date à laquelle ces capacités fonctionnelles passeront en dessous du seuil d'autonomie variera : passé ce seuil, la personne deviendra alors dépendante d'une béquille, d'une aide à domicile, etc.

La prévention primaire favorisera les choix de vie les plus opportuns pour maîtriser « la pente » de la perte d'autonomie ; la prévention jouera sur le niveau du seuil et intéresse particulièrement le Département Vieillesse de l'OMS, qui a pour mission de favoriser les environnements abaissant le plus possible le seuil de dépendance, afin que les personnes soient en bonne santé, puissent participer à la vie sociale et se trouver en sécurité. Car les personnes retraitées doivent pouvoir continuer à être actives à tout niveau dans la société. Le maintien de cette activité évite, en elle-même, de nombreux coûts sociaux.

Ainsi, la voisine âgée de Charles PETITOT habite au rez-de-chaussée dans un des beaux quartiers de Lyon, où les trottoirs sont larges, bien équipés de bancs, et où il lui est facile d'aller faire ses courses à proximité, pour elle-même et pour deux autres personnes de son immeuble qui sont atteintes de troubles cognitifs. Or, il ne fait aucun doute qu'au moins l'une d'entre elles ne pourrait, sans cette aide, rester à son domicile, à moins de bénéficier d'une aide plus lourde, ce qui impliquerait des coûts collectifs très simples à calculer.

Cet exemple montre l'importance à accorder à l'environnement urbain afin que les personnes gardent le goût de vivre en participant à la vie sociale. Ce principe est illustré par l'action de la Ville de Lyon, qui participe au programme de l'OMS « Bien vieillir, vivre ensemble », décliné en France, et qui a mis en place un cycle

d'amélioration basé sur un audit des conditions de vie des personnes âgées selon les quartiers.

Pierre HEMON, Adjoint au Maire de Lyon, délégué aux personnes âgées, membre de la commission Seniors d'Europe Écologie – Les Verts, pointe qu'une prévention bien faite ne doit pas être source d'économie, mais doit permettre que l'argent soit mieux utilisé – en évitant un certain nombre de poses de prothèses de hanches, par exemple. Comme d'autres collectivités, le rôle de la Ville de Lyon est d'agir au travers de la prévention collective, en favorisant la vie sociale des personnes âgées.



Une prévention bien faite ne doit pas être source d'économies, mais doit permettre que l'argent soit mieux utilisé.

Pierre Hémon

À Lyon, le programme « Ville amie des aînés » a été intégré à l'action municipale sur la base d'un audit qui a constitué un exercice de démocratie participative avec les aînés dans des domaines aussi variés que les transports, le logement, l'inclusion sociale, la communication, la santé, les services. Pris au sens large, l'aménagement de l'habitat concerne aussi les espaces et les aménagements extérieurs, c'est-à-dire l'urbanisme, comme le considère le protocole de Vancouver. Freiner les pertes d'autonomie oblige à aménager et à ralentir la ville, qui devient alors plus

agréable pour les personnes âgées et pour les autres habitants.

L'incapacité des aînés à se déplacer peut très rapidement entraîner une « perte » : il importe ainsi que les chauffeurs d'autobus ne se transforment pas « en chauffeurs de rallye » pour tenir les horaires, afin que les personnes âgées puissent les utiliser. Cela implique un travail de détail avec les délégataires du service de transport urbain.

De nombreuses personnes ne peuvent pas revenir du marché après avoir fait leurs courses, ne peuvent plus se rendre chez le coiffeur, etc. À travers un PPP, Lyon a donc expérimenté pendant deux ans le système des cyclopushes, qui peuvent déplacer une ou deux personnes sur des courses de quelques centaines de mètres, afin qu'elles puissent continuer à vivre dans leur quartier. Le service est au départ utilisé pour des usages administratifs (banque, etc.), mais il l'est ensuite, de plus en plus, pour les loisirs. Les remontées d'information permettent d'analyser les effets des actions mises en place à travers le protocole « Ville amie des aînés », ce qui a permis de préparer un plan d'action 2011-2014, l'aspect le plus difficile étant la transversalité de l'action, qui suppose de convaincre les autres élus, les autres collectivités et les autres services.

Pierre-Marie CHAPON observe que l'audit mené a fait ressortir un grand nombre de questions en matière de santé, alors qu'une collectivité telle que Lyon a assez peu

de marges de manœuvre en ce domaine. À l'inverse, les métropoles des pays anglo-saxons disposent de compétences étendues en la matière.

Pierre HEMON confirme que les compétences municipales sont très restreintes en termes de santé et d'accompagnement des personnes âgées. Elles peuvent intervenir à titre facultatif et extra-légal (ce qui est très important) par exemple en facilitant le déplacement des personnes vers l'hôpital et en prenant des mesures de prévention.

Le Pr Alain FRANCO observe que la France n'a pas choisi, contrairement à de nombreux pays, de confier aux Villes la santé des citoyens et l'action sociales. C'est pourquoi New York ou Mexico font partie du programme mondial « Villes amies des aînés », dont certains aspects ne peuvent être appliqué intégralement en France en raison du cloisonnement administratif. La Ville de Grenoble a, malgré cela, toujours beaucoup investi les domaines de la santé et de l'action sociale. Le débat sur la dépendance devrait aussi être l'occasion de l'ouverture de la compétence municipale sur ce domaine.

Éric MORIVAL espère que l'OMS s'intéresse aussi à la ruralité. Le point crucial est la coordination des politiques territoriales. L'application de la loi HPST oblige à travailler en commun, par exemple pour mettre en cohérence la coordination gérontologique avec les

territoires de proximité définis par les ARS. Il s'agit de simplifier l'accès au maquis institutionnel. L'ARS Limousin demande aussi la création de coordinateurs Santé. La Creuse n'y est pas hostile, mais demande d'abord que les territoires d'intervention (et leurs professionnels) soient rapprochés. Les Contrats locaux de santé peuvent être le moyen par lequel les villes et communautés de communes (échelle pertinente en milieu rural) volontaires pourront s'investir et formaliser leur action.

Le Dr Charles PETITOT rapporte qu'il existe un programme de l'OMS dédié aux territoires ruraux, qui font preuve, au Canada notamment, d'importantes initiatives pour transporter les personnes jusqu'aux centres de santé. Il est crucial que les collectivités se saisissent des programmes au niveau pertinent. Il ne faut pas trop attendre de l'hôpital car celui-ci souffre beaucoup budgétairement et ne prendra pas d'initiative financière vis-à-vis des villes. En revanche, les réseaux dédiés aux maladies chroniques fonctionnent très bien, et agrègent les acteurs municipaux, de santé et de l'action sociale : c'est le cas du réseau de l'insuffisance rénale à Lyon. Des Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) Ville-Hôpital de portées modestes avaient été nouées, mais il faudra qu'à terme, les pouvoirs publics comprennent que l'avenir de l'hôpital suppose sa bonne inscription urbaine, ce qui suppose des liens forts.

Pierre-Marie CHAPON demande s'il est possible d'évaluer, à grande échelle, les économies engendrées par la prévention.

Ivan OLIVRY explique que le respect des contraintes ergonomiques des EHPAD dans les logements (salle de bain, portes, accès, détecteurs de présence, etc.) entraîne un surcoût de l'ordre de 8000 euros pour un T2. Il est possible de construire des logements neufs adaptés et, souvent de réhabiliter les logements existants. À terme, les caractéristiques logements doivent devenir communes, afin d'éviter, par exemple, que les cuisines ne prennent un aspect « sanitaire ». L'imagination des designers actuels permet heureusement de ne pas « marquer » les logements.

Éric MORIVAL pense aussi que les logements doivent être adaptés à des usages multiples. En milieu rural, la fluidité des équipements est indispensable pour justifier les investissements. Environ 4 % du budget dépendance de la Creuse est consacré à la prévention, mais il est impossible d'évaluer finement les avantages économiques, l'objectif étant avant tout d'apporter une amélioration de qualité de vie. La Creuse a suggéré à l'ARS lors de la discussion du Programme stratégique de santé, que la problématique de « l'efficience » soit dépassée en observant les améliorations dont ont bénéficié les personnes.

Pierre HEMON n'est malheureusement pas non plus en mesure de mesurer l'amélioration de la qualité de la vie, qui n'a pas de prix – même si elle a un coût.

Débat avec la salle.

Un intervenant de la salle demande à Éric Morival quel est le nombre de logements sur lesquels a porté l'expérimentation. Les dispositifs sont-ils bien acceptés ? Car, bien souvent, les personnes devant porter un bracelet ou un pendentif vivent ces expériences comme une perte d'autonomie.

Éric MORIVAL indique que l'expérimentation a porté en 2007 et 2008 sur une quinzaine de foyers. Elle a montré une bonne tolérance du dispositif. La montée en charge du dispositif vise l'équipement de 2000 personnes, il arrive que le pack ne soit pas utilisé globalement par les usagers, qui demandent très souvent à bénéficier uniquement de la téléassistance avancée. Il faut donc travailler en faveur de l'appropriation de tous les outils avec les intervenants. Le dispositif coûte 38 euros par mois. Il a été solvabilisé et intégré aux plans locaux avec le soutien de l'Assurance maladie, de la MSA et des mutuelles. Il a été convenu avec l'opérateur de proposer la vidéocommunication, cette option étant financée par l'utilisateur. Comme la Corrèze, la Creuse travaille auprès du CNRSDA, sur la notion de « laboratoire du vivant » pour expérimenter certains des usages des TIC.

Le Pr Alain FRANCO rappelle que la mission « Vivre chez soi » a été l'occasion, en 2010, de l'organisation d'un grand débat dans lequel 235 experts se sont impliqués. De nombreuses propositions ont été faites dans les domaines des technologies et de l'habitat. Il a été proposé de proposer trois niveaux de pack, la collectivité garantissant que chacun accède aux services de base. Mais il faut tenir compte du fait que les citoyens s'équiperont. Il faut penser et gérer le système dans sa complexité en s'appuyant aussi sur les volontés individuelles.

Un intervenant de la salle observe qu'il est aujourd'hui très difficile de convaincre une personne de 75 ans d'installer Internet. La téléassistance ne posera plus de problème dans une quinzaine d'années, puisque la génération qui sera alors équipée sera familiarisée avec ces outils.

Le Pr Alain FRANCO distingue le média lui-même des services qu'il propose : les personnes âgées peuvent parfaitement se servir d'Internet si les offres sont adaptées.

Olivier SERRE, Directeur général adjoint du pôle Proximité et Solidarité au Conseil général de la Corrèze, explique que la Corrèze propose la téléassistance depuis 2001, son taux de couverture dépassant largement la moyenne nationale, puisque 5000 personnes (sur 7000 bénéficiaires de l'APA) sont équipées. La téléassistance proposée est avancée : les opérateurs habitent à proximité, connaissent les lieux de résidence des abonnés et ont une

bonne connaissance de leurs dossiers, les appelant le dimanche, voire pour leur souhaiter un bon anniversaire, car les outils technologiques n'ont en soi aucune pertinence s'ils ne sont pas accompagnés. La Corrèze a considéré que ce service complémentaire devait être proposé en lien avec l'aide à la personne.

Il est aussi essentiel d'agir sur l'habitat (en proposant, en premier lieu, des logements sociaux acceptables) et de travailler d'autorité pour mettre en cohérence les politiques publiques. Certaines bonnes pratiques peuvent être reprises de l'expérience des logements-foyers, qu'il faut en partie reconstruire et qui ont parfois été médicalisés à outrance. La Corrèze travaille en lien avec le CNRSDA, en tenant compte des souhaits des bénéficiaires et en menant des expérimentations en matière de TIC et de domotique. En effet, certaines personnes ont signalé que les bracelets étaient « moches » et qu'ils les faisaient symboliquement entrer dans un « autre âge ». Le Département alors sollicité l'École de Beaux-Arts pour résoudre le problème esthétique, avec succès.

Compte tenu de ces précautions, l'acceptabilité atteint 97 %. Les personnes âgées sont intéressées aux TIC et à la domotique comme les autres personnes, en fonction de leurs besoins. Une nouvelle expérimentation portera sur l'usage des tablettes électroniques qui ont aussi été proposées aux collégiens, et qui peuvent être l'un des vecteurs de la téléassistance. La France catégorise trop souvent les publics alors qu'il faut proposer à tous des

outils semblables et adaptés, en garantissant la liberté de choix.

Michael CARRE, Gérant de Médialis, ajoute que les industriels ont bien compris que l'ergonomie était capitale pour la réussite de leurs projets. Ceux qui combinent les approches rencontrent le succès. Ainsi, un modèle de bracelet-montre-téléphone-fixe a été proposé : distribué par les pharmaciens, il est utilisé pour les appels courants, mais possède aussi une fonction qui permet de déclencher l'alerte.

Conclusion

David BENSADON remercie l'ensemble des participants d'avoir accepté l'invitation de l'APIL et de s'être exprimés sans faux-semblants, la richesse des échanges ayant permis de dégager les lignes de force à l'heure du débat national sur la perte d'autonomie.

D'ores et déjà, la question de la définition de la dépendance, telle qu'abordée par le Pr Alain Franco, apparaît déterminante. L'exposé de Blanche Le Bihan a d'ailleurs montré que cette définition varie beaucoup selon les pays, et que la barrière d'âge est une spécificité française – elle serait même, selon Geneviève Laroque, une discrimination.

La perte d'autonomie étant un enjeu de santé publique, la prévention constitue un important levier d'action, cette journée ayant permis de présenter de belles initiatives dans ce domaine (Ville de Lyon, Conseils généraux de la Creuse, du Val de Marne, de la Corrèze). A une échelle plus large, Marc Bourquin a souligné que la meilleure manière de consolider l'approche préventive était de faire en sorte que les acteurs y trouvent un intérêt financier, d'où un nécessaire décloisonnement des approches entre prévention et financement de l'accompagnement. Une

réflexion bien accueillie par David Causse, qui en appelle également à une simplification des pratiques professionnelles.

Sur le terrain, le secteur de l'aide à domicile – qui subit une crise structurelle, comme l'ont rappelé les fédérations professionnelles – continue de se moderniser, notamment par l'appropriation des nouvelles technologies pour mieux partager l'information et alléger les tâches administratives. Les difficultés restent néanmoins importantes et le secteur insiste sur la nécessaire stabilité de l'environnement fiscal pour ancrer ses pratiques professionnelles dans le long terme.

Au niveau politique, le diagnostic présenté par Philippe Marini est largement partagé : des Conseils généraux qui voient disparaître toute marge de manœuvre budgétaire, des familles dépassées par les restes à charge, une évolution démographique qui entraîne une croissance mécanique des dépenses...

Pour autant, il n'existe pas de consensus sur les contours de la réforme à entreprendre, car au-delà des montants concernés, il s'agit de choix politiques impliquant une certaine définition de la solidarité. Parmi les points de divergence identifiés, l'importance et le caractère obligatoire ou non donné à la couverture assurantielle, mais également les modalités de prise en compte du patrimoine.

Les contours du partenariat public privé, et plus largement la question de la gouvernance, sont également l'enjeu de vifs débats.

Les prochains mois doivent être l'occasion de faire émerger des solutions innovantes, et d'améliorer notre système de protection sociale. Compte tenu de la situation vécue par les personnes en perte d'autonomie et leurs proches, il s'agit d'un rendez-vous incontournable, une exigence pour chacun.

David Bensadon
Président de l'APIL

Glossaire

ADF	Assemblée des départements de France
ADMR	Aide à domicile en milieu rural
AGIR	Autonomie Gérontologique Groupe Iso-Ressources
AGIRC	Association générale des institutions de retraite des cadres
ANSP	Agence nationale des services à la personne
APA	Allocation personnalisée d'autonomie
ARRCO	Association pour le régime de retraite complémentaire des salariés
ARS	Agence régionale de santé
AVC	Accident vasculaire cérébral
CARSAT	Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail
CCAS	Centre communal d'action sociale
CNRSDA	Centre national de référence santé à domicile et autonomie
CESU	Chèque emploi service universel
CLIC	Centre local d'information et de coordination
CMU	Couverture maladie universelle
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CSA	Contribution solidarité autonomie
CSG	Contribution sociale généralisée
CTIP	Centre technique des institutions de prévoyance

DRESS	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
FEHAP	Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne, à but non lucratif
FESP	Fédération des entreprises de service à domicile
FFSA	Fédération française des sociétés d'assurances
FNG	Fondation nationale de gérontologie
GEMA	Groupement des entreprises mutuelles d'assurances
GEVA	Guide d'évaluation des besoins de compensation de la personne handicapée
GIR	Groupe iso-ressources
GPEC	Gestion prévisionnelle des employés et des compétences
HPST	Hôpital, patients, santé et territoires
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
OFCE	Observatoire français des conjonctures économiques
OMS	Organisation mondiale de la santé
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
MIGAC	Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
MSA	Mutualité sociale agricole
NFC	Near field communication (sans contact)

PCH	Prestation de compensation du handicap
PPP	Partenariat public-privé
RSA	Revenu de solidarité active
TIC	Technologies de l'information et de la communication
UNA	Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles

