



Projet 2012

Contribution n°2

POUR UNE PRISE EN CHARGE SOLIDAIRE ET PERENNE DU
RISQUE DEPENDANCE

Luc BROUSSY

Président du groupe de travail sur la dépendance

SOMMAIRE

PREAMBULE ET REMERCIEMENTS	5
SYNTHESE POLITIQUE.....	6
VADEMECUM.....	19
INTRODUCTION.....	23
I- LES ENJEUX DE LA PRISE EN CHARGE DE LA PERTE D'AUTONOMIE DES PERSONNES AGEES	25
I.1 Un enjeu demographique : une explosion des personnes tres agees...mais valides.	25
A- L'explosion du nombre des plus de 85 ans : une excellente nouvelle !	25
B- La progression raisonnable et lissee dans le temps du nombre de personnes agees dependantes	28
I.2 Un enjeu de solvabilisation : l'insuffisance de l'allocation personnalisee d'autonomie (APA)	30
A- Presentation de l'apa et du systeme de prise en charge de la dependance	30
B- L'APA laisse une part trop importante au financement individuel	33
C- Une prise en charge au detriment des classes moyennes : la « courbe en u »	35
I.3 Un enjeu de financement : besoin de reequilibrage entre financement local et national	36
I.4 Un enjeu de definition : besoin d'un perimetre clair pour la dependance.	37
A- Handicap et/ou dependance ?	37
B- La « perte d'autonomie » : un meme risque qui n'appelle pas les memes reponses selon l'age..	38
C- Une « convergence sans confusion »	40
D- Dependance et soins	42
E- Dependance et hebergement	42
I.5 Un enjeu institutionnel : une offre insatisfaisante, une gouvernance peu claire ; un systeme illisible pour le citoyen	45
A- Une offre qualitativement insatisfaisante	45
B- Une gouvernance peu claire	47
C- Une illisibilite pour le citoyen	47
II- LE PROJET DE LA DROITE : L'INDIVIDU SEUL FACE A SA DEPENDANCE.....	48
II.1 Pendant les travaux...la vente continue !	48
II.2 La droite entre attentisme et catastrophisme	49

A- Un attentisme coupable	50
B- Un catastrophisme tout sauf innocent.....	52
C- Outre cet attentisme incompréhensible, le gouvernement cède à un second travers : celui du catastrophisme quitte à en rajouter dans les contre-vérités.	52
II.3 Les solutions de la droite : assurance privée et recours au patrimoine.	55
A- Le recours aux assurances privées ne répond en rien au défi de la dépendance	56
B- Le caractère injuste du recours sur succession	62
C- Le retour du jour férié ?.....	65
III- LES SOLUTIONS PROGRESSISTES POUR UNE PRISE EN CHARGE UNIVERSELLE, SOLIDAIRE ET PÉRENNE DE LA DÉPENDANCE.....	66
III.1 Un coût raisonnable, maîtrisable sur le long terme, qui doit appeler des ressources pérennes recentrées sur la solidarité nationale	66
A- Un plan centré autour de 4 principes d'action.....	67
B- Une prestation de solidarité nationale co-financée par l'état et les départements.....	70
C- Les pistes de financement possibles	72
D- A quelles priorités affecter ces recettes nouvelles ?.....	74
III.2 Une nouvelle gouvernance permettant d'être plus efficace et plus lisible pour le citoyen	77
A- Simplifier la gouvernance du secteur	77
B- Rendre lisible les dispositifs pour le citoyen.....	80
III.3 Une offre de services soutenue par les pouvoirs publics	82
A- Une nouvelle politique contractuelle entre les pouvoirs publics et les professionnels	83
B- Fluidifier le parcours de soin de la personne âgée.....	87
III.4 Pour une loi pluriannuelle de préparation de la France au vieillissement de sa population	89
A- Une politique de prévention et de santé publique	89
B- Repenser le lien social et la vision de la vieillesse	90
C- Repenser l'espace public et l'habitat pour tous les âges	92
D- Une politique massive de formation et de recrutement des personnels.....	97
CONCLUSION	98
ANNEXE 1 - Lexique	99

MODULES PARTICIPATIFS.....	101
TERRA NOVA.....	117

PREAMBULE ET REMERCIEMENTS

Ce rapport est le fruit d'un long travail d'élaboration. Il a bénéficié des débats de haute qualité que nous avons pu mener avec un groupe de personnalités qui ont bien voulu accepter de se réunir régulièrement pour échanger avec nous et nous enrichir de leurs réflexions et de leur expertise.

Nos remerciements s'adressent à ces personnalités :

- Louis ALBISSON,
- Antoine MATH, économiste

Et les différents experts soumis au devoir de réserve qui se sont impliqués au sein de ce groupe.

Le contenu de ce rapport ne les engage évidemment à rien, même si nous espérons qu'ils y retrouveront l'essentiel de leurs réflexions.

SYNTHESE POLITIQUE

I. Perte d'autonomie : l'obligation d'une réforme

Pourquoi le débat sur la dépendance est-il de nouveau d'actualité alors qu'une prestation dédiée – l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie- est déjà aujourd'hui perçue par plus de 1,2 millions de personnes âgées pour un montant global de plus de 5 milliards d'euros ? Pour au moins trois raisons :

1. La « massification » du grand vieillissement : une bonne nouvelle...

L'allongement de la durée de vie est probablement un des progrès les plus essentiels qu'ait connu l'humanité au cours du XX^{ème} siècle. Alors qu'on vivait en moyenne 40 ans en France en 1850, l'espérance de vie a franchi le seuil des 80 ans en 2008. Certes, on a toujours connu des personnes vivant très âgées. La nouveauté est que de l'exception, on est passé à la norme. Au point que les « plus de 85 ans », au nombre de 1,4 million en 2011, seront 2,3 millions en 2020, 2,5 millions en 2030, 3,9 millions en 2040, 4,8 millions en 2050 et 5,4 millions en 2060¹.

En revanche, on assistera dans le même temps à une progression raisonnable et lissée dans le temps du nombre de personnes âgées dépendantes. Les statistiques de l'INSEE portant sur les projections du nombre de personnes âgées dépendantes à l'horizon 2040 tranchent sensiblement dans leur ampleur avec les projections démographiques que nous venons de voir plus haut. Evaluées en 2000 à 800 000, les personnes âgées dépendantes seraient 920 000 en 2025 et 1 200 000 d'ici 2040 selon l'INSEE.² Ainsi donc entre 2010 et 2040, le nombre de « plus de 85 ans » évoluerait de + 300% tandis que le nombre de personnes âgées en situation de dépendance n'évoluerait lui que de + 50%.

¹ Blanpain N., Chardon O. (2010), « Projections de population : l'horizon 2060 », INSEE Première n°1320, octobre 2010

² La dépendance des personnes âgées : une projection en 2040 – Cyril Rebillard – Michel Duée – Données Sociales – INSEE – Edition 2006

2. Un enjeu de solvabilisation : l'insuffisance de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)

L'APA, en vigueur depuis 2002, a connu un succès considérable depuis sa création. Elle n'est pas moins aujourd'hui insuffisante pour faire face aux coûts croissants de la dépendance.

En établissement, l'APA, d'un montant moyen mensuel de 350 euros, ne vient solvabiliser qu'une petite partie des frais réellement engagés par les résidents et leurs familles. Reste à la charge des personnes âgées des sommes dépassant systématiquement 1.500 euros par mois et plus souvent 2.000 euros par mois.

A domicile, l'APA est versée selon un mécanisme différent. Dès lors que les revenus de la personne âgée sont supérieurs à 695 euros/mois, le plan d'aide donnera lieu au paiement d'un ticket modérateur par le bénéficiaire. Ce système a une conséquence immédiate : plus la personne est dépendante et plus ses revenus sont importants, plus le ticket modérateur qu'elle devra acquitter sera lourd à supporter. On constate ainsi de plus en plus sur le terrain que des personnes âgées aux revenus moyens ne parvenant plus à acquitter des tickets modérateurs de 200 à 300 euros par mois décident d'elles-mêmes de réduire leur plan d'aide. Cette logique est particulièrement perverse et doit conduire à modifier les règles de calcul de l'APA à domicile.

3. Un enjeu de financement : besoin de rééquilibrage entre financement local et national

L'indécision publique porte aussi depuis 30 ans sur la dose de solidarité nationale à instiller dans le financement de la prise en charge des personnes âgées dépendantes.

De 1975 à 2002, l'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne puis la Prestation Spécifique Dépendance ont été entièrement financées par les conseils généraux. Ce n'est qu'à partir de 2002 avec la création de l'APA que l'Etat a pris la décision de participer sensiblement au financement de la perte d'autonomie via une participation du fonds de

solidarité vieillesse (FSV) à hauteur de 1,4 milliards d'euros. Participation qui est depuis versée aux départements en fonction de critères de péréquation.

Toutefois, depuis 2003, les gouvernements successifs n'ont pas augmenté ce montant. Et comme dans le même temps les dépenses ne cessaient de croître, la part de la solidarité nationale dans le financement de l'APA n'a cessé de diminuer pour atteindre aujourd'hui 28 % contre 72 % assumés par la fiscalité locale. Le système actuel revient en effet à demander aux jeunes creusois de financer la dépendance des vieux creusois et aux jeunes valdoisiens de financer la dépendance des vieux valdoisiens. Or, les plus de 60 ans représentent 34 % de la population de la Creuse alors qu'ils ne représentent que 14 % de la population du Val d'Oise...

Comment avec de telles inégalités continuer à prétendre que le financement d'un risque aussi lourd que la dépendance peut reposer principalement sur les départements ?

Un vieillissement accéléré dans les 30 prochaines années ; des montants d'APA aujourd'hui nettement insuffisants par rapport aux besoins de solvabilisation ; un financement reposant essentiellement sur la fiscalité locale : trois bonnes raisons rendant nécessaires une réforme du système actuel.

II. Le projet de la Droite : l'individu seul face à sa dépendance

Il n'est pas possible aujourd'hui d'analyser, pour le critiquer ou pour le louer, le projet présenté par le Gouvernement. Tout bonnement parce que celui-ci n'existe pas. Depuis 2007, date de l'élection de Nicolas Sarkozy, le pouvoir exécutif ne s'est engagé sur rien. Trois ans et demi après le début du quinquennat, Nicolas Sarkozy et Roselyne Bachelot ont tout juste pris la peine d'ouvrir un « grand débat national sur la dépendance ». Mais ils n'ont pas pris la peine en trois ans et demi de décider de quoi que ce soit d'autre.

Dès lors pour juger des propositions du camp conservateur, il convient de s'appuyer sur des rapports parlementaires émanant de députés ou de sénateurs UMP mais aussi sur les rares débuts d'orientation lancés timidement par le Président de la République.

1. Entre attentisme et catastrophisme

Dès le 18 septembre 2007, quatre mois après son élection, Nicolas Sarkozy s'était engagé à rendre public un projet de loi au premier semestre 2008. Puis le Gouvernement annonça la publication d'un projet pour janvier 2009. Puis, Nicolas Sarkozy s'exprima de nouveau le 12 mai 2009 lors d'un déplacement à Nancy pour annoncer des décisions pour l'automne 2009. Et il faudra finalement attendre le mois de novembre 2010 pour que le Président de la République annonce un projet de loi pour l'automne... 2011. Avant que Roselyne Bachelot ne précise que l'ensemble du dispositif législatif ne pourrait probablement pas être adopté avant l'élection présidentielle. Malgré l'opération médiatique consistant à animer un « Grand Débat national sur la Dépendance », force est de constater que le quinquennat devrait se terminer sans qu'aucun dispositif d'ensemble n'ait été adopté.

Mais cet attentisme coupable se double d'une volonté de dramatiser le débat.

François Fillon d'abord a, devant le Parlement en novembre 2010, évalué à 22 milliards d'euros le financement actuel dédié à la dépendance et à 8 milliards le besoin de financement dans les « prochaines années ». Or, la somme de 22 milliards d'euros est un vaste fourre-tout comprenant notamment pour près de 12 milliards d'euros l'ensemble des dépenses d'assurance maladie dédié aux personnes âgées dépendantes. L'Assurance maladie n'a pourtant rien à faire, à ce stade, dans le débat puisque les personnes âgées dépendantes sont et doivent être des assurés sociaux comme les autres, ayant cotisé comme les autres et recevant donc des prestations comme tout le monde. En réalité, le financement de la dépendance peut être évalué aujourd'hui à 9 milliards d'euros dont les deux tiers sont assumés aujourd'hui par les seuls conseils généraux. On comprend bien toutefois que brandir des sommes aussi gigantesques a pour effet de démontrer aux français qu'ils seraient irresponsables d'assumer de tels besoins de financement par le seul biais de la solidarité nationale.

D'autres en ont rajouté en matière de statistiques démographiques. Ainsi, le 25 octobre 2010, en pleine réforme des retraites, Christian Estrosi, à qui on ne connaissait pas ce talent de démographe, déclara face à François Chérèque et Bernard Thibault : « en 2030, c'est simple,

nous aurons une espérance de vie de près de 100 ans » (sic...).³ Au même moment, Nicolas Sarkozy expliquait : « Il y a un lycéen sur deux d'aujourd'hui qui deviendra centenaire ». Au lieu de cela, l'Institut National des Etudes Démographiques estime plutôt que 16% des filles (et seulement 4% des garçons) nés en 2000 deviendront centenaires. Quant à l'espérance de vie en 2030, elle sera au mieux de 83-85 ans, bien loin des 100 ans indiqués par le Maire de Nice.

De telles galéjades sont à l'évidence censées faire peur et légitimer dès lors les solutions esquissées par la droite : recours sur succession et recours aux assurances privées.

2. Les solutions de la droite : assurance privée et recours au patrimoine.

Le choix de l'assurance privée est ici purement idéologique puisqu'il répond à l'objectif de ne pas augmenter les prélèvements obligatoires. Le rapport Rosso-Debord propose donc la souscription d'une assurance perte d'autonomie obligatoire à partir de 50 ans. Au-delà même d'arguments idéologiques sur le rejet ou non par principe d'un recours aux assurances privées, nous proposons de repousser ici ce scénario.

D'abord, le caractère obligatoire de l'assurance dépendance semble difficile à mettre en œuvre : il est donc probable que cette obligation ne sera pas respectée sauf à imaginer des mécanismes de sanction suffisamment dissuasifs. La vérification de l'assurance automobile - obligatoire - est simple puisqu'elle consiste en l'apposition d'un macaron sur le pare-brise du véhicule. Or, ici, comment « sanctionnera »-t-on le citoyen qui a décidé d'échapper à son obligation ?

A l'instar du marché des complémentaires santé dont on ne cesse de critiquer le manque de lisibilité et la difficulté pour l'assuré de « s'y retrouver », la mise en place d'une assurance perte d'autonomie privée impliquant de nombreux acteurs augmenterait considérablement le degré de complexité de notre système de protection sociale.

³ Cédric Mathiot, « Les lycéens centenaires », *Libération*, 18 novembre 2010.

Enfin, les assureurs seraient tenus de proposer un socle minimum de couverture (une prestation d'un montant donné pour chaque niveau de dépendance) pour une cotisation mensuelle (forfaitaire) dont le rapport Rosso-Debord indique qu'elle pourrait s'élever entre 20 et 30 € en fonction de l'âge de souscription ; mais chacun serait libre de souscrire des garanties plus élevées. Ainsi, on verrait se développer un système où les plus aisés pourraient souscrire des assurances confortables tandis que les plus démunis bénéficieraient du socle minimum de couverture qui exclurait les dépendances partielles, sans aucune dimension redistributive ou solidaire. De plus, cette obligation d'assurance revient à créer un nouvel impôt forfaitaire : les plus riches comme les plus pauvres paieront 30 € pour bénéficier d'une couverture, à rebours du principe de proportionnalité des cotisations et contributions et de progressivité de l'impôt.

Pour toutes ces raisons, l'introduction des assurances privées dans le système nous paraît aujourd'hui dangereuse et prématurée aujourd'hui. Mais rien n'empêche pour autant de poursuivre la réflexion. Car si la construction d'un étage complémentaire nous paraît hors de propos quand un « régime de base » solidaire n'a pas encore été consolidé, on ne doit pas écarter par principe toute discussion sur un partenariat public-privé lorsque, et seulement lorsque, le régime public sera assis et pérenne. Car il faut bien noter aujourd'hui un certain paradoxe. Alors que l'on crie haro sur les assurances privées, aujourd'hui en France, les principaux pourvoyeurs d'assurance dépendance privée sont des organismes...à but non lucratif. La MGEN et l'AG2R sont en effet aujourd'hui les deux principaux « assureurs privés » bien loin devant AXA ou les AGF...

3. Le caractère injuste du recours sur succession

La seconde idée avancée par le gouvernement consiste à mobiliser le patrimoine des personnes âgées. Faire payer les détenteurs de patrimoine peut sembler de prime abord une idée qui ne peut que plaire à la gauche, mais ce n'est pas le cas.

En effet, il ne s'agit pas d'augmenter les prélèvements sur le capital, sur les successions ou sur le patrimoine de tous. Il s'agit de demander aux personnes âgées qui auront eu la

malchance de se retrouver dans une situation de perte d'autonomie de financer leur propre dépendance avec leur propre patrimoine.

Un tel scénario constitue la négation même de la solidarité puisqu'elle laisse peser l'entière responsabilité du risque sur la personne elle-même.

Au-delà de ces deux pistes, certains, à droite, ne renoncent pas à une forme de prélèvement obligatoire nouveau. Mais celui-ci prendrait la même forme qu'en 2004 : celle d'une augmentation de la Contribution de Solidarité pour l'Autonomie en échange de la suppression d'un second jour férié. Ce système a pourtant déjà été dénoncé pour son caractère inégalitaire puisqu'il ne concerne ni les non-salariés, ni les retraités mais pèse principalement sur les revenus du travail des actifs.

III. Les solutions progressistes pour une prise en charge universelle, solidaire et pérenne de la dépendance

Entre un attentisme coupable et un Grand Soir de la dépendance que certains prônent sans savoir comment le financer, notre proposition, concrète, réaliste et pragmatique, vise à renforcer les aspects positifs du système existant et à corriger ses défauts ou ses dérives.

1. Un coût raisonnable, maîtrisable sur le long terme, qui doit appeler des ressources pérennes recentrées sur la solidarité nationale

1er constat : rien ne justifie qu'on déroge, pour la seule dépendance, au principe de solidarité nationale.

Au regard des inégalités territoriales que cela génère, il n'est plus possible de laisser reposer sur les seuls départements et donc sur la seule fiscalité locale, le financement de la dépendance.

2^{ème} constat : il semble indispensable de continuer à laisser aux conseils généraux la responsabilité de la gestion sur le terrain des politiques en faveur des personnes âgées dépendantes.

Le bilan de l'APA depuis 2002 montre qu'ils ont été sur ce plan efficaces et proches du terrain. Faut-il pour autant que les départements continuent à financer une part de la prestation ? A cette question, nous répondons oui au risque sinon de voir les conseils généraux se transformer en simple guichet sans aucun pouvoir de décision.

3^{ème} constat : l'évolution du nombre de personnes âgées dépendantes sera très progressive lors des 10 prochaines années. Rien ne justifie donc d'alerter l'opinion publique sur un soi-disant « tsunami » ingérable.

4^{ème} constat : il est vain de vouloir construire un second étage sur un premier étage encore largement branlant.

2. Une prestation de solidarité nationale co-financée par l'Etat et les départements

Il s'agit donc d'inscrire dans la loi le principe d'un financement paritaire entre l'Etat et les départements. Sachant que l'on part d'une situation où l'équilibre actuel est de 72/28, la recherche de cet équilibre nécessite que la solidarité nationale soit appelée progressivement à rattraper son retard.

La loi devrait donc instaurer le mécanisme suivant :

- programmation dans le temps du rattrapage de l'Etat à hauteur de 2,5 milliards d'euros ;
- inscription de la parité 50/50 qui ne peut s'entendre qu'au plan national. Certains départements « jeunes et riches » seraient en effet appelés à contribuer au-delà de 50 % tandis que les départements « pauvres et âgés », qui seront

incapables dans les années à venir de financer 50 % de leurs dépenses, verraient une part plus importante de leurs dépenses prises en charge par l'Etat.

3. Les pistes de financement possibles

Nous pensons raisonnable de mobiliser sur les 5 ans à venir un volant supplémentaire de financement entre 4 et 5 milliards d'euros. En 5 ans, cela reviendrait à doubler le financement actuel de l'APA. Ce n'est pas rien.

Le relèvement de la CSG acquittée par les retraités imposables

L'équité intergénérationnelle, l'évolution positive des revenus globaux des retraités depuis 20 ans ainsi que le poids croissant des sacrifices fait par les actifs en matière de financement des retraites nécessite un effort mieux partagé entre actifs et retraités. En d'autres termes, François Chérèque, secrétaire général de la CFDT, exposait récemment la même idée : « **Il serait temps que la solidarité intergénérationnelle fonctionne aussi des plus âgés vers les plus jeunes.** A revenu égal, l'imposition à la CSG doit être égale, que l'on soit actif ou retraité. On ne peut pas créer un nouveau service pour les plus âgés qui soit uniquement financé par les actifs »⁴.

Le relèvement de la CSG des retraités imposables (hors petites retraites) qui représente environ 2Md€ permettrait déjà un effort supplémentaire non négligeable de la solidarité nationale.

Se pose également la question de l'abattement pour frais professionnels de 10% sur l'IRPP dont bénéficient aujourd'hui certains retraités. Est-il normal et juste en effet qu'un couple de retraités à 4.000 euros par mois ait droit à un tel abattement sur l'impôt sur le revenu ? Cette mesure ne concernerait évidemment en rien les retraités modestes mais rapporterait en revanche 2,2 milliards d'euros.

⁴ L'Express – 24 novembre 2010.

Ensuite, mobiliser le patrimoine...de l'ensemble des français

Au-delà, une autre ressource doit être trouvée pour compléter les besoins de financement évoqués plus haut.

Cette seconde phase devra faire appel au patrimoine. Mais au patrimoine de tous les Français et non au patrimoine des seules personnes âgées via un recours sur succession dont nous avons dit plus haut le caractère totalement injuste. La loi TEPA a instauré une quasi-suppression des droits de succession. Avant la loi, seul un petit quart des successions donnaient lieu à paiement de droits de succession. Autant dire que l'immense majorité des patrimoines modestes et moyens était exonérée. Aujourd'hui, 95% des successions sont exonérées. Il est facile de voir donc à qui a profité la mesure lorsqu'on sait que 10% de ménages détiennent 46% du patrimoine et que la succession moyenne en France est de 56.000 euros...

Si on prône le mérite et le travail par rapport à la rente, il devient difficile et illogique d'encourager la diminution de l'impôt sur les successions. Il est surtout extrêmement choquant d'expliquer qu'il est légitime que, via le recours sur succession, les personnes âgées, y compris modestes, paient le coût de leur dépendance sur leur propre patrimoine tandis que l'impôt sur la succession des 10% de ménages les plus aisés diminue fortement.

Revenir sur ces éléments de la loi TEPA permettrait d'abonder le financement de la dépendance à hauteur de 2 milliards d'euros supplémentaires.

4. Une nouvelle gouvernance permettant d'être plus efficace et plus lisible pour le citoyen

La complexité du « back-office » institutionnel est peut-être un mal nécessaire si l'on veut que les différentes parties prenantes travaillent ensemble. Pour rendre le système plus efficace, les liens entre la CNSA et les conseils généraux ont besoin d'être revus en profondeur.

La Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie, créée en 2005, fait aujourd'hui consensus. Il conviendrait toutefois de l'ériger en véritable pilote du 5^{ème} risque. Sachant qu'il est proposé plus loin de revenir à une parité 50/50 dans le financement de l'APA, il est proposé ici d'instituer un véritable organe de pilotage de la CNSA constitué pour trois tiers des représentants de l'Etat, des parlementaires et d'organisations syndicales et des conseils généraux. La CNSA serait alors chargée de signer des conventions bilatérales avec l'ensemble des conseils généraux pour coordonner les politiques publiques.

L'accès à l'information est aussi un enjeu majeur pour les personnes âgées et leurs familles. D'autant plus majeur que cet accès aux renseignements est généralement sollicité en situation de crise. Pour rendre plus accessible l'information, il faudrait créer trois échelons clairs :

- un niveau national par la création d'un n° d'appel unique
- au niveau départemental par la transformation des Maisons Départementales des Personnes Handicapées en Maisons Départementales de l'Autonomie
- au niveau local en contractualisant avec les Centres Communaux d'action sociale

5. Une offre de services soutenue par les pouvoirs publics

Les associations d'aide à domicile vivent actuellement une situation économique très difficile. Beaucoup d'entre elles ferment leurs portes après des cessations de paiements ou des liquidations judiciaires alors qu'elles n'ont pas forcément démerité en termes qualitatifs. L'Assemblée des Départements de France a engagé un véritable processus contractuel avec les principales organisations d'aide à domicile en France visant à moderniser la tarification et les prestations de ces services. Il serait souhaitable que ces propositions soient avalisées rapidement par le Parlement.

Quant aux établissements, s'ils se sont pour beaucoup profondément modernisés depuis 10 ans, il reste toutefois sur le territoire de nombreuses maisons de retraite architecturalement dépassées. Aujourd'hui, la question de la modernisation du bâti se pose essentiellement dans le secteur public (notamment dans le secteur public hospitalier). Il conviendrait dès lors de créer un fonds d'investissement et de modernisation des EHPAD coordonné par la Caisse des

dépôts et consignations (CDC) afin de pallier les carences de la puissance publique dans ce domaine. Sans un tel concours, il sera difficile de moderniser les EHPAD qui n'offrent pas des conditions acceptables d'hébergement ce qui reviendrait à mettre en difficulté un secteur public qui assure aujourd'hui en moyenne les tarifs les plus accessibles.

6. Pour une loi pluriannuelle de préparation de la France au vieillissement de sa population

Mais la question du vieillissement de la population française ne peut se résumer au seul prisme de la dépendance. C'est la raison pour laquelle nous prôtons non un projet de loi sur le 5^{ème} risque mais une loi pluriannuelle de préparation de la France à son vieillissement.

Légiférer sur la seule question de la dépendance serait méconnaître l'ensemble des défis qui se posent à la société française en matière de vieillissement. « Quand le Sage montre la Lune, l'idiot regarde le doigt » dit le proverbe chinois. Nous ne devons pas jouer le rôle de l'Idiot en choisissant de légiférer sur la dépendance sans traiter en amont tous les facteurs qui y conduisent.

Nous prôtons donc une loi qui, au-delà de la seule question d'une Allocation renouvelée, embrasse l'ensemble des conséquences sociétales du vieillissement. Ce projet de loi devra aussi :

- traiter de la question de l'aide aux aidants
- définir une politique ambitieuse de santé publique et de prévention des risques
- repenser l'habitat et la conception des espaces publics pour tous les âges
- fluidifier le parcours de soin de la personne âgée aujourd'hui trop erratique et dès lors plus coûteux
- mesurer l'impact du vieillissement sur la politique du Logement en reprenant les préconisations du rapport Boulmier⁵ publié en juin 2010
- réfléchir aux conditions d'une meilleure attractivité des métiers de l'aide aux personnes sachant que plus de 300.000 embauches sont prévues dans ce secteur dans les 10 ans à venir.

⁵ Muriel BOULMIER : « L'adaptation de l'habitat à l'évolution démographique : un chantier d'avenir », rapport au Secrétaire d'Etat aux Logement, La Documentation Française, juin 2010.

Les débats actuels autour du 5^{ème} risque constituent un double trompe-l'œil. Non seulement les solutions envisagées apparaissent pusillanimes et inspirés par un individualisme d'inspiration libérale mais ils occultent également les enjeux plus globaux que pose le vieillissement en cours de la population française.

En 2012, un projet de loi devra répondre à ces deux enjeux :

- en améliorant et en consolidant la prise en charge des personnes âgées dépendantes grâce à un système solidaire et pérenne
- en appréhendant de manière plus globale les enjeux que le vieillissement pose à la France.

De telles orientations permettront d'en finir avec cette curieuse tendance à traiter la question du vieillissement comme la gestion d'une calamité annoncée pour gérer au contraire avec sérénité et solidarité un des plus formidables progrès des XX^{ème} et XXI^{ème} siècles : celui de l'allongement continu de la durée de la vie.

VADEMECUM :

Un plan centré autour de 4 principes d'action :

- Proposer un financement solidaire car il nous semble que la dépendance se rapproche plus dans sa logique de la maladie que la protection de son automobile.
- Renforcer l'ingénierie sociale
- Maintenir un système financé de façon mixte entre l'Etat et les départements.
- Instaurer des phases de revoyure régulières pour mettre en phase les besoins de financement avec les demandes exprimées.
- Construire un régime de base solidaire garantie par des ressources pérennes.

Une prestation de solidarité nationale cofinancée par l'Etat et les départements

- Redonner un socle de « solidarité nationale » au financement de l'APA qui nécessite dès lors de revenir au principe d'un cofinancement Etat/conseils généraux plus équilibré.
- Mobiliser la solidarité nationale à hauteur de 2,5 milliards pour revenir au niveau de financement des conseils généraux, soit 4 milliards.
- Instaurer le mécanisme suivant :
- Programmation dans le temps du rattrapage de l'Etat à hauteur de 2,5 milliards d'euros ;
- Inscription de la parité 50/50 qui ne peut s'entendre qu'au plan national.
- Affecter le financement issu de la solidarité nationale au-delà des 2,5 milliards précipités à une amélioration du système de prise en charge qui fera donc évoluer la clé de répartition actuelle.

Les pistes de financement possibles

- Mobiliser sur les 5 à 8 ans à venir un volant supplémentaire de financement entre 4 et 5 milliards d'euros
- Faire reposer le financement actuel de l'APA sur des prélèvements pré-affectés reposant sur une assiette dynamique, avec une garantie de l'Etat d'un transfert complémentaire pour assurer un financement partagé entre les départements et l'Etat.

- Compléter les besoins de financement par la suppression des mesures prises dans la loi TEPA sur les droits de succession

A quelles priorités affecter ces recettes nouvelles ?

- Améliorer la quantité et la qualité de l'offre actuelle
- Augmenter l'offre en termes quantitatifs afin de suivre l'évolution du nombre de personnes âgées dépendantes.
- Augmenter la solvabilisation des personnes afin de réduire le coût de leur prise en charge.
- Augmenter la solvabilisation des personnes afin de réduire le coût de leur prise en charge.
- Mieux solvabiliser demain les personnes âgées confrontées à des coûts croissants et affecter les 4 ou 5 milliards supplémentaire majoritairement à l'augmentation des montants individuels APA.
- Accompagner l'évolution démographique et donc le volume croissant de bénéficiaires.

Une nouvelle gouvernance permettant d'être plus efficace et plus lisible pour le citoyen

- Renforcer les pouvoirs de la CNSA afin de l'ériger en véritable instance de pilotage de la perte d'autonomie en France.
- Systématiser et d'institutionnaliser les liens entre la CNSA et les conseils généraux.
- Instituer un véritable organe de pilotage de la CNSA constitué de trois tiers : un tiers de représentants de l'Etat, un tiers de parlementaires et d'organisations syndicales, un tiers de représentants des conseils généraux.
- Instituer un véritable pilotage politique de la dépendance. Le directeur général continuerait à être nommé par le gouvernement, mais le président de la CNSA mériterait d'être élu par cet organe politique afin de donner plus de force et d'indépendance à la CNSA.
- Rendre le CNSA le lieu de pilotage des politiques publiques en matière de perte d'autonomie et lui confier la coordination des toutes ces actions
- Généraliser la pratique de la contractualisation entre CNSA et conseils généraux.
- Créer trois échelons d'information du public :
 - au niveau national par la création d'un n° d'appel unique

- au niveau départemental par la transformation des MDPH en MDA
- au niveau local en contractualisant avec les CCAS

Une nouvelle politique contractuelle entre les pouvoirs publics et les professionnels

- Soutenir le secteur de l'aide à domicile par un soutien financier de l'Etat et moderniser la tarification et les prestations de ces services.
- Soutenir les établissements publics dans leurs efforts de rénovation si l'on veut maintenir dans notre pays un système mixte public/privé.
- Créer un fonds d'investissement et de modernisation des EHPAD où collaboreraient la caisse des dépôts et consignations (CDC) et des investisseurs privés, fonds qui permettrait de pallier les carences de la puissance publique dans ce domaine.
- Multiplier les opérations ppp (partenariat public-privé)

Fluidifier le parcours de soin de la personne âgée

- Utiliser les agences régionales de santé pour ce qu'elles sont ou devraient être : un instrument de liaison permanent entre médecine de ville, hôpital et médico-social.
- Adapter le système de santé au nombre croissant et à la spécificité de patients âgés poly-pathologiques.
- Généraliser le système des « case-managers », des gestionnaires de cas, qui auraient la possibilité de guider la personne dans le dédale de son parcours de prise en charge.

Une politique de prévention et de sante publique

- Renforcer la politique de prévention du plan Alzheimer 2008-2012 lancé par N. Sarkozy.

Repenser le lien social et la vision de la vieillesse

- Repenser l'éducation sanitaire des seniors et des plus jeunes en insistant sur la diversité des facteurs de risque et sur la solidarité intergénérationnelle.

Repenser l'espace public et l'habitat pour tous les âges

- Repenser la ville pour l'adapter à une population âgée en forte croissance : l'accessibilité des lieux publics, la réinstallation de bancs publics nécessaires aux

personnes âgées qui ne peuvent parcourir d'un trait certaines distances, l'adaptation des transports publics, l'adaptation des logements.

- S'inspirer du rapport Boulmier qui prévoit entre autre l'élaboration d'une grille commune d'évaluation des risques au domicile, la création d'un label délivré aux artisans qui auront été formés à l'adaptation des logements et qui s'engageront à mener des travaux à des coûts et dans des délais raisonnables. Mais aussi de mieux coordonner des aides publiques au logement nombreuses mais éparpillées et d'aider les personnes âgées à financer cette adaptation (prêt viager hypothécaire, contrat de viager hlm, micro-crédit...)

Une politique massive de formation et de recrutement des personnels

- Adapter l'offre d'emplois qualifiés dans le domaine de l'assistance médicale en renforçant les filières de formation.

INTRODUCTION

Une notion remplit le débat public depuis plus de 20 ans sans que personne ne sache lui donner un contenu clair et partagé par tous. Cette notion, celle du « 5^{ème} risque », traduit l'idée que la prise en charge de la dépendance ne se rattachant à aucun des quatre risques de la Sécurité sociale (famille, maladie, vieillesse et accidents du travail) créés en 1945, il convient d'en créer un 5^{ème} dédié à la dépendance. La dépendance requiert en effet des interventions qui ne relèvent ni du soin – pris en charge par l'assurance maladie, ni de l'octroi d'un revenu de subsistance – assuré par le système de retraite ou, à défaut, par l'aide sociale. Ces interventions peuvent consister en une assistance humaine pour aider à la réalisation des « actes essentiels de la vie quotidienne », en des dispositifs techniques (téléalarme, déambulateur, etc.) ou encore en des travaux d'aménagement ou d'adaptation des logements.

Longtemps revendiqué par les organisations syndicales de salariés comme par les associations de retraités ou les fédérations représentant les professionnels de la gérontologie ou du handicap, le « 5^{ème} risque » l'a été aussi en 2007 par Nicolas Sarkozy, ce dernier ayant explicitement promis l'instauration d'un « *5^{ème} risque de sécurité sociale co-géré par la sécurité sociale et les collectivités locales* ».

Le « 5^{ème} risque » est dès lors apparu au fil du temps comme un Graal dont chacun donnait sa propre définition et son propre contenu.

Car de quel 5^{ème} risque parle-t-on ? Celui consistant, à l'instar de nos amis allemands, à créer une cotisation salariés/employeurs selon un modèle d'assurances sociales de type bismarckien ? Celui consistant à améliorer de manière pragmatique l'actuelle Allocation Personnalisée à l'Autonomie en lui permettant de mieux solvabiliser ses bénéficiaires ? Celui, comme vient de l'esquisser le rapport parlementaire publié par Valérie Rosso-Debord, députée UMP, consistant à supprimer à terme l'APA au profit d'une assurance privée obligatoire ? Ou encore celui actuellement esquissé par le Président de la République consistant à présenter le 5^{ème} risque comme « *la création, pour la première fois depuis la Libération d'une nouvelle branche de la Sécurité Sociale* », tout en proposant, dans la phrase

d'après, que ce nouveau risque soit susceptible de recours sur succession ou géré par des assurances privées ?

On le voit bien. Si l'on ne veut pas se payer de mots, le plus simple consiste à rayer de notre vocabulaire cette expression qui, à force d'avoir été galvaudée par certains, ne signifie plus rien. Et, dès lors, de se concentrer sur la seule question qui vaille : comment améliorer de manière qualitative et quantitative la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie dans un double contexte marqué par une forte contrainte budgétaire et un quadruplement du nombre des personnes âgées de plus de 85 ans dans les 40 prochaines années ?

Pour ce faire, il convient d'analyser en premier lieu les enjeux de la prise en charge de la dépendance. D'étudier en second lieu ce que sont les projets actuels du gouvernement. Et de proposer enfin un scénario pragmatique qui puisse allier crédibilité et ambition.

LES ENJEUX DE LA PRISE EN CHARGE DE LA PERTE D'AUTONOMIE DES PERSONNES AGEES

La question de la perte d'autonomie des personnes âgées met en jeu différents ressorts : démographique, social, financier et institutionnel. Autant dire que ce dossier ne peut être appréhendé sous le seul prisme de son coût ou de la charge qu'il représente pour la société. Quels sont les enjeux liés à cette question ? En voici successivement cinq.

UN ENJEU DEMOGRAPHIQUE : UNE EXPLOSION DES PERSONNES TRES AGEES...MAIS VALIDES

Dans le débat relatif à l'avenir de notre système de retraite, toutes les statistiques ont pris pour référence le nombre de personnes âgées de plus de 60 ans et leur poids relatif par rapport aux actifs. Sur le dossier de la dépendance, ce ratio n'a que peu de sens. L'âge moyen de survenance d'un état de dépendance est aujourd'hui de 85 ans. Ce sont ces âges, considérés il y a peu encore comme extrêmes, qui doivent concentrer notre attention.

L'EXPLOSION DU NOMBRE DES PLUS DE 85 ANS : UNE EXCELLENTE NOUVELLE !

On évoque souvent le vieillissement démographique comme une catastrophe potentielle. Cela n'est au demeurant pas nouveau. Dans son fameux rapport, Pierre Laroque décrivait déjà en 1962 l'état d'esprit de l'époque : *« le vieillissement de la population entraîne des conséquences dans tous les domaines de la vie nationale. Progressivement, mais d'une manière inéluctable, il grève les conditions d'existence de la population française. (...) Enfin, politiquement et psychologiquement, le vieillissement se traduit par le conservatisme, l'attachement aux habitudes, le défaut de mobilité, et l'inadaptation à l'évolution du monde actuel »*⁶.

⁶ Rapport de la Commission d'Etude des problèmes de la vieillesse – Pierre Laroque - 1962

La littérature depuis, comme les titres de presse, se sont spécialisées dans ce catastrophisme ambiant. Du « papy-krach »⁷ au « tsunami gris », on ne compte plus les images et formules tendant à faire croire que le vieillissement est un drame potentiel pour la France.

On peut à l'inverse considérer que le gain d'espérance de vie est le progrès le plus considérable qu'ait connu l'humanité au cours du XX^{ème} siècle. Alfred Sauvy, le prédisait dans ces termes : « *le fait social le plus important de la seconde moitié du XX^{ème} siècle, ce ne sera ni l'énergie nucléaire, ni l'extension du communisme, mais le vieillissement de la population.* ». En effet, de 45 ans en 1850, l'espérance de vie a dépassé 80 ans en 2008 dans notre pays.

Peut-être faut-il préciser que l'espérance de vie en 2010 en Afghanistan ou au Mozambique dépasse à peine 40 ans⁸ pour mieux considérer le privilège que connaissent depuis des décennies les populations des pays occidentaux.

Car, oui, on vit de plus en plus longtemps. Et de plus en plus longtemps en bonne santé.

Si l'on prend en considération la population la plus susceptible d'être atteinte d'incapacités physiques ou psychiques, soit celle âgée de 85 ans et plus, la progression à venir est proprement impressionnante.

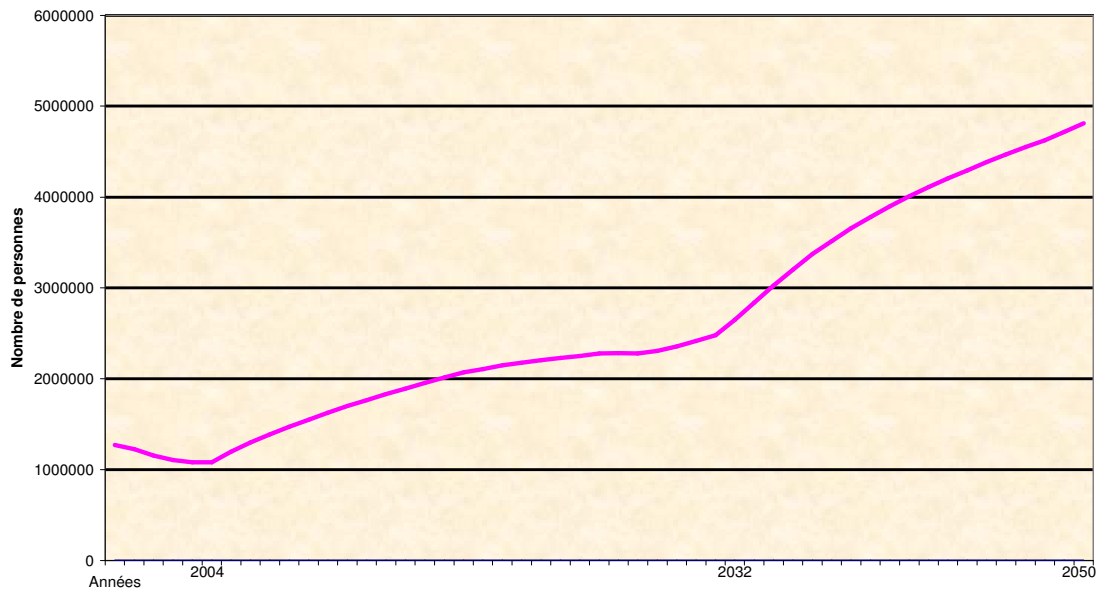
Au nombre de 1,3 million en 2007, les « plus de 85 ans » seront 2,3 millions en 2020, 2,5 millions en 2030, 3,9 millions en 2040, 4,8 millions en 2050 et 5,4 millions en 2060⁹.

⁷ Bernard SPITZ – *Le Papy-Krach* – Grasset - 2006

⁸ INED – Gilles Pilson - *Revue Population & Société* – n°458 – Juillet 2009

⁹ Blanpain N., Chardon O. (2010), « Projections de population : l'horizon 2060 », INSEE Première n°1320, octobre 2010

Evolution des + de 85 ans (2000-2050)



Source : INED

A une forte progression d'ici 2020, succèdera une période d'accalmie entre 2020 et 2032 avant que la progression redevienne très forte à la faveur de l'arrivée à l'âge de 85 ans des générations nées à partir de 1945.

Cet allongement de la durée de la vie est illustré également par le nombre de centenaires. Moins de 200 en France en 1900, 1 150 en 1975, ils sont près de 15 000 aujourd'hui et, selon les démographes, pourraient être 200 000 en 2060¹⁰. Les élus locaux le constatent chaque jour : assister au 100^{ème} anniversaire d'une habitante devient au fil des années un événement somme toute de plus en plus banal !

Cette révolution de la longévité s'apparente donc à une « massification du grand vieillissement ». Non que certains de nos ancêtres ne vivaient pas jusqu'à ces âges élevés. Mais la nouveauté consiste en ce que l'exception est désormais devenue la règle. Après la phase de baisse de la mortalité infantile qui fut la grande affaire du XXème siècle, nous sommes arrivés aujourd'hui à une seconde phase démographique : celle de l'allongement de l'espérance de vie après 60 ans.

¹⁰ Blanpain N. (2010), « 15000 centenaires en 2010 en France, 200000 en 2060 ? », INSEE Première n°1319, octobre 2010.

Une telle révolution emporte toute une série de conséquences sur l'organisation de la société française en matière d'urbanisme, de logement, de lien social, de distribution des revenus etc... sur lesquelles nous reviendrons plus loin. Et si ce n'est le moindre, le défi de la dépendance n'est qu'un des défis parmi d'autres posés par cette révolution de la longévité. Pourquoi ? Parce que l'évolution du nombre de personnes âgées dépendantes n'évoluera pas, lui, dans les mêmes proportions.

LA PROGRESSION RAISONNABLE ET LISSEE DANS LE TEMPS DU NOMBRE DE PERSONNES AGEES DEPENDANTES

Mais si le nombre de « plus de 85 ans » connaîtra une évolution exponentielle, il n'en ira pas tout à fait de même pour les personnes âgées dépendantes.

Depuis plusieurs décennies, l'espérance de vie sans incapacités (EVSI) évolue plus vite que l'espérance de vie totale. En clair, on vit de plus en plus longtemps en bonne santé. Et la période de vie où les personnes sont frappées d'incapacités intervient non seulement de plus en plus tard mais dure de moins en moins longtemps¹¹. Si cette évolution persistait, l'incidence sur les coûts futurs à prendre en charge serait bien évidemment heureuse. Mais rien n'indique que ce mouvement ne connaîtra pas des à-coups. Ainsi, dans leur étude datant de janvier 2011, Sieurin, Robine et Cambois notent que la tendance récente de réduction de l'EVSI est moins favorable que lors de leur précédente étude.¹²

Ainsi, les statistiques de l'INSEE portant sur les projections du nombre de personnes âgées dépendantes à l'horizon 2040 tranchent sensiblement dans leur ampleur avec les projections démographiques que nous venons de voir plus haut. Evaluées en 2000 à 800 000, les personnes âgées dépendantes seraient 920 000 en 2025 et 1 200 000 d'ici 2040 selon l'INSEE.¹³ **Ainsi donc entre 2010 et 2040, le nombre de « plus de 85 ans » évoluerait de +**

¹¹ Cambois E., Robine J-M. (2006), « L'espérance de vie sans incapacité continue d'augmenter », Dossiers Solidarité et Santé n°2, avril-juin 2006.

¹² Sieurin ; Cambois ; Robine (2011) « les ESVI en France : une tendance récente moins favorable que par le passé » - INED

¹³ La dépendance des personnes âgées : une projection en 2040 – Cyril Rebillard – Michel Duée – Données Sociales – INSEE – Edition 2006

300% tandis que le nombre de personnes âgées en situation de dépendance n'évoluerait lui que de + 50%.

De ces chiffres, il convient de retenir trois enseignements majeurs dont les conséquences sont immédiatement politiques :

- Une réforme de la dépendance ne peut être qu'une partie d'un tout

Tandis que le nombre des personnes âgées dépendantes progressera dans les 30 prochaines années au pire de 500.000, celui des personnes âgées valides de 85 ans et plus augmentera de 2 millions. Si une réforme de la prise en charge de la dépendance est indispensable, les politiques publiques se doivent également de traiter la question plus générale du grand vieillissement qui ne s'assimile pas forcément à la perte d'autonomie. Un projet de loi structurant devra donc aller plus loin qu'un simple aménagement de l'APA.

- La réforme ne peut traiter de manière identique la question des 10 prochaines années et celle du cap 2030-3050

Le deuxième enseignement de ces statistiques, c'est que l'évolution démographique n'est pas homogène dans le temps. A un « pic » 2010-2020, succèdera un passage en plaine (2020-2032) avant que n'arrive « l'Alpe d'Huez du vieillissement » de 2032 à 2050. Qui peut croire qu'un système voté en 2011 pourrait être valable pour les 40 prochaines années ? Comme sur le dossier des retraites, il convient de considérer une bonne fois pour toute que le dossier de la dépendance devra faire l'objet de rendez-vous sinon quinquennaux au moins décennaux. On ne peut pas imaginer sérieusement qu'un dispositif identique puisse traiter tout à la fois de la question de l'amélioration de la solvabilisation des personnes âgées dans les 10 prochaines années et celle de la prise en charge des dépendants des années 2040-50. Dès lors, on peut tout aussi bien imaginer que les solutions divergent selon qu'on appréhende la période considérée. Exclure un étage complémentaire géré par les assurances privées pour les 10 prochaines années n'interdit pas non plus d'y réfléchir pour une période plus lointaine.

- **Enfin, ces chiffres montrent que rien ne justifie le moindre catastrophisme ambiant**

Le dernier enseignement est essentiel : la hausse finalement assez modérée et lissée dans le temps du nombre de personnes âgées dépendantes n'explique aucun des cris d'alarme poussés actuellement. Des cris d'alarme censés noircir le tableau pour mieux justifier des solutions relevant du champ de la solidarité collective. Que les besoins soient importants est indiscutable ; mais rien ne permet aujourd'hui de laisser croire que la dépendance serait financièrement un tonneau des Danaïdes. Et qu'un effort de solidarité nationale lissé dans le temps serait donc une solution irresponsable.

UN ENJEU DE SOLVABILISATION : L'INSUFFISANCE DE L'ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE (APA)

L'APA, en vigueur depuis 2002, a connu un succès considérable depuis sa création. Elle n'en est pas moins aujourd'hui devenue inadaptée sur bon nombre de points. Ce qui, dès lors, justifie une réforme.

PRESENTATION DE L'APA ET DU SYSTEME DE PRISE EN CHARGE DE LA DEPENDANCE

Dès 1975, dans la première loi d'orientation sur le handicap, une prestation – l'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne – est créée au profit des personnes handicapées qui ne peuvent effectuer seules les actes essentiels de la vie quotidienne. Mais au fil de la décennie qui suivra, cette ACTP va être majoritairement versée à des personnes en perte d'autonomie...âgées de plus de 60 ans. Initialement prévue pour les adultes handicapés, l'allocation deviendra de fait une allocation pour personnes âgées dépendantes.

Entièrement financée par les départements, l'ACTP connaît une augmentation sans bornes liée à la forte progression du grand vieillissement. Cette évolution, un certain nombre de conseils généraux vont la contester en refusant désormais de verser l'ACTP aux « plus de 60

ans » et, finalement, en demandant qu'une prestation spécifique et distincte de l'ACTP soit créée au bénéfice des personnes âgées dépendantes.

L'échec de la prestation spécifique dépendance (PSD)

C'est à ce vœu que répond la loi du 24 janvier 1997 qui crée la première prestation dédiée à la dépendance des personnes âgées : la prestation spécifique dépendance (PSD). La PSD en ce qu'elle s'appuyait sur un nouvel outil d'évaluation de la perte d'autonomie - la grille AGGIR (autonomie gérontologique groupe iso-ressources) qui comporte six niveaux de dépendance - les GIR 6 ayant totalement conservé leur autonomie, tandis que les GIR 1 nécessitent une assistance continue- pouvait apparaître comme une avancée. En revanche, la PSD fut aussitôt parée de tous les défauts : versée sous conditions de ressources, les classes moyennes en étaient exclues ; faisant appel à l'obligation alimentaire, elle mettait à contribution les enfants ; d'un montant défini par les conseils généraux eux-mêmes, elle faisait l'objet de très flagrantes inégalités territoriales, son niveau allant de 1 à 10 selon les départements ; enfin, l'instauration d'un recours sur succession eut un effet totalement dissuasif envers les familles.

Ces caractéristiques ont conduit à un échec patent de cette prestation : alors que l'INSEE estimait à 800 000 (enquête HID - Handicap, incapacité, dépendance) le nombre de personnes dépendantes, seules 135 000 bénéficiaient de la PSD en 2000, soit 16% seulement du nombre de demandeurs théoriques.

L'allocation personnalisée d'autonomie (APA)

Il convient dès lors de voir la création par Lionel Jospin de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) en 2001 comme le contre-pied radical de la PSD.

L'APA a ainsi été créée dans le but d'être une aide universelle versées aux personnes âgées classées dans les GIR 1 à 4, aide sans conditions de ressources, non susceptible de recours sur succession et ne faisant pas appel à l'obligation alimentaire des descendants. Et pour mettre fin aux inégalités entre départements, la loi a défini les règles de calcul de l'APA tant en établissement qu'à domicile laissant ainsi moins de marges de manœuvres aux conseils

généraux. En outre, l'APA a été la première allocation dégressive avec le revenu à éviter tout effet de seuil.

En établissement, l'APA vient couvrir le « tarif dépendance ». Depuis le début des années 2000, tous les Ehpad doivent désormais ventiler leurs charges en trois tarifs : un tarif « hébergement » payé par les résidents ou, faute de solvabilité, par l'aide sociale départementale ; un tarif « soins » directement couvert par l'assurance maladie et donc « invisible » pour le résident ; et enfin un tarif « dépendance » totalement ou partiellement couvert par l'APA en fonction du niveau de dépendance et de ressources de la personne. Seul problème : le tarif « dépendance » en Ehpad est en moyenne de 15 euros par jour quand le tarif « hébergement » se situe lui plutôt dans une fourchette de 60 à 80 euros par jour. L'APA ne vient donc solvabiliser qu'une petite partie des frais réellement engagés par les résidents et leurs familles.

A domicile, l'APA est versée selon un mécanisme différent. L'équipe médico-sociale visite la personne âgée et établit un plan d'aide en fonction de la dépendance et de l'environnement dans lequel vit la personne. Au final, cela donnera droit à un nombre d'heures d'aide par mois. Mais dès lors que les revenus de la personne âgée sont supérieurs à 695 euros/mois, le plan d'aide donnera lieu au paiement d'un ticket modérateur par le bénéficiaire. Ce système a une conséquence immédiate : plus la personne est dépendante et plus ses revenus sont importants, plus le ticket modérateur qu'elle devra acquitter sera lourd à supporter. On constate ainsi de plus en plus sur le terrain que des personnes âgées aux revenus moyens ne parvenant plus à acquitter des tickets modérateurs de 200 à 300 euros par mois décident d'elles-mêmes de réduire leur plan d'aide. Cette logique est particulièrement perverse et doit conduire à modifier les règles de calcul de l'APA à domicile.

Dès lors, de manière automatique, le nombre de bénéficiaires a rapidement explosé. Alors qu'au bout de 5 ans, la PSD comptait 135.000 bénéficiaires, l'APA comptait en 2010 près de 1.200.000 bénéficiaires, soit près de 10 fois plus.

L'APA LAISSE UNE PART TROP IMPORTANTE AU FINANCEMENT INDIVIDUEL

Au cours des 20 dernières années, l'indécision publique a également porté sur la part qui, en matière de financement de la dépendance, devait revenir aux personnes elles-mêmes.

Autant notre système de protection sociale s'est construit sur le principe d'une couverture universelle, autant le risque dépendance n'a jamais pu se départir depuis 30 ans d'une logique, héritage de l'aide sociale, où la participation de l'usager apparaissait souhaitable voire même naturelle.

Or, il faut dire clairement aujourd'hui : le financement individuel n'est pas la solution, il est le problème !

Il fut un temps où, en matière de dépenses de santé, certains expliquaient qu'il convenait de « responsabiliser » l'usager en augmentant le niveau du ticket modérateur. Résultat : les taux de couverture n'ont cessé de baisser tandis que les dépenses continuaient imperturbablement d'augmenter...

Mais si le taux de couverture en matière d'assurance maladie dépasse 75%, et 90% en incluant les couvertures complémentaires, il n'en va pas du tout de même en matière de couverture de la dépendance. Aujourd'hui la structure classique des coûts dans un Ehpad est la suivante :

- le forfait soins (30€ en moyenne) entièrement pris en charge par l'assurance maladie
- le forfait dépendance (15€ en moyenne) dont l'essentiel est pris en charge par l'APA mais dont une partie est acquittée par l'usager lui-même
- le tarif hébergement (60€ en moyenne mais pouvant aller jusqu'à 90 ou 100€). Si 16% des résidents se voient aidé totalement ou partiellement par l'aide sociale du Conseil général, 84% des résidents acquittent entièrement, avec ou sans l'aide de la famille, ce tarif hébergement.

Ainsi, lorsque le coût journalier d'un Ehpad s'élève en moyenne à 105€, la personne âgée et/ou sa famille s'acquitte d'une dépense journalière de 64€ en moyenne, soit 60% du coût

total. Evidemment cette proportion atteint 70% lorsque le tarif hébergement se situe autour de 90€/jour ce qui est relativement fréquent dans le centre des grandes villes ou en région parisienne. Ici, le taux de couverture (soit le taux de dépenses prises en charge par la collectivité sur le coût global) atteint péniblement 40%...

Quant aux personnes âgées à domicile, elles acquittent en moyenne sur l'APA un « ticket modérateur » de **120 €/mois** mais de 257€/mois pour une personne en GIR 1. Une somme évidemment moindre qu'en établissement mais qui, pour une personne âgée à domicile, s'ajoute évidemment à tous ses frais d'hébergement (location, charges, nourriture...).

Quant une personne âgée ou sa famille paient aujourd'hui une somme moyenne mensuelle de près de 2.000 euros, est-il raisonnable de soutenir que la solution au financement de la dépendance pourrait venir...d'une plus grande participation des usagers eux-mêmes ? Or, ceux qui plaident pour un retour du recours sur succession ou pour la suppression du versement de l'APA aux personnes classées en GIR 4 ne disent pas autre chose.

Les scénarios tendant à mobiliser le patrimoine des personnes âgées sont sous-tendus par le constat que la collectivité ne peut pas tout et qu'une participation des usagers est nécessaire. Là réside donc une des plus absurdes contradictions de ce dossier tant la participation des usagers apparaît moins aujourd'hui comme la solution que comme le véritable problème.

Le financement de la dépendance ne constituerait pas en effet un problème politique si les personnes âgées étaient suffisamment solvables pour faire face au coût de leur prise en charge. Si la dépendance est devenue un débat politique, c'est justement que le « reste à charge » des personnes âgées et de leur famille est devenu trop élevé pour nombre d'entre elles.

Il faut donc tordre le cou à la fiction selon laquelle les personnes âgées seraient généreusement prises en charge pendant que leur épargne dort tranquillement à la banque. La vérité consiste plutôt à constater que cette épargne est déjà largement utilisée pour faire face à des dépenses de prises en charge largement supérieures aux revenus des dites personnes.

De ce point de vue, l'APA a constitué en 2002 un net progrès en terme de solvabilisation des personnes âgées. Mais elle est aujourd'hui, face à la hausse des coûts, nettement insuffisante. On aurait presque quelques scrupules à perdre du temps à rappeler une telle évidence. Mais il faut bien le faire puisque, comme solution au problème, un récent rapport parlementaire a osé proposer de supprimer l'APA pour les personnes en GIR 4 ou d'instaurer un gage sur patrimoine consistant à supprimer 50% du montant de l'APA aux personnes âgées qui ne souhaitent pas faire l'objet d'un recours sur succession.

Alors, réformer la prise en charge de la dépendance, oui. Mais pour l'améliorer. Pas pour la réduire...

UNE PRISE EN CHARGE AU DETRIMENT DES CLASSES MOYENNES : LA « COURBE EN U »

Contrairement à ce que l'on pourrait penser, les plus pauvres ne sont pas toujours, face au risque dépendance, les plus mal lotis.

L'enchevêtrement dans notre dispositif d'aides diverses et autres dispositifs d'aides fiscales crée une « courbe en U » où les plus modestes (pris en charge par l'aide sociale) et les plus riches (bénéficiant d'aides fiscales) sont les mieux solvabilisés tandis que les classes moyennes se retrouvent au creux de la courbe en U. Le rapport Gisserot paru en 2007 met en exergue ce constat qui a conduit la plupart des responsables politiques à expliquer depuis que les classes moyennes devaient être au cœur de la réforme.

On a envie de répondre à cela : oui, mais... Oui, à l'évidence les classes moyennes (qu'on situe ici à environ 1.200 euros de revenus mensuels) se situent au creux de la courbe de solvabilisation.

En effet, si les personnes âgées les plus pauvres bénéficient de l'aide sociale départementale, celle-ci demeure susceptible aujourd'hui de recours sur succession mais aussi de l'obligation alimentaire. Certes, celles-ci sont donc aidées et figurent à ce titre en haut de la courbe en

« U ». Mais au détriment d'enfants qui voient leurs revenus, souvent modestes aussi, amputés de sommes non négligeables.

La justice sociale commande donc que la courbe en « U » se transforme en pente dégressive avec le revenu. Mais tout le monde comprendra qu'opérer cette transformation de la courbe à financement constant reviendra à l'évidence à désolvabiliser une partie de la population âgée.

UN ENJEU DE FINANCEMENT : BESOIN DE REEQUILIBRAGE ENTRE FINANCEMENT LOCAL ET NATIONAL

L'indécision publique porte aussi depuis 30 ans sur la dose de solidarité nationale à instiller dans le financement de la prise en charge des personnes âgées dépendantes.

De 1975 à 2002, l'ACTP puis la PSD ont été entièrement financées par les conseils généraux. Ce n'est qu'à partir de 2002 avec la création de l'allocation personnalisée à l'autonomie que l'Etat a pris la décision de participer sensiblement au financement de la perte d'autonomie via une participation du fonds de solidarité vieillesse (FSV) à hauteur de 1,4 milliards d'euros. Participation qui est depuis versée aux départements en fonction de critères de péréquation.

Toutefois, depuis 2004, les gouvernements successifs n'ont pas augmenté ce montant. Et comme dans le même temps les dépenses ne cessaient de croître, la part de la solidarité nationale dans le financement de l'APA n'a cessé de diminuer pour atteindre aujourd'hui **28 %**. Pis, la dotation de l'Etat a même diminué certaines années puisqu'elle est assise sur la cotisation « jour férié » de 0,3% qui, elle-même, a eu certaines années un moindre rendement. Ainsi, en 2010, les conseils généraux, et donc la fiscalité locale, assument **72 %** du financement total de l'APA. Un taux qui pose évidemment un grave problème à nombre de départements dans la mesure où les territoires ne sont pas égaux face au vieillissement et où nombre de départements cumulent faible potentiel fiscal et forte proportion de personnes âgées.

Le système actuel revient en effet à demander aux jeunes creusois de financer la dépendance des vieux creusois et aux jeunes valdoisiens de financer la dépendance des vieux valdoisiens. Or, les plus de 60 ans représentent 34 % de la population de la Creuse (contre 47 % de 20-59 ans) alors qu'ils ne représentent que 14 % de la population du Val d'Oise (contre 57 % de 20-59 ans). De surcroît, plus vieille, la population creusoise est aussi plus pauvre.

Comment avec de telles inégalités continuer à prétendre que le financement d'un risque aussi lourd que la dépendance peut continuer à évoluer dans un cadre uniquement départemental ?

UN ENJEU DE DEFINITION : BESOIN D'UN PERIMETRE CLAIR POUR LA DEPENDANCE.

Si le terme de « 5^{ème} risque » a été largement galvaudé, celui de « dépendance » ne l'est pas moins. Face à la confusion des concepts et des frontières, il est indispensable de distinguer la dépendance du handicap d'une part, des soins d'autre part, de l'hébergement enfin.

HANDICAP ET/OU DEPENDANCE ?

C'est en 1975 qu'apparaît pour la première fois dans le droit français le concept de « perte d'autonomie » : est en effet susceptible de percevoir l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) toute personne ne pouvant « effectuer seule les actes essentiels de la vie quotidienne ». Mais le législateur, qui élaborait ici une loi en faveur des personnes handicapées, n'avait pas prévu expressément de limite d'âge. Or, dès le milieu des années 80, plus de 50 % des dépenses d'ACTP étaient versées à des personnes en perte d'autonomie... âgées de plus de 60 ans.

Au fil du temps, cette allocation prévue pour les personnes handicapées est donc devenue une allocation principalement versée à des personnes âgées en perte d'autonomie. Mais l'ACTP étant totalement financée par les conseils généraux, ces derniers, via un groupe de sénateurs, proposèrent dès 1997 de scinder les deux populations en maintenant l'ACTP pour les

personnes handicapées de moins de 60 ans et en créant une prestation spécifique dépendance (PSD) pour les personnes en perte d'autonomie âgées de plus de 60 ans.

En 2001, le gouvernement de Lionel Jospin supprime la PSD au profit d'une allocation personnalisée à l'autonomie (APA) nettement plus ambitieuse. Et en 2005, la loi Handicap a substitué à l'ACTP une nouvelle prestation de compensation du handicap (PCH).

Le couple APA/PCH a ainsi succédé au couple ACTP/PSD. Mais au final, l'arbitrage a bien consisté à maintenir une distinction entre les personnes en perte d'autonomie selon leur âge. Paradoxalement, cette même loi du 13 février 2005 s'engageait, sur une période de 5 ans, à opérer une convergence des dispositifs afin de faire disparaître le seuil des 60 ans.

Depuis lors, le débat continue. Ainsi, en 2007, le conseil de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) se prononçait pour une « prestation universelle de compensation » quel que soit l'âge. Mais un an plus tard, le rapport du sénateur Marini esquissait un scénario uniquement centré sur la dépendance des personnes âgées. Puis, en juillet 2010, le rapport Rosso-Debord prenait le même parti en centrant ses propositions sur la seule question du vieillissement. Et ce, en contradiction avec les déclarations de Nicolas Sarkozy lui-même, qui le 18 septembre 2007 avait pourtant indiqué que son projet de loi concernerait les deux publics. Il a changé d'avis depuis.

LA « PERTE D'AUTONOMIE » : UN MEME RISQUE QUI N'APPELLE PAS LES MEMES REPOSES SELON L'AGE

La perte d'autonomie, c'est « *l'incapacité d'effectuer seul les actes essentiels de la vie quotidienne* ». De ce point de vue, une personne de 20 ans trisomique ou une personne de 95 ans atteinte de la maladie d'Alzheimer ont en commun cette incapacité. C'est la raison pour laquelle, nombre d'associations prônent depuis quelques années la création d'un droit universel de compensation du handicap quel que soit l'âge afin de mettre fin aux disparités de traitement qui affectent les personnes atteintes d'une incapacité selon qu'ils aient moins ou plus de 60 ans.

Car il est vrai que depuis 30 ans, la législation française réserve un sort plus avantageux aux personnes handicapées qu'aux personnes âgées dépendantes. Qu'il s'agisse du montant des allocations perçues au titre de la compensation ou du périmètre des aides prises en charge, la prestation de compensation du handicap se révèle plus avantageuse que l'allocation personnalisée à l'autonomie. De même que les ratios de personnel présents dans les établissements pour enfants ou adultes handicapés sont nettement supérieurs à ceux des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Faut-il créer demain un dispositif unique pour toute personne en perte d'autonomie quel que soit l'âge ? A cette question, nous répondrons par une formule empruntée à la CNSA : « *oui à une convergence mais sans confusion* ».

Il n'est pas absurde de penser que les personnes désignées ici n'ont pas toutes les mêmes besoins et ne sont pas confrontées aux mêmes situations sociales. Quant un jeune handicapé doit trouver les moyens de son autonomie pour sa vie entière, une personne âgée est en situation de perte d'autonomie en moyenne pendant 4 ans¹⁴. La notion même d'autonomie ne peut recouvrir le même sens pour un jeune handicapé qui doit organiser sa vie sociale et relationnelle et une personne âgée en établissement qui souhaite terminer sa vie dans les meilleures conditions. Accompagner un handicapé tout au long de sa vie pour le rendre le plus autonome possible et accompagner une personne âgée en perte d'autonomie vers la fin de vie dans les conditions les plus dignes constituent deux parcours qui ne font pas appel au même type d'aides. A des situations aussi différentes doivent répondre des dispositifs qui ne peuvent être similaires. Il convient dès lors d'organiser des logiques d'aide véritablement adaptées à la situation que vivent les personnes. Cette adaptation ne milite pas pour un système unique quel que soit l'âge.

Financièrement, une prestation unique de compensation n'est pas non plus réaliste. Il s'agit aujourd'hui, face aux attaques de ceux qui souhaitent le démanteler, de consolider le régime d'aide aux personnes âgées dépendantes. Il ne s'agit pas d'en multiplier le coût par trois ou quatre !

¹⁴ Etudes & Résultats – DREES – Clotilde DEBOUT - La durée de perception de l'APA : 4 ans en moyenne – n° 724 – Avril 2010

En 2009, en effet, **1,1 million de personnes âgées percevaient l'APA** pour un montant moyen de **406 €** à domicile et de **307 €** en établissement. Dans le même temps, **71 000** personnes percevaient la PCH pour un montant moyen de **980€/mois**¹⁵.

Des chiffres qui montrent trois réalités :

- les titulaires de l'APA sont 15 fois plus nombreux que les titulaires de la PCH ;
- la PCH est quant à elle d'un montant moyen près de trois fois supérieur à l'APA, le montant des plans d'aide n'étant pas plafonné et le « ticket modérateur » beaucoup plus faible.
- aligner demain l'APA sur le niveau de la PCH coûterait donc entre 5 et 8 milliards d'euros à nombre constant de bénéficiaires... Totalement irréaliste.

On entend bien ceux qui, par humanisme, estime que toute distinction opérée entre handicap et dépendance s'apparente à une « discrimination » selon l'âge. Mais apporter des réponses différentes à des situations différentes n'a rien de discriminatoire.

UNE « CONVERGENCE SANS CONFUSION »

Si la création d'une prestation unique de compensation alignée sur le niveau de la PCH est un scénario qui doit être exclu au regard de son coût, on peut faire en revanche le reproche à la majorité actuelle de faire totalement l'impasse sur les éléments nécessaires de convergence dans la prise en charge de la perte d'autonomie et de faire par là même l'économie d'une réflexion sur la convergence progressive des dispositifs concrets de prise en charge des personnes. Il existe en effet un véritable « tronc commun » aujourd'hui en matière de gestion de la perte d'autonomie qui permettrait d'instaurer en France un droit universel de compensation.

Les modalités d'évaluation de la perte d'autonomie (GEVA pour le handicap ; grille AGGIR pour la dépendance) nécessiterait par exemple d'être harmonisées afin d'établir des plans d'aide personnalisés qui répondent aux mêmes logiques.

¹⁵ Etudes et résultats n°710 – Clotilde DEBOUT & S-H LO - L'APA et la PCH au 30 juin 2009 - Novembre 2009.

Les dispositifs d'information, de coordination et de soutien mis en place depuis 2005 au sein des nouvelles MDPH pourraient utilement bénéficier également aux personnes âgées dépendantes. **C'est la raison pour laquelle la transformation des MDPH en maisons départementales de l'autonomie permettrait de mutualiser moyens et savoir-faire en direction des personnes en perte d'autonomie.** Nombre de missions en effet (aménagement des logements, aide aux aidants, évaluation de l'incapacité...) ou de métiers (ergothérapeutes, psycho-motriciens, aides à domicile...) s'adressent à peu près dans les mêmes termes aux personnes âgées ou handicapées. La récente proposition de loi présentée par le Sénateur Paul Blanc ne constitue qu'un ripolinage du système actuel. Une proposition plus ambitieuse consisterait à créer des Maisons Départementales de l'Autonomie sous forme d'établissements publics départementaux, qui seraient localement les interlocuteurs de la CNSA pour toutes les questions relevant du handicap et de la dépendance.

Que dire aussi des questions relatives à l'accessibilité des lieux publics aux personnes à mobilité réduite, sujet totalement commun aux handicapés moteurs et aux personnes âgées fragiles ? Que dire enfin de la question essentielle du transport adapté qui se pose dans les mêmes termes pour les personnes handicapées ou les personnes âgées ?

Notre société a également dès aujourd'hui à faire face à une (heureuse) progression de l'espérance de vie des handicapés mentaux, laquelle a triplé en 50 ans. A titre d'exemple, une personne trisomique sur deux atteint désormais 60 ans contre 20 ans dans les années 50. Ce vieillissement des personnes handicapées milite pour un décloisonnement permettant une meilleure fluidité entre handicap et dépendance.

Enfin, il conviendra de trouver une solution à la barrière d'âge des 60 ans. Non pas en harmonisant toutes les prestations quelque que soit l'âge mais en traitant le cas particulier des personnes qui subissent un handicap peu avant ou peu après 60 ans. Il faudra sur ce point adapter notre système pour que le 60^{ème} anniversaire n'apparaisse pas comme un couperet administratif déconnecté de la vie réelle des personnes.

Dès lors, il n'apparaît ni sain, ni juste d'aborder, comme le fait le gouvernement depuis deux ans, la question du 5^{ème} risque sous le angle du seul vieillissement sauf à persévérer dans un

cloisonnement qui ne permettrait pas de mutualiser les bonnes pratiques. Entre l'étanchéité totale entre handicap et dépendance et l'uniformisation de dispositifs qui doivent rester en partie spécifiques, il existe donc une voie de convergences souhaitables.

DEPENDANCE ET SOINS

La frontière entre dépendance et soins est parfois ténue. La dépendance est certes souvent la conséquence de maladies chroniques invalidantes. Mais il convient de tenir bon sur le principe suivant : chaque assuré social, quelque soit son âge, doit relever pour ses soins de l'assurance maladie. En ce sens, la prise en charge de la dépendance ne peut être confondue avec le soin. Nous reviendrons plus loin (cf. chapitre II) sur la confusion qu'entretiennent savamment François Fillon et son gouvernement sur les sommes aujourd'hui affectées à la dépendance.

Mais pour l'heure, il convient de redire le côté surréaliste des prises en charge sanitaires dans le secteur médico-social. Dans un Ehpad, le salaire d'une aide soignante n'est pris en charge par l'assurance maladie qu'à 70%, les 30% restant étant à la charge de l'APA et, on l'oublie souvent, à la charge de l'usager lui-même s'il ne perçoit pas l'APA. Nulle part ailleurs une telle segmentation n'existe. Le patient paie-t-il une partie de son aide soignante à l'hôpital ? Non évidemment. Alors pourquoi cela serait-il légitime en Ehpad ou à domicile ? Le transfert vers l'assurance maladie des quote-parts d'aide-soignante ou d'aide médico-psychologique qu'elle ne prend pas aujourd'hui en charge coûterait certes 1 milliard d'euros à l'Assurance Maladie. Mais outre qu'elle ne ferait alors que payer ce qu'elle doit à ces assurés sociaux âgés, un tel transfert permettrait d'alléger d'autant le « reste à charge » payé par les familles.

DEPENDANCE ET HEBERGEMENT

La dépendance, c'est l'aide aux actes essentiels de la vie quotidienne. L'hébergement c'est le « gîte et le couvert ». On peut évidemment estimer normal que la collectivité ne prenne pas en charge le loyer ou les frais de nourriture d'une personne âgée sous prétexte qu'elle est dépendante.

Le problème pourtant se pose en Ehpad où le tarif hébergement est en moyenne de 1.500 à 2.000 euros par mois tandis que le tarif dépendance évolue aux alentours de 300 à 450 euros/mois. Quand bien même l'APA prendrait en charge la totalité du tarif dépendance, il n'en resterait pas moins près de 2.000 euros « d'hébergement » à la charge du résident. La question du « reste à charge » dans les Ehpad ne se résoudra donc qu'en admettant que la couverture de la dépendance doit avoir, ici, une signification plus extensive que la solvabilisation du seul tarif « dépendance » pour s'étendre à la solvabilisation partielle de l'hébergement.

Certes, les personnes âgées hébergées en établissement peuvent aujourd'hui bénéficier des aides au logement versées par la Caisse Nationale d'Allocations Familiales. N'est-il pas d'ailleurs logique que les grands-pères et grands-mères puissent en effet être pleinement concernés par la politique « familiale » ?

	Nombre de bénéficiaires	Montant moyen de l'aide mensuelle (en €)	Coût annuel (en millions d'€)
Allocation de Logement à caractère social (ALS)	155.865	163	304
Allocation Personnalisée au Logement (APL)	108.098	203	263
	263.963		568

Le montant de ces aides dépend principalement des ressources du résident. De fait, les aides au logement constituent un moyen non négligeable de solvabilisation du tarif hébergement. Mais celles-ci restent notoirement insuffisantes.

Elles sont d'abord d'un montant moyen peu élevé par rapport aux coûts d'hébergement constatés aujourd'hui dans la plupart des Ehpad. Pour un Ehpad en Ile de France, l'allocation

représente moins de 10% du prix d'hébergement généralement demandé à la personne. Qui plus est, l'ALS est inférieure en moyenne à l'APL alors que l'ALS est perçue dans les établissements non conventionnés APL qui justement pratiquent généralement des tarifs hébergement supérieurs.

Enfin, seuls 23% et 12% des résidents en Ehpad perçoivent respectivement l'ALS et l'APL¹⁶. 65% des personnes âgées accueillies en Ehpad ne perçoivent donc aucune aide au logement de la CNAF. Il y a clairement sur ce point une marge de progression évidente si l'on veut bien considérer les « anciens » comme faisant pleinement de la politique...familiale.

Pour une suppression de l'obligation alimentaire

Il existe enfin un autre mode de solvabilisation du tarif hébergement avec l'Aide Sociale à l'Hébergement versée aujourd'hui par les conseils généraux à 116.000 personnes âgées dont 87.000 hébergées en Ehpad.

Ici, lorsqu'une personne âgée dispose de revenus insuffisants pour acquitter son prix de journée, et pour peu qu'elle soit hébergée dans un établissement habilité à l'aide sociale (soit 75% du parc actuel), le Conseil Général paie la différence entre ses revenus et le prix. Mais il ne le fait qu'une fois mis en œuvre l'obligation alimentaire des enfants. Ce qui signifie que les enfants de personnes âgées aux revenus modestes, disposant souvent eux-mêmes de faibles revenus et ayant fréquemment des enfants à charge, doivent contribuer assez fortement au financement des frais de dépendance de leurs parents.

On estime souvent normal que cette « obligation alimentaire » vienne traduire, en terme d'efforts financiers, la « solidarité familiale » des descendants vers les ascendants. Il est à noter pourtant qu'en matière de RSA, l'obligation alimentaire n'est pas opposée aux parents aux profits de leurs enfants. La solidarité marcherait ici dans un sens et pas dans l'autre...

Il faut enfin préciser que nombre de conseils généraux ont finalement décidé de ne plus en mettre en œuvre un système qui coûte parfois plus en terme de recouvrement qu'en recettes.

¹⁶ Rapport IGAS – « La composition des coûts mis à la charge des résidents des Ehpad » - MM. Branchu, Voisin, Guedj, Lacaze, Paul – Août 2009 – La Documentation Française

Sans compter les tensions que les calculs de quote-parts entre frères et sœurs en fonction de leurs revenus respectifs peuvent entraîner parfois dans les familles.

Il est proposé clairement proposer ici de supprimer l'obligation alimentaire dans le cadre de l'aide sociale à l'hébergement. Il n'est plus possible de faire supporter à des ménages aux revenus faibles ou moyens une charge souvent lourde. En revanche, l'aide sociale continuerait de faire appel au recours sur succession.

UN ENJEU INSTITUTIONNEL : UNE OFFRE INSATISFAISANTE, UNE GOUVERNANCE PEU CLAIRE ; UN SYSTEME ILLISIBLE POUR LE CITOYEN

UNE OFFRE QUALITATIVEMENT INSATISFAISANTE

Au-delà des seuls aspects quantitatifs, l'offre actuelle est insatisfaisante. C'est en tout cas ainsi que la jugent les citoyens. Interrogées sur leur degré de satisfaction quant à la prise en charge des personnes âgées par les pouvoirs publics, ils ont témoigné lors de plusieurs vagues successives de sondages leur insatisfaction croissante (63 % en 2003 ; 72 % en 2005 ; 75 % en 2009). Une insatisfaction due au coût des prestations, à leur qualité et au maquis du parcours de soins.

Un coût élevé pour les familles

Le coût demeure, de loin, le principal sujet d'insatisfaction. 97 % des personnes interrogées considèrent cher l'accès à une maison de retraite et 65 % estiment coûteux de recourir à des services d'aide à domicile.

Un niveau de qualité en progression mais un effort encore incomplet

La qualité des prestations est en nette progrès depuis 10 ans. Le lancement en 2000 du vaste mouvement de signature par les 6000 maisons de retraite de « conventions tripartites » a grandement contribué à la hausse sensible du niveau moyen de qualité dans les établissements. Progrès indéniable en terme architectural (surface minimale des chambres,

espaces de vie commune, locaux de soins...). Elévation notable du niveau moyen de formation des personnels tant en maison de retraite qu'à domicile.

Ces progrès, évidents, ne doivent toutefois pas cacher l'état problématique d'une partie de l'offre. Oui, il existe encore des établissements aux normes de confort totalement dépassées. Oui, il existe encore des services d'aide à domicile qui « ferment leurs portes » le vendredi soir et n'assurent aucun service le week-end. Oui, il existe encore des personnels insuffisamment formés qui rendent possibles la survenance d'actes de maltraitance.

Mais force est de constater qu'il existe tout de même un grand décalage entre le jugement des citoyens, terriblement critique, et la réalité de prestations en progrès extrêmement sensible depuis 10 ans.

Mais l'insatisfaction concerne également le maquis qu'est devenu le parcours de soin de la personne âgée

Lorsqu'une personne âgée cumule pathologies et perte d'autonomie, elle doit avoir recours à plusieurs types d'offres : services d'aide à domicile pour les tâches d'assistance quotidienne ; services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) lorsque son état de santé requiert une plus grande médicalisation ; recours à un EHPAD en cas d'hébergement de longue durée ; services de soins et de réadaptation (SSR) en cas de sorties d'hospitalisation ; et recours évidemment au court séjour hospitalier. Mais à cette chaîne s'ajoute le maillon essentiel de la médecine de ville et notamment du médecin généraliste.

Or, ce parcours de soin est aujourd'hui un des problèmes les plus aigus pour la personne âgée en perte d'autonomie.

Signe évident de ces dysfonctionnements : le recours inconsidéré aux services d'urgences des hôpitaux à partir de 70 ans. En enlevant les diagnostics propres aux personnes âgées (décompensation, chutes...), le recours aux urgences connaît une hausse aussi brutale qu'absurde à partir de 70 ans.

UNE GOUVERNANCE PEU CLAIRE

Aujourd'hui, une multitude d'organismes interviennent dans le champ de l'aide aux personnes âgées.

L'assurance maladie couvre les soins. La CNAVTS et les caisses de retraite complémentaires mènent des actions sociales, notamment le financement des aides ménagères pour les personnes en GIR 5 et 6 non prises en charge par l'APA. Les mutuelles interviennent comme financeurs complémentaires des soins de ville. Les conseils généraux versent l'APA ainsi que l'aide sociale. Les centres communaux d'action sociale sont les lieux où se rendent majoritairement les personnes âgées en première intention quand bien même ceux-ci ne délivrent pas théoriquement d'aides spécifiques aux personnes âgées en perte d'autonomie. Les Agences Régionales de Santé délivrent les crédits d'assurance maladie versés aux établissements et aux services de soins infirmiers à domicile. Les Caisses d'Allocations Familiales acquittent des allocations logement pour nombre de personnes âgées à domicile voire même en établissement. Les CLIC (Centres Locaux d'Information et de Coordination) créés en 2002 remplissent certes un rôle utile là où ils sont implantés mais ils le sont de manière totalement erratique sur le territoire. Enfin, la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie gère au plan national ces crédits de médicalisation ainsi que la part « Etat » de l'APA...

Le moins que l'on puisse dire est que, dans ces conditions, les politiques publiques font l'objet d'une dilution absolue ne permettant que trop rarement de mener des politiques cohérentes et égalitaires sur le territoire national.

UNE ILLISIBILITE POUR LE CITOYEN

Mais encore – pourrait-on se dire - tant que ce capharnaüm ne concerne que les institutions, celles-ci peuvent s'en débrouiller. Plus grave en revanche, est le dédale suivi par les familles pour y voir clair.

Lorsqu'on sait que 80% des décisions d'entrée en maison de retraite sont prises par les familles, et ce, dans un contexte généralement marqué par l'urgence et le désarroi, il est scandaleux aujourd'hui que le système soit si opaque pour elles.

A qui s'adresser ? Quelles aides percevoir ? A quelles portes faut-il frapper ? Au-delà de la seule question cruciale de la solvabilisation des personnes âgées, la simplification des circuits et des aides est une nécessité morale pour les centaines de milliers de familles qui, chaque année, se trouvent dans une telle situation de crise.

LE PROJET DE LA DROITE : L'INDIVIDU SEUL FACE A SA DEPENDANCE

Il n'est pas possible aujourd'hui d'analyser, pour le critiquer ou pour le louer, le projet présenté par le Gouvernement. Tout bonnement parce que celui-ci n'existe pas. Depuis 2007, date de l'élection de Nicolas Sarkozy, le pouvoir exécutif ne s'est engagé sur rien. Trois ans et demi après le début du quinquennat, Nicolas Sarkozy et Roselyne Bachelot ont tout juste pris la peine d'ouvrir un « grand débat national sur la dépendance ». Mais ils n'ont pas pris la peine en trois ans et demi de décider de quoi que ce soit d'autre.

Dès lors pour juger des propositions du camp conservateur, il convient de s'appuyer sur des rapports parlementaires émanant de députés ou de sénateurs UMP mais aussi sur les rares débuts d'orientation lancés timidement par le Président de la République.

PENDANT LES TRAVAUX...LA VENTE CONTINUE !

Il existe un terrible paradoxe entre les discours consistant à améliorer, pour le futur, le sort des personnes âgées dépendantes tout en ne faisant aucun effort depuis 2007 pour stopper la dégradation de cette prise en charge.

L'Etat finance de moins en moins l'APA

Le gouvernement plaide-t-il pour un renforcement du socle de solidarité nationale ? Mais que ne l'a-t-il fait depuis 2007 ? Or, le tableau qui suit montre la lente dégradation de la part de la solidarité nationale dans le financement de l'APA. En seulement deux ans, les Conseils généraux (dont la fiscalité locale) ont ajouté 800 millions d'euros au financement de l'APA tandis que dans le même temps l'engagement de l'Etat diminuait de 81 millions !

	Financement Conseils Généraux	Financement CNSA	Taux de couverture
2008	4.854	1.598	32,9%
2009	5.150	1.548	30%
2010	5.658	1.517	28%
2008/2010	+ 804 millions €	- 81 millions d'€	

L'Etat ne respecte pas son engagement sur l'exclusivité des recettes du « jour férié »

Le gouvernement avait-il assuré en 2004 que pas un sou du « Lundi de Pentecôte » ne serait affecté à une autre destination qu'aux personnes âgées et handicapées. Or, depuis deux ans, l'Etat « siphonne » les excédents de la CNSA pour les reverser à l'Assurance Maladie. En clair, l'Etat organise durant l'année la sous-consommation des crédits puis constatant en fin d'année que les crédits affectés à la CNSA n'ont pas été intégralement dépensés, il décide de les « rendre » à l'Assurance Maladie. En 2010, 150 millions d'euros ont ainsi été subtilisés. Comment dès lors faire crédit à ceux qui aujourd'hui plaident de nouveau pour la suppression d'un second jour férié quand le gouvernement s'est révélé incapable sur le « premier jour férié » d'éviter le syndrome de la « vignette automobile ».¹⁷

LA DROITE ENTRE ATTENTISME ET CATASTROPHISME

On ne sait toujours pas à ce jour si un dispositif législatif global sur la dépendance pourra être adopté d'ici la fin du quinquennat. Pourtant, cette proposition figurait en bonne place dans le programme Nicolas Sarkozy en 2007.

¹⁷ La vignette automobile a été instituée en France par le gouvernement de Guy Mollet pour financer l'instauration en 1956 du minimum vieillesse. Puis elle a été transférée plus tard aux départements sans être spécifiquement dédiée aux personnes âgées.

UN ATTENTISME COUPABLE

En 2007, le programme présidentiel de Nicolas Sarkozy prévoyait expressément la « *création d'un 5^{ème} risque de sécurité sociale co-géré par les conseils généraux et la sécurité sociale* ». Ce qui à ce stade, avouons-le, ne signifiait rien. Mais dès le 18 septembre 2007, dans un discours prononcé au Sénat, le Président de la République dessinait les contours de son projet dans ces termes :

« Concrètement, il s'agit de définir un nouveau droit à la protection sociale, commun à l'ensemble des personnes en situation de perte d'autonomie, handicapés et personnes âgées dépendantes. Ce droit devra être mieux adapté à la diversité des situations individuelles et prendre en compte de manière plus juste les capacités contributives des personnes, ainsi que leur patrimoine.

Il s'agit ensuite de développer l'assurance individuelle contre le risque de dépendance. Les investisseurs privés doivent investir davantage dans ce secteur, non pas en substitution de la solidarité nationale mais en complément. La dépendance des personnes âgées est le plus souvent un risque assurable qui peut être couvert en partie par des produits financiers innovants. Ces produits d'épargne longue pourront être fiscalement avantageux. Je souhaite qu'ils puissent comporter une sortie en rente en cas de réalisation du risque, mais aussi en nature, sous la forme d'un panier de prestations de services. Ce chantier doit aussi aboutir au premier semestre 2008. »

Un 5^{ème} risque couvrant l'ensemble du champ de la perte d'autonomie (personnes âgées et personnes handicapées) ; un risque faisant appel au patrimoine des personnes ; un risque enfin couvert de manière complémentaire par des assurances privées : voilà quelles étaient les pistes annoncées par le Président de la République dès septembre 2007.

- Ce 18 septembre 2007, cinq mois après son élection, Nicolas Sarkozy s'engage à rendre public un projet de loi au premier semestre 2008. Mais finalement rien ne paraît à cette date.

- Puis à l'automne 2008, des groupes de concertation sont convoqués au Ministère des Affaires Sociales dont le titulaire était déjà à l'époque Xavier Bertrand. Le ministre annonça alors la publication d'un projet pour janvier 2009. Mais janvier 2009 rien n'arriva.
- Nicolas Sarkozy s'exprima de nouveau le 12 mai 2009 lors d'un déplacement à Nancy. Il y annonça des décisions pour l'automne 2009. Mais à l'automne 2009, rien n'arriva.
- Il faudra donc attendre le mois de novembre 2010 pour que le Président de la République annonce un projet de loi pour l'automne...2011.

Car plutôt que de prendre des décisions dès maintenant, le gouvernement a choisi de réunir des groupes de travail entre février et mai. Quatre groupes de travail décomposés en une vingtaine de sous-groupes de travail. Et ce après que, pourtant, une multitude de rapports ait depuis 2007 expertisé tout ce qu'il y avait à expertiser.

Ce parcours pourrait prêter à sourire s'il n'était pas désespérant pour les millions de familles qui, chaque jour, sont confrontées aux difficultés de prise en charge de leurs parents.

Mais pendant les travaux, la vente continue : le financement de l'APA continue mois après mois d'étrangler les conseils généraux les moins riches ; le coût des prestations en maison de retraite ou à domicile continuent de croître inéluctablement ; depuis 2007, le nombre de nos concitoyens âgés de plus de 85 ans a augmenté de plus de 200.000 ; et les services d'aide à domicile, asphyxiés par la faible prise en charge publique, connaissent une vague de cessation de paiement ou de liquidation sans précédent dans notre pays.

Rien ne justifiait une telle inaction depuis 2007. Or, aujourd'hui, il n'est même pas certain, malgré tout le battage médiatique, qu'une réforme puisse effectivement être votée avant la fin du quinquennat. Nicolas Sarkozy s'y est certes engagé. Mais aussitôt, Roselyne Bachelot a au contraire décrit deux étapes successives : des mesures insérées dès l'automne 2011 dans le PLFSS ; et un projet de loi plus global portant sur l'architecture générale du système qui, lui, serait pour l'après-présidentielles. Il faut comprendre en effet que le PLFSS qui sera débattu à l'automne ne peut institutionnellement comprendre que des mesures financières limitées et n'a pas la compétence de réformer en profondeur le système de prise en charge de la dépendance.

UN CATASTROPHISME TOUT SAUF INNOCENT

Outre cet attentisme incompréhensible, le gouvernement cède à un second travers : celui du catastrophisme quitte à en rajouter dans les contre-vérités.

La première contre-vérité fut assénée voici quelques mois par un conseiller proche du président de la république qui, parmi les « 4 sujets de dérapage » pour les finances publiques, citait « l'effet du vieillissement sur les hausses des dépenses d'assurance maladie ». La France comptera de plus en plus de personnes âgées. Les personnes âgées consomment plus de soins que la moyenne de la population. Donc, le vieillissement sera la principale cause du « dérapage » des dépenses de santé. Le raisonnement est simple. A la limite du syllogisme. Mais il est faux !

Un récent rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie (HCAAM)¹⁸ vient, fort opportunément le rappeler. Certes, la consommation de soins est une fonction croissante de l'âge. Les plus de 75 ans représentent 8% de la population mais 20% des dépenses. Mais ici la dépense n'est pas liée à l'âge mais bien...à la maladie. Le nonagénaire qui n'est pas malade consommera peu de soins. Mais il est vrai que les maladies se concentrent sur le grand âge. Autrement dit, les « très vieux » sont de gros consommateurs de soins non parce qu'ils sont « vieux » mais parce qu'ils sont « malades » !

Le poids des dépenses des « très vieux » reste au demeurant à relativiser. Ainsi, les « plus de 85 ans » consomment en France autant de dépenses de soins que les « moins de 10 ans ». Faut-il dès lors s'interroger sur la limitation des soins aux enfants qui dépendent trop ? Quant aux dépenses de soins engendrées lors de la dernière année de vie, dont on sait qu'elle est l'année la plus « consommatrice de soins », elles représentent seulement 8% de la dépense totale d'une vie.

¹⁸ « Vieillissement, longévité, assurance-maladie » - Note du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie – Avril 2010

Le rapport du HCAAM à la suite de tous les travaux scientifiques menés ces dernières années (ceux de Brigitte Dormont notamment)¹⁹ montre enfin que l'impact du vieillissement sur la hausse des dépenses de santé est totalement mineur. Ainsi, la part des dépenses de santé dans le PIB de « l'Europe des 15 » devrait passer de 7,7% en 2005 à 12,8% en 2050, soit une hausse de 5,1 points. Or, sur ces 5,1 points, le seul impact du vieillissement démographique pèse pour...0,4 point ! Tous les experts sérieux le savent : ce sont les incidences des progrès technologiques ainsi que les modes de consommation qui sont les principales causes de la croissance des dépenses.

On le voit d'ailleurs à travers les exemples étrangers. Quel est le pays où le vieillissement de la population a été le plus massif ? Le Japon, pays dont les dépenses de santé sont passées en 1960 à 2006 de 3 à 7 points de PIB. Dans le même temps, les Etats-Unis et la France, où la tendance au vieillissement était nettement moindre, connaissaient une évolution des dépenses de santé de 7 à 15% du PIB pour les premiers et de 4 à 11% pour la seconde... Expliquez avec de telles statistiques que le vieillissement constitue la cause essentielle de l'explosion future des dépenses est donc un non –sens. Mais l'argument sert peut-être à expliquer à l'opinion publique que la lourdeur des coûts à venir commande d'imaginer des solutions nouvelles autres que celles habituellement mises en œuvre dans notre pays depuis 1945...

Falsification démographique ensuite. Ainsi, le 25 octobre 2010, en pleine réforme des retraites, Christian Estrosi, alors ministre de l'Industrie, à qui on ne connaissait pas ce talent de démographe, déclara face à François Chérèque et Bernard Thibault : « *en 2030, c'est simple, nous aurons une espérance de vie de près de 100 ans* » (sic...).²⁰ Et depuis cette époque, Nicolas Sarkozy ne peut plus faire un discours sans rappeler que « *un lycéen sur deux d'aujourd'hui deviendra centenaire.* ».

Certes, ces arguments avaient pour intention première de dramatiser la situation pour mieux expliquer la nécessité de réformer les retraites. Ils n'en sont pas moins faux tous les deux. L'Institut National des Etudes Démographiques estime plutôt que 16% des filles (et seulement 4% des garçons) nés en 2000 deviendront centenaires. Ce qui est vrai en revanche, c'est qu'une petite fille sur deux née en ce début de siècle devrait atteindre l'âge de 92 ou 95 ans.

¹⁹ Brigitte Dormont – *Les dépenses de santé : une augmentation salutaire ?* 2010

²⁰ Les lycéens centenaires – *Libération* – Cédric Mathiot – 18 novembre 2010

Ce qui n'est déjà pas si mal, non ? Quant à l'espérance de vie en 2030, elle sera au mieux de 83-85 ans, bien loin des 100 ans indiqués par le Maire de Nice.

Mais au-delà de ces galéjades, il faut noter avec tout l'intérêt que représentent les propos habituellement pondérés de François Fillon, ce qu'il a indiqué lors de son discours d'investiture en novembre dernier. Le Premier Ministre a expliqué que la France consacrait actuellement 22 milliards d'euros à la dépendance des personnes âgées et que cet effort s'élèverait à 30 milliards d'euros « dans les prochaines années ».

Ces chiffres sont évidemment totalement faux mais il participe de la dramatisation de l'enjeu. Ils sont faux d'abord parce qu'ils constituent un amas de bric et de broc. Que trouve t-on dans ces 22 milliards ? Comme le montre le tableau suivant, y figurent essentiellement des crédits d'assurance maladie pour 12 milliards sur les 21 recensés.

Prestations	Montant (en Md€)	Financier
APA	5,1	Conseils généraux et CNSA
Allocations logements	0,6	CAF et MSA
Aide sociale à l'hébergement	1,1	Conseils généraux
Dépenses de maintien à domicile des régimes de retraite (prévention à l'attention des GIR 5 et 6)	0,4	Régimes de retraite
Dépenses fiscales de l'Etat (exonération d'IR pour l'APA et réduction d'IR pour les personnes dépendantes accueillies en établissement spécialisé)	0,6	Etat
Exonération de cotisations sociales pour les salariés employés par des bénéficiaires de l'APA	1,5	Assurance Maladie
Sous-total	9,3	
Etablissements et services sociaux et médico-sociaux (« ONDAM médico-	7,2	Assurance Maladie

social »)		
Soins de ville et d'hospitalisation des personnes âgées dépendantes	4,7	Assurance Maladie
Total	21,2	

Source : D'après rapport Rosso-Debord, données ou estimations 2008 ou 2009.

Une autre façon de mettre en perspective les dépenses liées à la dépendance consiste à les comparer à d'autres dépenses sociales : au plus un point de PIB pour la dépendance, de l'ordre de 13 points de PIB pour les dépenses de retraite.

Malhonnêtes, ces chiffres sont brandis pour dramatiser la situation et montrer que la solidarité nationale, à elle seule, ne pourra pas assumer la prise en charge de la dépendance dans notre pays.

Une telle argumentation est censée dès lors légitimer les solutions esquissées par la droite : recours sur succession et recours aux assurances privées.

LES SOLUTIONS DE LA DROITE : ASSURANCE PRIVEE ET RECOURS AU PATRIMOINE.

Faute de projet publié par le gouvernement, un document fait aujourd'hui référence : le rapport parlementaire de Valérie Rosso-Debord, députée UMP de Meurthe-et-Moselle rendu public en juin 2010.²¹

Il comporte certes quelques propositions loufoques au point que son propre auteur ne les reprend désormais plus à son compte. Parmi celles-ci figurait la proposition de supprimer l'APA pour les personnes âgées en GIR 4 (dépendance moyenne). Ce qui aurait conduit à supprimer l'APA pour 46% des 1,2 millions bénéficiaires actuels...

²¹ Rapport d'information n°2647 sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes – Juin 2010

Mais ce rapport est, sur deux points au moins, dans la droite ligne des principes fixés en 2007 par le Président de la République : il propose l'instauration d'une assurance privée individuelle obligatoire pour prendre en charge la dépendance sous le prétexte que « *le financement public est désormais incapable de procurer les futurs milliards de dépenses que coûtera dans un avenir proche la dépendance des personnes âgées* ». Et il propose également de faire contribuer le patrimoine des personnes âgées à travers un succédané de recours sur succession appelé « gage sur patrimoine ».

Le choix de l'assurance privée est ici purement idéologique. Il répond à l'objectif de ne pas augmenter les prélèvements obligatoires et revient à créer une rente pour les sociétés d'assurance. Pourtant comment qualifier autrement qu'un prélèvement obligatoire une contribution imposée par la loi à tous les citoyens de plus de 50 ans ? Même Philippe Bas ancien ministre chargé des affaires sociales, expliquait dans *Le Monde* du 5 août 2010 que « *la vocation du cinquième risque n'est pas d'enrichir les actionnaires du CAC 40* ».

Le rapport Rosso-Debord propose donc la souscription d'une assurance perte d'autonomie obligatoire à partir de 50 ans.

Au-delà même d'arguments idéologiques sur le rejet ou non par principe d'un recours aux assurances privées, nous proposons de repousser ici ce scénario pour quatre bonnes raisons techniques.

LE RECOURS AUX ASSURANCES PRIVEES NE REpond EN RIEN AU DEFI DE LA DEPENDANCE

Ces propositions d'aménagement sont inacceptables pour au moins quatre raisons :

- un net accroissement de la complexité
- un coût global plus élevé
- le fait que ce système soit régressif et inégalitaire
- et surtout le nécessaire encadrement de l'assurance privée rend douteux l'intérêt d'une telle solution par rapport à une prise en charge publique.

- Un net accroissement de la complexité pour un système au final moins efficient

Le caractère obligatoire de l'assurance dépendance semble difficile à mettre en œuvre : il est donc probable que cette obligation ne sera pas respectée sauf à imaginer des mécanismes de sanction suffisamment dissuasifs. La vérification de l'assurance automobile -obligatoire - est simple puisqu'elle consiste en l'apposition d'un macaron sur le pare-brise du véhicule. Or, ici, comment « sanctionnera » t-on le citoyen qui a décidé d'échapper à son obligation ?

A l'instar du marché des complémentaires santé dont on ne cesse de critiquer le manque de lisibilité et la difficulté pour l'assuré de « s'y retrouver », la mise en place d'une assurance perte d'autonomie privée impliquant de nombreux acteurs augmenterait considérablement le degré de complexité de notre système de protection sociale.

Le coût d'information pour les particuliers serait élevé puisqu'ils devraient faire un choix entre différents acteurs (mutuelles, institutions de prévoyance, sociétés d'assurance) offrant théoriquement des produits comparables mais qui auront néanmoins certainement un caractère multiforme.

A la différence de l'assurance santé, la dépendance est un risque inter-temporel situé dans un avenir relativement lointain qui suppose un versement continu de cotisations jusqu'au moment de la réalisation du risque. C'est pourquoi la portabilité des droits - en cas de changement d'entreprise par exemple comme dans le cas de la prévoyance retraite - est essentielle, certaines garanties pouvant être offertes via la protection sociale d'entreprise. Elle semble toutefois compliquée à organiser, surtout pour les garanties qui iraient au-delà du socle minimal.

Un tel système, dont l'encadrement réglementaire serait particulièrement complexe, irait donc à l'encontre des objectifs qui sembleraient souhaitables de simplicité, de lisibilité et d'efficience du système. De plus, le système de transition tel qu'il est envisagé semble particulièrement compliqué à mettre en place dans la mesure où il accroît encore les problèmes d'articulation entre les couvertures privées et publiques.

- Un système plus coûteux et moins efficace

Comme c'est le cas pour les dépenses de santé, l'assurance privée s'avère moins efficace que l'assurance publique (sociale) obligatoire. La complexité, l'asymétrie d'information liée à la multiplicité des acteurs, la multiplicité des contrats d'assurance (y compris pour un même assureur ou une même mutuelle), la segmentation du « marché » et les frais de marketing impliquent des coûts importants. Les coûts de gestion sont très supérieurs à l'assurance sociale obligatoire²² et les hypothétiques avantages espérés de la concurrence ne sont pas au rendez-vous. Même si des acteurs intéressés y voient un « marché » d'avenir, le recours à l'assurance privée ne peut être envisageable que de façon complémentaire et ne doit pas bénéficier d'avantages fiscaux.

- Un système régressif et inégalitaire

Les assureurs seraient tenus de proposer un socle minimum de couverture (une prestation d'un montant donné pour chaque niveau de dépendance) pour une cotisation mensuelle (forfaitaire) dont le rapport Rosso-Debord indique qu'elle pourrait s'élever entre 20 et 30 € en fonction de l'âge de souscription ; mais chacun serait libre de souscrire des garanties plus élevées. Ainsi, on verrait se développer un système où les plus aisés pourraient souscrire des assurances confortables tandis que les plus démunis bénéficieraient du socle minimum de couverture qui exclurait les dépendances partielles, sans aucune dimension redistributive ou solidaire. Or, les comparaisons internationales montrent sans ambiguïté que les systèmes les moins solidaires sont les plus dépensiers pour un niveau de performance moins bon.

De plus, cette obligation d'assurance revient à créer un nouvel impôt forfaitaire : les plus riches comme les plus pauvres paieront 30 € pour bénéficier d'une couverture, à rebours du principe de proportionnalité des cotisations et contributions et de progressivité de l'impôt.

²² En matière d'assurance maladie, les frais de gestion de l'assurance maladie obligatoire sont de l'ordre de 5,4 % tous régimes confondus et de 4 % dans le régime général, à comparer aux frais de gestion de l'assurance maladie complémentaire qui s'élèvent en moyenne à 24,4 % selon la Cour des comptes (rapport de 2008). Un rapport du ministère réalisé pour le Parlement en 2009 à partir des données de l'autorité de contrôle des assurances et des mutuelles (ACAM) et du Fonds CMU montre que les coûts de gestion des contrats santé s'élèvent à 30 % pour les assureurs non vie, à 12 % pour les institutions de prévoyance et à 17 % pour les mutuelles.

Outre le fait qu'il semble difficile de convaincre des personnes modestes de consacrer un montant non négligeable de leurs revenus à la couverture d'un risque lointain, les obliger à le faire reviendrait pour les bénéficiaires de minima sociaux à diminuer le montant de leurs ressources de 30 € par mois. En outre, on peut supposer que pour rendre effective cette obligation, l'accès à certains droits pourrait être conditionné à la présentation d'une attestation d'assurance. On voit bien les dérives que cette obligation peut engendrer.

- L'impossibilité pour l'Etat de fixer le « juste prix » : transfert massif au bénéfice des assureurs privés ou l'Etat assureur en dernier ressort en cas de déséquilibre financier majeur

L'assurance dépendance est confrontée à une difficulté majeure à long terme : la possibilité même d'assurer ce risque suppose que l'on soit en mesure d'évaluer ce risque par une approche actuarielle. Or, certains estiment que ce risque n'est pas forcément assurable²³. Les incertitudes sont à la fois économiques (rendements des placements, coût unitaire de la prise en charge de la dépendance) et démographiques (évolution des tables de passage entre bonne santé, dépendance et décès).

Le coût unitaire futur de prise en charge de la dépendance dépend de nombreux facteurs : parts relatives des prises en charge formelles et informelles et du maintien à domicile versus placement en établissement ; évolution du coût des prestations de service directement lié au coût du travail et à la qualification des intervenants. Le rapport Rosso-Debord évacue cette question en prévoyant uniquement le versement d'une rente en nominal, puisque la rente qui serait versée n'aurait pas de lien avec les dépenses auxquelles les assurés devraient faire face. Même si le rapport parlementaire évoque la nécessité d'une revalorisation périodique des cotisations et des rentes en concertation avec la CNSA, on est loin d'une assurance qui prendrait en charge le financement d'un plan d'aide personnalisé.

Quant aux incertitudes démographiques, elles jouent plus fortement en matière de dépendance partielle et psychique (maladie d'Alzheimer notamment). Elles concernent la probabilité

²³ D. M. Cutler et R.J. Zeckhauser (1997), « Reinsurance for catastrophs and cataclysm », NBER working paper.

d'occurrence et l'évolution future de la durée de vie en incapacité. Si les incertitudes sont très grandes à horizon 2030, période où les baby-boomers atteindront le grand âge, les progrès de la médecine peuvent également réserver de bonnes surprises, auquel cas, les provisions qu'auront constitué les assureurs se transformeront au moins en partie en bénéfiques.

Si la nécessité d'une réglementation rigoureuse du marché de l'assurance dépendance est reconnue, réglementer efficacement n'est donc pas un exercice aisé. Dans la mesure où ni les pouvoirs publics ni les compagnies d'assurance ne connaissent précisément la distribution des risques futurs, une assurance privée encadrée en ce qui concerne le niveau des primes et des rentes associées serait confrontée aux difficultés suivantes²⁴ :

- les pouvoirs publics imposeraient des primes basses et on risquerait de voir les assureurs refuser de vendre des contrats en raison du risque qu'ils encourent ;
- sur la base des projections « hautes » d'évolution de la dépendance, les pouvoirs publics fixeraient un niveau de prime relativement haut et on courrait le risque - mais dans trente ans - de s'apercevoir que les pouvoirs publics ont organisé un transfert massif au bénéfice des assureurs privés - sans que cela exclue que les garanties dépendance ne soient revalorisées.

De plus, en cas de déséquilibre financier majeur, l'Etat endosserait certainement la responsabilité de la prise en charge du risque, ce qui soulève d'ailleurs un problème d'aléa moral concernant les assureurs eux-mêmes. Ainsi, en cas de sous-estimation du risque par les assureurs, les pouvoirs publics devront in fine se porter réassureurs.

Au vu de ces arguments, il n'y a donc pas de doute sur la supériorité d'une assurance publique sur une assurance privée qui n'ajoute que des surcoûts, des inégalités et de la complexité.

Un scénario exclu à court terme...mais qui peut se discuter pour l'avenir

Pour toutes ces raisons, l'introduction des assurances privées dans le système nous paraît aujourd'hui dangereuse et prématurée. Mais rien n'empêche pour autant de poursuivre la réflexion.

²⁴ L. Assous et R. Mahieu, « L'assurabilité de la dépendance et sa prise en charge par le secteur privé : une mise en perspective internationale », *Revue économique* – vol. 53, N°4, juillet 2002.

On a bien compris qu'aujourd'hui le gouvernement tente de « ringardiser » ceux qui excluraient ce qu'il appelle désormais lui-même un « partenariat public-privé »... Mais si ce « partenariat public-privé » consiste en réalité à demander aux classes moyennes et supérieures de s'assurer tandis que les plus pauvres seraient couverts par une assurance publique, alors oui, nous rejetons un tel système.

La construction d'un étage complémentaire nous paraît en effet hors de propos tant que le « régime de base » lui-même n'aura pas encore été consolidé. Pour autant, on ne doit pas écarter par principe ou par idéologie, toute discussion sur la participation à l'avenir des acteurs de l'assurance.

Encore faudrait-il que ceux-ci soient prêts ! Or, sur ce point, les analyses des assureurs divergent. Si certains estiment que le marché est mûr, d'autres semblent pressés...d'attendre.

Les assureurs nous semblent inaptes à apporter une réponse satisfaisante à court terme. Or, nous avons à améliorer la prise en charge immédiatement dans la décennie 2010-2020. En revanche, rien n'interdit de réfléchir avec les assureurs au système qui permettra de répondre aux défis des années 2030-2050.

Il faudra le faire alors avec l'ensemble des acteurs de l'assurance. Car il faut bien noter aujourd'hui un certain paradoxe. Alors que l'on crie haro sur les assurances privées, aujourd'hui en France, les principaux pourvoyeurs d'assurance dépendance privée sont des organismes...à but non lucratif. La MGEN et l'AG2R sont en effet aujourd'hui les deux principaux « assureurs privés » bien loin devant AXA ou les AGF... Des acteurs comme la Mutualité Française sont ainsi régulièrement écartelés entre leur volonté politique de promouvoir des solutions de solidarité nationale et la volonté parallèle de fournir à leurs adhérents des solutions complémentaires.

On ne peut dès lors résumer le débat sur le recours aux assureurs comme une volonté d'engraisser le grand capital... Nombre d'acteurs de l'économie sociale et solidaire prônent un système d'assurance publique financé par des prélèvements obligatoires. Et ne souhaitent dès lors que venir compléter ce système dès lors qu'il sera mis en place. De la MGEN à

l'AG2R en passant par la MAIF ou l'AGIRC-ARRCO, les acteurs de l'économie sociale souhaitent participer à un système complémentaire qui ne se substituerait pas pour autant à une régime de solidarité nationale.

Si nous revendiquons clairement l'exclusion à court terme de toute solution consistant à brouiller les pistes en introduisant dans le système des mécanismes d'assurance privée, rien n'exclut que le débat puisse continuer pour trouver plus tard les conditions solidaires de construction d'un étage complémentaire comme ce fut le cas dans le domaine de la santé ou des retraites.

LE CARACTERE INJUSTE DU RECOURS SUR SUCCESSION

C'est ainsi qu'est revenu de manière récurrente depuis lors l'éternel débat sur le recours sur succession, élément d'un débat plus large sur le recours au patrimoine des personnes âgées dépendantes.

Le recours sur succession : une solution injuste et inefficace

« Si la collectivité paie une allocation à une personne âgée qui possède un patrimoine, il n'est pas anormal, qu'une fois son décès intervenu, la collectivité se rembourse sur son patrimoine. » Ce jugement est communément admis par une partie de nos concitoyens. C'est ainsi que l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP), de 1975 à 1997 puis la PSD, de 1997 à 2001, firent l'objet toutes deux d'un mécanisme de recours sur succession. Et si l'APA a supprimé ce recours, de nombreux amendements parlementaires ont tenté depuis 2003 de le réintroduire²⁵.

Considéré par certains comme logique, voire juste, le recours sur succession peut aussi être jugé comme terriblement injuste et malsain. Plusieurs arguments plaident contre une telle solution de financement.

²⁵ Débats Parlementaires – Sénat – 12 décembre 2007

D'abord, davantage qu'un mode de financement, le recours sur succession, comme l'expérience de la PSD l'a montré, s'avère en pratique d'abord et avant tout un obstacle au recours à la prestation. Outre que les procédures de recours sur succession ont toujours mal fonctionné en pratique en matière d'aide sociale, de nombreuses personnes renonceraient à toute prise en charge de crainte de priver leurs descendants d'héritage.

Ensuite, le recours sur succession n'est pas un mode de financement juste socialement.

Les tenants du recours sur succession estiment normal qu'une personne âgée possédant un patrimoine participe « post-mortem » au financement de sa dépendance. Certains plaident même à gauche pour cette thèse au nom de la justice sociale. N'est-il pas « de gauche » que de considérer que les gros patrimoines peuvent payer eux-mêmes leurs propres frais afin de concentrer la dépense publique sur les plus pauvres ?

Cette logique présente de nombreuses limites. Pour le montrer, il suffit d'envisager son application à d'autres risques que le seul risque dépendance. Si on l'appliquait à la maladie, cela reviendrait à faire financer les dépenses d'hospitalisation d'un cancéreux sur son patrimoine après sa mort. Après tout le fumeur est-il moins responsable de sa maladie que la malade d'Alzheimer de 95 ans ? Qu'est-ce qui explique ici qu'un raisonnement intolérable en matière de maladie devienne acceptable appliqué à la perte d'autonomie ? Certains répondent que le risque maladie n'est pas prévisible alors que le risque dépendance le serait. Faux évidemment. Si l'avancée en âge est un facteur évident de risque, la perte d'autonomie n'est pas inéluctable.

Surtout, une personne au patrimoine moyen mais ayant été en situation de perte d'autonomie pendant de nombreuses années ne pourra rien laisser rien à ses enfants, tandis que les héritiers d'une personne très fortunée décédée après une courte période de dépendance (voire subitement) ne contribueront pas ou très peu au financement. Derrière une apparence de justice, ce système serait en réalité une négation même de l'idée de justice sociale.

De plus, le recours sur succession part du principe que la dépendance doit être financée par ceux qui en sont victimes ; comme s'ils étaient un peu responsables de leur état. L'assurance

maladie s'est créée sur le principe de solidarité entre bien portants et malades. Le recours sur succession est assis, lui, sur le principe que les dépendants, ou plutôt les héritiers des personnes dépendantes, financent eux-mêmes leur propre dépendance...

Enfin, il convient de mettre en exergue la « double peine » que le recours sur succession inflige aux aidants naturels. Non seulement, ils auront eu la malchance d'avoir un parent dépendant qui leur aura mobilisé temps, argent et énergie mais, de plus, ils percevront une succession amputée.

Négation totale du principe de solidarité, le recours sur succession doit être définitivement écarté de tout scénario imaginé par la gauche.

Le schéma du « recours sur succession » vient de prendre une nouvelle forme à travers le concept de « gage sur patrimoine » repris dans le rapport Rosso-Debord et dans le rapport des sénateurs Marini et Vasselle. Ce scénario consiste donner un droit d'option aux bénéficiaires de l'APA :

- soit le titulaire de l'APA accepte que soit récupéré sur sa succession la totalité des sommes versées : il aura droit alors à l'APA à taux plein ;
- soit le bénéficiaire de l'APA refuse une telle perspective : il aura droit alors à une APA à taux réduit.

Payer de son vivant ou payer « post-mortem » : voilà l'alternative ! Seule certitude : la personne en perte d'autonomie devra assumer elle-même le coût de sa prise en charge.

Ce scénario estimait toutefois à 110 000 euros le seuil au-delà duquel le patrimoine de la personne âgée serait sollicité. 110 000 euros, c'est aujourd'hui le patrimoine médian des retraités. Une grande partie des retraités en perte d'autonomie serait donc touchée par ce succédané de recours sur succession.

La transformation de l'assurance-vie en rente

Enfin, dans le concours Lépine mis en place pour savoir comment faire payer la personne âgée elle-même plutôt que de laisser la solidarité nationale s'exercer, l'Elysée a lancé récemment un énième ballon d'essai : celui consistant à permettre une sortie en rente de l'assurance-vie détenue par la personne âgée.

L'Assurance vie est en effet un produit de placement largement privilégié par les français. On peut dès lors trouver naturel qu'une personne âgée puise dans ce capital pour financer sa dépendance.

Mais là encore, cette recette n'est qu'une des versions dérivées du principe consistant à faire payer par la personne dépendante sa propre dépendance.

LE RETOUR DU JOUR FERIE ?

Depuis un an, le gouvernement ou les parlementaires qui souhaitent l'aider, multiplient les « ballons d'essai », histoire de tester l'opinion. Il en est allé ainsi de la proposition de Valérie Rosso-Debord de supprimer l'APA pour les GIR 4. Cette mesure consistant à supprimer purement et simplement l'APA pour 46% de ses bénéficiaires actuels était tellement absurde qu'elle a soulevé un tollé tel qu'il est difficile aujourd'hui de trouver un parlementaire, y compris parmi les nombreux co-signataires dudit rapport, pour endosser cette proposition qui a donc fait long feu.

Cette même technique a permis à Laurent Hénard d'abord puis à l'entourage de Nicolas Sarkozy ensuite de relancer le débat sur la suppression d'un nouveau « jour férié ». On se rappelle qu'en 2004, au lendemain de la canicule, le choix avait été fait de supprimer le caractère chômé du Lundi de Pentecôte contre la mise en place d'un nouveau prélèvement de 0,3%. Un nouveau prélèvement obligatoire gagé par du « travailler plus »... Sauf que 7 ans après, la plupart des salariés ne travaille pas le Lundi de Pentecôte... On pensait ce gag derrière nous. Certains reprennent pourtant aujourd'hui l'idée en proposant la suppression d'un second jour férié gagé évidemment par un prélèvement obligatoire nouveau. Supprimera-t-on cette fois Pâques, le 14-Juillet ou le Jour de l'An ?

Rappelons pour mémoire que cette opération « Lundi de Pentecôte » avait été largement critiquée à l'époque en raison d'une assiette particulièrement injuste qui se concentrait principalement sur les revenus du travail salarié et exonérait les revenus des retraités ainsi que ceux des non-salariés.

LES SOLUTIONS PROGRESSISTES POUR UNE PRISE EN CHARGE UNIVERSELLE, SOLIDAIRE ET PERENNE DE LA DEPENDANCE

Entre un attentisme coupable et un Grand Soir de la dépendance, notre proposition, concrète, réaliste et pragmatique, vise à renforcer les aspects positifs du système existant et à corriger ses défauts ou ses dérives.

Il n'y a pas à bouleverser de fond en comble un système qui possède aujourd'hui un certain nombre d'atouts. A l'inverse, il n'est pas possible d'opérer un simple ripolinage de façade qui laisse en l'état les dysfonctionnements décrits plus haut.

Pour ce faire, nous prôtons une solution qui a force d'être exclue par le Gouvernement en devient presque originale : celle consistant à financer une prestation de solidarité nationale grâce à des...prélèvements solidaires !

La prise en charge de la dépendance doit donc être universelle, publique, solidaire, claire et reposer sur des ressources pérennes.

UN COUT RAISONNABLE, MAITRISABLE SUR LE LONG TERME, QUI DOIT APPELER DES RESSOURCES PERENNES RECENTREES SUR LA SOLIDARITE NATIONALE

Nous avons insisté au préalable sur le fait que l'évolution démographique sera suffisamment lissée dans le temps pour imaginer un système de prise en charge qui fasse, lui aussi, l'objet d'une adaptation progressive.

UN PLAN CENTRE AUTOUR DE 4 PRINCIPES D'ACTION

Une démarche pragmatique doit selon nous reposer sur quatre principes qui sont la conséquence des constats auxquels nous avons procédé plus haut.

1er constat : rien ne justifie qu'on déroge, pour la seule dépendance, au principe de solidarité nationale

Au regard des inégalités territoriales que cela génère, il n'est plus possible de laisser reposer sur les seuls départements et donc sur la seule fiscalité locale, le financement de la dépendance. Au regard également de la charge croissante qui pèse sur les familles, la solution ne consiste pas non plus à les charger plus encore ! Rien ne justifie donc que le risque dépendance déroge aux principes de solidarité nationale qui ont été mis en œuvre dans notre pays pour financer la maladie, la retraite ou la politique familiale.

Certains dénoncent le caractère peu « responsable » de ceux qui prônent de nouveaux prélèvements obligatoires. Mais ceux-là doivent assumer que l'assurance privée obligatoire est également un « prélèvement obligatoire » qui pèse tout autant sur le pouvoir d'achat des ménages... avec la solidarité et la dimension redistributive en moins.

Puisqu'il nous semble que la dépendance se rapproche plus dans sa logique de la maladie que la protection de son automobile, la solution d'un financement solidaire nous paraît donc plus adapté.

2^{ème} constat : il semble indispensable de continuer à laisser aux conseils généraux la responsabilité de la gestion sur le terrain des politiques en faveur des personnes âgées dépendantes.

Depuis 2002, les conseils généraux ont fait la preuve de leur savoir-faire en matière de gestion de proximité. Ils gèrent avec efficacité le paiement de l'APA. Ils ont su constituer partout sur le territoire des équipes médico-sociales compétentes et réactives. Ils ont la responsabilité de contrôler et d'évaluer la qualité des établissements et services.

Bref, ne pas profiter de ce savoir-faire serait à l'évidence un non-sens. L'ingénierie sociale ainsi déployée a fait la preuve de son efficacité. Voilà donc un élément qu'il convient de renforcer plutôt que de le réformer.

Gestionnaires de l'APA, les conseils généraux doivent-ils pour autant en être co-financeurs ?
A l'évidence oui pour deux raisons :

- Les conseils généraux contribuent aujourd'hui pour plus de 4 milliards d'euros au financement de l'APA. Ces crédits auraient de toute façon le plus grand mal à être transférés de nouveau à l'Etat ou à un échelon national. Et il n'est pas question par ailleurs qu'ils soient « perdus pour la dépendance ».
- La seconde raison tient dans la responsabilité des collectivités locales. Gérer une prestation entièrement financée par la solidarité nationale aurait pour conséquence de transformer les conseils généraux en simples guichets, en simples agences de paiement des prestations de l'Etat. On aurait alors du mal à plaider pour la pertinence et la légitimité des Conseils Généraux...

Il faut donc maintenir un système financé de façon mixte entre l'Etat et les départements. Mais dans des proportions évidemment différentes de celles connues aujourd'hui.

3^{ème} constat : l'évolution lissée du nombre de personnes âgées dépendantes justifie une action également progressive.

Nous l'avons décrit plus haut : l'évolution du nombre de personnes âgées dépendantes sera progressive et lissée dans le temps. La question du financement de la dépendance peut donc donner lieu aussi à un plan pluriannuel lissé dans le temps. Rien ne justifie donc les cris d'orfraie ou les relents de catastrophisme dont la seule conséquence est d'expliquer ensuite

que la prise en charge de la dépendance est un luxe que la société française ne pourrait pas assumer par des prélèvements obligatoires...

Il n'existe pas UNE solution qui serait adoptée en 2011 pour les 30 prochaines années. A l'instar de la question des retraites, il conviendra d'instaurer des phases de revoyure régulières pour phaser les besoins de financement avec les demandes exprimées.

En terme de financement, des plans quinquennaux correspondant au temps d'une législature paraissent adaptés à la problématique. Sur les autres plans (prévention, logement, santé publique, équipements..) la loi a besoin de tracer des perspectives à plus long terme.

4^{ème} constat : il est vain de vouloir construire un second étage sur un premier étage encore largement branlant.

Evoquer le développement de formules complémentaires, comme il en existe en matière de retraite ou d'assurance maladie, est évidemment légitime. Mais en matière de risque dépendance, ce rendez-vous a-t-il vraiment sonné ? Est-il raisonnable de construire des scénarios basés sur le développement de formules complémentaires obligatoires alors même que le « régime de base » est encore largement perfectible ? A cette question, nous répondons par la négative. La priorité de la décennie à venir consiste à construire un régime de base solidaire garantie par des ressources pérennes. Une fois ce premier étage consolidé, viendra le temps d'imaginer la forme que prendra le second étage qui, lui, sera probablement indispensable lorsqu'interviendra dans les décennies 2030-2050 un véritable défi démographique.

Proposition 1: proposer un financement solidaire car il nous semble que la dépendance se rapproche plus dans sa logique de la maladie que la protection de son automobile.

Proposition 2: renforcer l'ingénierie sociale

Proposition 3: maintenir un système financé de façon mixte entre l'Etat et les départements.

Proposition 4: instaurer des phases de revoyure régulières pour mettre en phase les besoins de financement avec les demandes exprimées.

Proposition 5: construire un régime de base solidaire garantie par des ressources pérennes.

UNE PRESTATION DE SOLIDARITE NATIONALE CO-FINANCEE PAR L'ETAT ET LES DEPARTEMENTS

Redonner un socle de « solidarité nationale » au financement de l'APA nécessite dès lors de revenir au principe d'un co-financement Etat/conseils généraux plus équilibré. Ce principe, évoqué lors des débats parlementaires qui ont émaillé la création de l'APA, n'a en réalité jamais été inscrit dans la loi.

1^{ère} étape : Un financement 50/50

Nous proposons que soit inscrit dans la loi le principe d'un financement paritaire entre l'Etat et les départements. Sachant que l'on part d'une situation où l'équilibre actuel est de 72/28, la recherche de cet équilibre nécessite que la solidarité nationale soit appelée progressivement à rattraper son retard.

Les conseils généraux financent aujourd'hui 4 milliards d'APA contre 1,5 pour l'Etat. Le principe du 50/50 ne doit évidemment pas avoir pour objectif que les départements dépensent moins demain qu'aujourd'hui. Il faut donc que par un apport supplémentaire l'Etat se hisse à une participation de 50% du financement global, hors évidemment assurance-maladie.

La solidarité nationale devrait donc être mobilisée à hauteur de 2,5 milliards pour revenir au niveau de financement des conseils généraux, soit 4 milliards. Au final, la prestation (4 milliards pour les conseils généraux, 4 milliards pour l'Etat) s'élèverait donc à terme à 8 milliards d'euros.

La loi devrait donc instaurer le mécanisme suivant :

- programmation dans le temps du rattrapage de l'Etat à hauteur de 2,5 milliards d'euros ;

- inscription de la parité 50/50 qui ne peut s'entendre qu'au plan national. Certains départements « jeunes et riches » seraient en effet appelés à contribuer au-delà de 50 % tandis que les départements « pauvres et âgés », qui seront incapables dans les années à venir de financer 50 % de leurs dépenses, verraient une part plus importante de leurs dépenses prises en charge par l'Etat.

Les départements pourront-ils faire face à cette évolution même si leur part est ramenée à 50-50 ? Nous proposons sur ce point une clause de revoyure dans 5 ans.

2^{ème} étape : le financement de solidarité nationale devient majoritaire

A long terme, y compris un équilibre 50/50 ne sera pas tenable pour nombre de départements. Le financement issu de la solidarité nationale au-delà des 2,5 milliards précités devra être affecté à une amélioration du système de prise en charge qui fera donc évoluer la clé de répartition actuelle afin que l'Etat assume une part majoritaire dans le financement de la dépendance.

Proposition 6: redonner un socle de « solidarité nationale » au financement de l'APA qui nécessite dès lors de revenir au principe d'un co-financement Etat/conseils généraux plus équilibré.

Proposition 7: mobiliser la solidarité nationale à hauteur de 2,5 milliards pour revenir au niveau de financement des conseils généraux, soit 4 milliards.

Proposition 8 : instaurer par la loi un mécanisme de répartition des cotisations avec...

Proposition 9: programmation dans le temps du rattrapage de l'Etat à hauteur de 2,5 milliards d'euros.

Proposition 10 : inscription de la parité 50/50 qui ne peut s'entendre qu'au plan national.

Proposition 11: affecter le financement issu de la solidarité nationale au-delà des 2,5 milliards précités à une amélioration du système de prise en charge qui fera donc évoluer la clé de répartition actuelle.

LES PISTES DE FINANCEMENT POSSIBLES

Nous pensons raisonnable de mobiliser sur les 5 à 8 ans à venir un volant supplémentaire de financement entre 4 et 5 milliards d'euros. Cela reviendrait à doubler le financement actuel de l'APA. Ce n'est pas rien. Et cela, évidemment, nonobstant l'évolution des dépenses d'assurance maladie qui, nous l'avons rappelé précédemment, est un autre problème qui ne concerne pas spécifiquement les personnes âgées mais l'ensemble des assurés sociaux.

Pour être pérenne, ce doit reposer sur des prélèvements pré-affectés reposant sur une assiette dynamique, avec une garantie de l'Etat d'un transfert complémentaire pour assurer un financement partagé entre les départements et l'Etat. Pour bénéficier d'une légitimité suffisante, un tel prélèvement supplémentaire ne peut s'envisager que dans le cadre de la nécessaire refonte de l'ensemble du système des prélèvements, pour une fiscalité plus progressive, plus juste, plus efficace et plus légitime, ce qui dépasse le cadre de ce rapport. A cet égard, la piste d'un financement assis sur le patrimoine est sans doute une piste à privilégier, outre le relèvement de la CSG acquitté par les retraités imposables.

Le relèvement de la CSG acquittée par les retraités imposables

Aujourd'hui, pour des raisons complexes liées à des arbitrages ayant eu lieu au moment de la création de la CSG en 1991, les retraités, selon leurs revenus, sont exonérés de CSG ou s'en acquittent avec des taux inférieurs à ceux des salariés. Sont exonérés de CSG les retraités non imposables exonérés du paiement de la taxe d'habitation ; sont assujettis au taux de 3,8 % les retraités non imposables mais s'acquittant de la taxe d'habitation ; les autres retraités sont assujettis au taux de 6,6% lorsque les salariés, eux, s'acquittent de la CSG au taux de 7,5%.

L'équité intergénérationnelle, l'évolution positive des revenus globaux des retraités depuis 20 ans ainsi que le poids croissant des sacrifices fait par les actifs en matière de financement des retraites nécessite un effort mieux partagé entre actifs et retraités.

En d'autres termes, François Chérèque, secrétaire général de la CFDT, exposait récemment la même idée : « *Il serait temps que la solidarité intergénérationnelle fonctionne aussi des plus âgés vers les plus jeunes. A revenu égal, l'imposition à la CSG doit être égale, que l'on*

soit actif ou retraité. On ne peut pas créer un nouveau service pour les plus âgés qui soit uniquement financé par les actifs »²⁶.

Le relèvement de la CSG des retraités imposables (hors petites retraites) qui représente environ 2Md€ permettrait déjà un effort supplémentaire non négligeable de la solidarité nationale.

Se pose également la question de l'abattement pour frais professionnels de 10% sur l'IRPP dont bénéficient aujourd'hui certains retraités. Est-il normal et juste en effet qu'un couple de retraités à 4.000 euros par mois ait droit à un tel abattement sur l'impôt sur le revenu ? Cette mesure ne concernerait évidemment en rien les retraités modestes mais rapporterait en revanche 2,2 milliards d'euros.

2 milliards pour le seul réaligement du taux de CSG des retraités imposables sur celui des actifs ; 4,2 milliards si on y ajoute la suppression de l'abattement pour frais professionnels : il y a là des recettes potentielles qui seraient de nature à re-sceller un pacte entre générations qui n'a pas été respecté lors de la récente réforme de retraites.

Ensuite, mobiliser le patrimoine...de l'ensemble des français

Au-delà, une autre ressource doit être trouvée pour compléter les besoins de financement évoqués plus haut.

Cette seconde phase devra faire appel au patrimoine. Mais au patrimoine de tous les Français et non au patrimoine des seules personnes âgées via un recours sur succession dont nous avons dit plus haut le caractère totalement injuste.

Ici, l'outil privilégié nous paraît être le produit de la suppression des mesures prises dans la loi TEPA sur les droits de succession. Oui, il faut que le patrimoine contribue à l'effort de solidarité. Mais le patrimoine de tous les français et pas seulement le patrimoine des familles qui ont eu la malchance d'avoir un parent dépendant.

²⁶ *L'Express* – 24 novembre 2010.

En effet, au-delà du bouclier fiscal ou de la défiscalisation des heures supplémentaires, la loi TEPA a instauré une quasi-suppression des droits de succession. Avant la loi, seul un petit quart des successions donnaient lieu à paiement de droits de succession. Autant dire que l'immense majorité des patrimoines modestes et moyens était exonérée. Aujourd'hui, 95% des successions sont exonérées.

Il est facile de voir donc à qui a profité la mesure lorsqu'on sait que 10% de ménages détiennent 46% du patrimoine et que la succession moyenne en France est de 56.000 euros...

Si on prône le mérite et le travail par rapport à la rente, il devient difficile et illogique d'encourager la diminution de l'impôt sur les successions. Il est surtout extrêmement choquant d'expliquer qu'il est légitime que, via le recours sur succession, les personnes âgées, y compris modestes, paient le coût de leur dépendance sur leur propre patrimoine tandis que l'impôt sur la succession des 10% de ménages les plus aisés diminue fortement.

Revenir sur ces éléments de la loi TEPA permettrait d'abonder le financement de la dépendance à hauteur de 2 milliards d'euros supplémentaires.

Proposition 12: mobiliser sur les 5 à 8 ans à venir un volant supplémentaire de financement entre 4 et 5 milliards d'euros

Proposition 13: faire reposer le financement actuel de l'APA sur des prélèvements pré-affectés reposant sur une assiette dynamique, avec une garantie de l'Etat d'un transfert complémentaire pour assurer un financement partagé entre les départements et l'Etat.

Proposition 14: compléter les besoins de financement par la suppression des mesures prises dans la loi TEPA sur les droits de succession

A QUELLES PRIORITES AFFECTER CES RECETTES NOUVELLES ?

Prélever de nouvelles ressources, oui, mais pour quoi faire ?

Tout effort supplémentaire de la solidarité nationale peut, potentiellement, être ciblé vers trois objectifs différents :

- **améliorer la quantité et la qualité de l'offre actuelle**

Ces financements supplémentaires peuvent en effet être affectés à l'augmentation des ratios de personnel dans les EHPAD, à l'augmentation des rémunérations des personnels existants en établissement ou dans les services d'aide à domicile afin que ce secteur soit plus attractif.

Ces objectifs consisteraient alors à mieux prendre en charge des personnes âgées un nombre constant de personnes âgées.

- **augmenter l'offre en termes quantitatifs afin de suivre l'évolution du nombre de personnes âgées dépendantes.**

Les crédits supplémentaires peuvent également être affectés au simple accompagnement du nombre supplémentaire de personnes âgées dans les prochaines années. A ratios constants, il conviendrait alors de construire de nouveaux établissements. Et à règles inchangées, il conviendrait d'accompagner le nombre croissant de bénéficiaires de l'APA.

- **augmenter la solvabilisation des personnes afin de réduire le coût de leur prise en charge.**

Enfin, un troisième objectif consisterait, à environnement constant, de concentrer l'utilisation de nouvelles ressources vers une meilleure solvabilisation des personnes âgées.

Evidemment, l'idéal consisterait à remplir pleinement ces trois objectifs : voir le nombre d'établissements et de services augmenter pour accueillir un nombre croissant de personnes âgées à l'avenir ; des établissements et services qui seraient dotés de ratios de personnels plus importants ; des personnels qui seraient beaucoup mieux payés ; et des usagers qui, au final, paieraient moins...

Mais l'idéal ici n'étant pas possible, il conviendra d'établir des priorités. On ne pourra pas promettre aux professionnels des ratios de 1 pour 1 dans les Ehpads tout en promettant aux familles de payer moins cher demain et aux personnels de sortir de la paupérisation relative de leur statut notamment dans le secteur de l'aide à domicile.

Pour nous, les « priorités prioritaires » sont au nombre de deux : les ressources financières nouvelles devront être principalement affectés au deux derniers objectifs :

- Oui, la priorité absolue consiste à mieux solvabiliser demain les personnes âgées confrontées à des coûts croissants. Les 4 à 5 milliards supplémentaires devront donc être majoritairement être affectés à l'augmentation des montants individuels d'APA, voire à l'augmentation du nombre de bénéficiaires des allocations logement : tout moyen en tout cas permettant de diminuer le reste à charge et la facture acquittée par les personnes âgées à domicile ou en établissement.
- La seconde priorité devra consister à accompagner l'évolution démographique et donc le volume croissant de bénéficiaires.

La décennie 2000-2010 a été celle de l'amélioration croissante de la qualité et des moyens affectés aux Ehpad au détriment de l'accessibilité sociale de ces établissements. La décennie à venir devra répondre principalement au défi de la solvabilisation des personnes elles-mêmes. C'est pourquoi si nombre d'intérêts convergent entre professionnels et personnes âgées, cette convergence connaît ici une limite dans le sens où on ne pourra pas tout à la fois augmenter sensiblement les ratios de personnel et baisser la facture du résident. Or, désormais, ce second objectif nous paraît absolument prioritaire.

Proposition 15: améliorer la quantité et la qualité de l'offre actuelle

Proposition 16: augmenter l'offre en termes quantitatifs afin de suivre l'évolution du nombre de personnes âgées dépendantes.

Proposition 17: augmenter la solvabilisation des personnes afin de réduire le coût de leur prise en charge.

Proposition 18: mieux solvabiliser demain les personnes âgées confrontées à des coûts croissants et affecter les 4 ou 5 milliards supplémentaire majoritairement à l'augmentation des montants individuels APA.

Proposition 19: accompagner l'évolution démographique et donc le volume croissant de bénéficiaires.

UNE NOUVELLE GOUVERNANCE PERMETTANT D'ETRE PLUS EFFICACE ET PLUS LISIBLE POUR LE CITOYEN

Aujourd'hui l'opacité du système de gouvernance ainsi que l'absence de lisibilité et d'accès à l'information pour l'utilisateur nuisent à la qualité de la prise en charge.

SIMPLIFIER LA GOUVERNANCE DU SECTEUR

La complexité du « back-office » institutionnel est peut-être un mal nécessaire si l'on veut que les différentes parties prenantes travaillent ensemble. L'essentiel, nous le verrons ensuite, est de simplifier la lisibilité pour le citoyen lui-même. Pour autant, la clarification des responsabilités entre acteurs institutionnels ne constituerait pas un luxe pour l'avenir...

Il existe en effet une dichotomie parfois difficilement compréhensible entre assurance maladie et action sociale traduite en termes institutionnelles par un enchevêtrement de responsabilités entre CNSA, agences régionales de santé (ARS), conseils généraux et caisses de retraite.

Deux institutions sont aujourd'hui au cœur du dispositif :

- les conseils généraux, échelons de proximité, sont responsables non seulement de la mise en œuvre des politiques sociales départementales mais également de la gestion de l'APA, de la PCH et de l'aide sociale. Ces missions, les conseils généraux les réalisent généralement avec efficacité. Les équipes médico-sociales qui maillent le territoire et évaluent l'état de dépendance des personnes âgées sont désormais d'une compétence établie, même si des marges de progression existent en matière d'harmonisation des pratiques ;
- La caisse nationale de solidarité créée en 2005 est également une institution qui a prouvé sa pertinence.

Mais pour rendre le système plus efficace, il convient d'une part de renforcer les pouvoirs de la CNSA afin de l'ériger en véritable instance de pilotage de la perte d'autonomie en France. Et d'autre part, de systématiser et d'institutionnaliser les liens entre la CNSA et les conseils généraux.

Une CNSA dont la légitimité politique doit être renforcée

La CNSA est tout à la fois une «Caisse » au sens où elle reçoit des recettes qu'elle distribue ensuite aux conseils généraux et aux ARS et une « Agence » au sens où elle mène des études et finance des projets de recherche.

Ces deux fonctions sont aujourd'hui « contrôlées » par un Conseil de la CNSA dont la composition est pléthorique. Autant il apparaît sain et utile que l'ensemble des partenaires participe à la fonction « Agence » de la CNSA, autant il semble désormais indispensable de rénover la gouvernance de l'aspect « Caisse » pour n'y regrouper que les seuls financeurs.

Sachant qu'il est proposé plus loin de revenir à une parité 50/50 dans le financement de l'APA, il est proposé ici d'instituer un véritable organe de pilotage de la CNSA constitué de trois tiers : un tiers de représentants de l'Etat, un tiers de parlementaires et d'organisations syndicales, un tiers de représentants des conseils généraux.

Étant donné les enjeux, il faut instituer un véritable pilotage politique de la dépendance. Le directeur général continuerait à être nommé par le gouvernement, mais le président de la CNSA mériterait d'être élu par cet organe politique afin de donner plus de force et d'indépendance à la CNSA.

Les autres acteurs, usagers et professionnels, continueraient, eux, à siéger dans un Conseil d'Orientation chargé des politiques à mettre en œuvre sur le terrain.

Proposition 20: renforcer les pouvoirs de la CNSA afin de l'ériger en véritable instance de pilotage de la perte d'autonomie en France et systématiser et d'institutionnaliser les liens entre la CNSA et les conseils généraux.

Proposition 21: instituer un véritable organe de pilotage de la CNSA constitué de trois tiers : un tiers de représentants de l'Etat, un tiers de parlementaires et d'organisations syndicales, un tiers de représentants des conseils généraux.

Proposition 22: instituer un véritable pilotage politique de la dépendance. Le directeur général continuerait à être nommé par le gouvernement, mais le président de la CNSA mériterait d'être élu par cet organe politique afin de donner plus de force et d'indépendance à la CNSA.

Elargir le périmètre d'action de la CNSA

Aux ARS et aux caisses de sécurité sociale la responsabilité de la prévention. A l'Agence Nationale de l'Evaluation Sociale et Médico-Sociale la responsabilité de l'évaluation interne et externe des établissements et services. A l'Agence Nationale de l'Amélioration de la Performance, la question de l'efficacité de la gestion de ces structures... A force de créer des structures ad hoc, l'Etat a brouillé la lisibilité et l'efficacité de son action dans le domaine de la perte d'autonomie.

La CNSA demain doit devenir le lieu de pilotage de toutes ces politiques. C'est une condition sine qua non à un pilotage cohérent d'une politique publique globale de la prise en charge de la perte d'autonomie. Evidemment, un tel projet fera l'objet d'une opposition de toutes les chapelles qui aujourd'hui possèdent un bout de responsabilité. Mais la CNSA doit se voir confier pour le moins la coordination de toutes ces actions. Ce qui rend d'autant plus nécessaire un changement de gouvernance permettant une légitimité démocratique plus grande.

Proposition 23 : rendre le CNSA le lieu de pilotage des politiques publiques en matière de perte d'autonomie et lui confier la coordination des toutes ces actions.

Des conventions bilatérales entre CNSA et Conseils généraux

Aujourd'hui déjà, la CNSA contractualise avec chacun des conseils généraux dans deux domaines : la gestion des MDPH et le plan de modernisation des services d'aide à domicile.

Dans ces deux domaines, la contractualisation entre CNSA et conseils généraux a donné d'excellents résultats. Il convient donc de généraliser cette pratique. Dans l'hypothèse où la part de la CNSA dans le financement futur de l'APA augmenterait et où le principe d'une parité de financement entre la solidarité nationale et la solidarité locale serait acté, il est indispensable que chaque département contractualise avec la CNSA.

Une CNSA renforcée contractualisant avec l'ensemble des conseils généraux : voilà un dispositif qui permettrait d'articuler financement de solidarité nationale et gestion de proximité. La création en 2005 de la CNSA n'a permis qu'un premier pas timide dans cette direction. Premier pas d'autant plus timide que la CNSA ne finance aujourd'hui que 28% de l'APA ce qui ne lui donne pas la légitimité d'avoir un rôle accru.

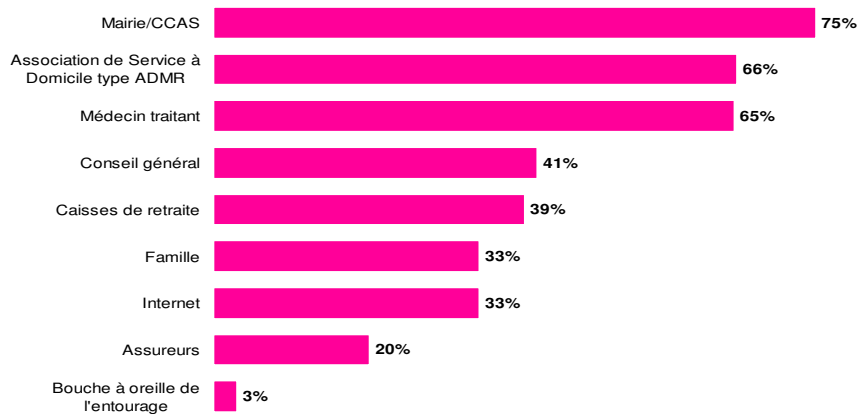
Demain, dans ce nouveau système de gouvernance, la CNSA serait à la fois un partenaire des conseils généraux mais aussi un garant de l'égalité de traitement sur le territoire.

Proposition 24 : généraliser la pratique de la contractualisation entre CNSA et conseils généraux et financer ainsi la solidarité nationale et la gestion de proximité

RENDRE LISIBLE LES DISPOSITIFS POUR LE CITOYEN

L'accès à l'information est un enjeu majeur pour les personnes âgées et leurs familles. D'autant plus majeur que cet accès aux renseignements est généralement sollicité en situation de crise. C'est en effet au lendemain d'une aggravation subite de la dépendance d'un parent ou d'un conjoint (chute, sortie d'hospitalisation...) que la famille va devoir rapidement trouver une solution de prise en charge financière et/ou institutionnelle.

Un récent sondage SOFRES/Le Journal du Domicile/Mondial Assistance interrogeait les Français sur le lieu où il irait en priorité s'adresser en cas de besoin d'aide à domicile. Un sondage qui montre que les Français ont comme réflexe de première intention l'idée de s'adresser...à leur mairie, leur CCAS ou leur médecin traitant.



La proximité reste ainsi une donnée cruciale dans l'accès à l'information. Tel était d'ailleurs l'esprit qui avait présidé à la création des CLIC par Paulette Ginchar-Kunstler en 2001. Malheureusement, si de nombreux CLIC fonctionnent de façon efficace aujourd'hui, leur maillage territorial est nettement insuffisant et leurs caractéristiques par trop hétérogènes selon le territoire.

Pour rendre plus accessible l'information, donnée qui nous apparaît essentielle, il faudrait créer trois échelons clairs d'information :

- un niveau national par la création d'un n° d'appel unique

La création sous forme de GIP d'un n° d'appel unique national permettrait d'harmoniser et de simplifier l'accès aux renseignements. Ce GIP regrouperait l'Etat, la CNSA, les caisses de retraite et l'Assemblée des Départements de France. A l'instar du n° Vert 3977 mis en place voici quelques années pour lutter contre la maltraitance envers les personnes âgées, ce n° Vert aurait pour mission d'accueillir des familles souvent aux abois et surtout de les diriger vers le bon interlocuteur.

- au niveau départemental par la transformation des MDPH en MDA

En créant les maisons départementales des Personnes Handicapées, la loi de 2005 a fait œuvre utile tant cette institution a permis de centraliser l'information des usagers en situation de handicap.

Etant donné les nombreux points de convergence qui existent entre handicap et dépendance, nous proposons que la loi élargisse les missions des MDPH en les transformant en maisons départementales de l'autonomie. Les départements de l'Isère ou du Territoire de Belfort se sont déjà engagés avec succès dans cette voie. Il est en effet illogique que perdure une telle dissymétrie entre personnes handicapées et personnes âgées dans l'accès à l'information et dans le suivi des prestations.

- **au niveau local en contractualisant avec les CCAS**

On l'a vu : les mairies et les CCAS sont considérés par les Français comme le lieu le plus pertinent d'information en première intention. Ce qui constitue un certain paradoxe dans la mesure où les communes ne sont en rien financeurs en matière de dépendance. Cela nécessite dès lors une contractualisation soit entre les conseils généraux et les CCAS, soit entre les MDPH devenues MDA et les CCAS. Ces relations existent déjà aujourd'hui mais ne sont encadrées par aucun cahier des charges contraignant.

Un n° vert National permettant d'orienter les personnes ; une maison départementale de l'autonomie gérée par le conseil général chargée de contractualiser avec les CCAS et les communes en matière d'information des usagers lorsque les antennes locales du Département font défaut : voilà un dispositif qui serait à même de simplifier l'accès à l'information et dès lors l'accès aux droits

Proposition 25 : créer trois échelons d'information du public : un niveau national par la création d'un n° d'appel unique, au niveau départemental par la transformation des MDPH en MDA et au niveau local en contractualisant avec les CCAS.

UNE OFFRE DE SERVICES SOUTENUE PAR LES POUVOIRS PUBLICS

Améliorer la solvabilisation des personnes âgées, certes. Mais pour payer quoi ? Des établissements et services qu'il convient de soutenir et d'aider dans leurs efforts pour accompagner au quotidien nos concitoyens âgés.

UNE NOUVELLE POLITIQUE CONTRACTUELLE ENTRE LES POUVOIRS PUBLICS ET LES PROFESSIONNELS

Il est frappant de voir à quel point l'Etat entretient trop souvent des relations conflictuelles faites de rapports de forces avec les organisations professionnelles plutôt que de les traiter comme ce qu'elles sont : les véritables acteurs de terrain de la mise en œuvre des politiques publiques.

Certes, la négociation sur les moyens financiers attribués au secteur crée souvent une tension qui s'explique. Mais les acteurs professionnels doivent être soutenus par les pouvoirs publics plus qu'ils ne le sont aujourd'hui et sentir qu'ils sont au cœur d'un contrat de confiance avec le gouvernement et plus largement avec les français.

Soutenir le secteur de l'aide à domicile

Pour exemple, alors que les associations d'aide à domicile vivent actuellement une situation économique très difficile marquée par la multiplication des cessations de paiements ou des liquidations judiciaires, elles n'ont trouvé au cours des 12 derniers mois aucun soutien de la part de l'Etat qui s'est contenté là encore de commander un rapport à l'IGAS pour éviter de prendre toute décision. Au contraire des Conseils Généraux qui, à travers l'ADF (Assemblée des Départements de France) ont engagé un véritable processus contractuel avec les principales organisations d'aide à domicile en France afin de moderniser la tarification et les prestations de ces services. Il serait souhaitable que les propositions communes élaborées par l'ADF et le groupe des 16 principales fédérations d'aide à domicile soient avalisées rapidement par le Parlement.

<p>Proposition 26 : Soutenir le secteur de l'aide à domicile par un soutien financier de l'Etat et moderniser la tarification et les prestations de ces services.</p>
--

Mais au-delà de l'amélioration du « moteur » lui-même (les modalités de tarification), il faudra de toute façon mettre plus d'« essence » dans ce moteur rénové.

Quant aux établissements se posent pour eux trois problématiques distinctes : leur qualité, leur nombre et leur coût.

En termes de qualité, les Ehpad se sont profondément modernisés depuis 10 ans. Il reste toutefois sur le territoire de nombreuses maisons de retraite architecturalement dépassées. Le secteur privé, longtemps composé de petites maisons inadéquates, a largement fait le ménage en son sein notamment en raison de la reprise de ces établissements médiocres par des grands groupes privés qui ont eu la capacité financière de les rénover entièrement.

Aujourd'hui, la question de la modernisation du bâti se pose essentiellement dans le secteur public (notamment dans le secteur public hospitalier) et, dans une moindre mesure dans le secteur associatif, où l'on rencontre encore trop d'établissements, qui s'ils sont souvent de qualité, demeurent architecturalement inadaptés (chambres doubles, locaux peu accessibles, confort spartiate...). Or, le financement de cette modernisation du bâti pose problème. La CNSA a débloqué entre 2005 et 2009 plusieurs centaines de millions d'euros pour co-financer avec les conseils généraux des travaux de modernisation. Mais le défi est encore loin d'avoir été entièrement relevé.

Or, la diminution nette des possibilités d'investissement provenant de la CNSA et des conseils généraux pose question. Il est essentiel en effet de soutenir les établissements publics dans leurs efforts de rénovation si l'on veut maintenir dans notre pays un système mixte public/privé.

Deux pistes sont proposées ici :

- Les recettes nouvelles souhaitées par ce rapport ne seraient pas immédiatement dépensées dès lors qu'elles seraient arrivées dans les caisses de la CNSA. Ainsi le décalage dans le temps entre l'encaissement des recettes nouvelles et leur décaissement intégral permettrait à la CNSA de constituer des réserves permettant des dépenses d'investissement. C'est ce système qui permet déjà à la CNSA entre 2004 et 2007 de financer de manière massive un plan d'investissement.

- Mais les crédits publics n’y suffiront pas. Il faut désormais que le secteur privé puisse venir aider au financement d’établissements publics.

En 2009, un groupe privé qui s’est introduit en Bourse a réussi à lever plus de 200 millions d’euros. Soit pour ce seul groupe, plus du montant de deux années d’investissement de la CNSA pour la France entière !

En 2010, la Caisse des Dépôts et Consignations annonçait la création d’un fonds d’investissement, baptisé « CGC Génération », capable d’investir entre 150 et 250 millions d’euros en direction des Ehpad associatifs.

Va-t-on longtemps continuer à voir des investisseurs publics ou privés mobiliser de telles sommes et voir parallèlement le secteur public crever à petit feu d’un manque d’investissement immobilier ?

Il conviendrait dès lors de créer un fonds d’investissement et de modernisation des EHPAD où collaboreraient la Caisse des dépôts et consignations (CDC) et des investisseurs privés, fonds qui permettrait de pallier les carences de la puissance publique dans ce domaine. Sans un tel concours, il sera difficile de moderniser les EHPAD qui n’offrent pas des conditions acceptables d’hébergement ce qui reviendrait à mettre en difficulté un secteur public qui assure aujourd’hui en moyenne les tarifs les plus accessibles.

Dans le même esprit, les opérations de PPP (partenariat public-privé) doivent se multiplier. Est-ce que parce que le nouvel hôpital public d’Evry sera construit en PPP par le groupe Eiffage pour un budget de 350 millions d’euros qu’il sera moins public qu’avant ? Non évidemment. Il faut désormais dissocier la gestion publique d’un établissement et la propriété de ses murs.

Proposition 27 : soutenir les établissements publics dans leurs efforts de rénovation si l’on veut maintenir dans notre pays un système mixte public/privé.

Proposition 28 : créer un fonds d'investissement et de modernisation des EHPAD où collaboreraient la Caisse des dépôts et consignations (CDC) et des investisseurs privés, fonds qui permettrait de pallier les carences de la puissance publique dans ce domaine.

Proposition 29 : multiplier les opérations PPP (partenariat public-privé)

Le dilemme coût/qualité

Mais au-delà de la qualité de l'offre, le secteur médico-social est enfermé dans un dilemme entre qualité de l'offre et acceptation de son coût.

L'évolution des services d'aide à domicile est de ce point de vue caractéristique. Les pouvoirs publics ont demandé aux services d'aide à domicile de qualifier leurs personnels. Beaucoup d'associations ont joué le jeu de la professionnalisation en diplômant leurs auxiliaires de vie, celles-ci refusant dès lors de se contenter d'être payées au SMIC. Or, toute hausse de rémunération des auxiliaires de vie impacte directement le tarif horaire du service, lequel est directement payé par la personne âgée... En bref, plus une association d'aide à domicile forme son personnel, plus elle rend inaccessible ses services aux personnes âgées !

Les EHPAD ont connu une évolution somme toute similaire. L'interdiction faite aux maisons de retraite au début des années 2000 d'avoir des chambres à deux lits a supprimé la possibilité pour les familles de bénéficier de tarifs inférieurs à ceux d'une chambre seule. De même que la hausse continue de la surface des chambres (le minimum étant passé de moins de 16m² à 20-22m²) a eu un impact direct sur les coûts de construction et donc sur le prix de journée payé par les familles.

Etant donné la relative faiblesse de la solvabilisation de la dépendance, tout progrès qualitatif a un impact direct sur le prix payé par la personne âgée.

Insatisfaites par un coût prohibitif ou insatisfaites par un niveau insuffisant de qualité, les familles sont au cœur de ce choix cornélien.

FLUIDIFIER LE PARCOURS DE SOIN DE LA PERSONNE AGEE

Le rapport du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie cité plus haut a conclu ses travaux en estimant qu'une partie des surcoûts générés par les personnes âgées en matière d'assurance maladie provenait largement des dysfonctionnements de parcours de soin et notamment de l'absence totale de fluidité entre sanitaire et médico-social.

Une personne âgée est confrontée à une grande diversité d'acteurs potentiels : médecin de ville, infirmières libérales, hôpital, services de soins et de réadaptation, service d'aide ou de soins à domicile, logement-foyers, Ehpad... Et c'est souvent le hasard de la vie et de l'offre de soins présente localement qui va déterminer son parcours.

A titre d'exemple, le rapport du HCAAM a noté le caractère tout à fait anormal du recours aux urgences des personnes âgées dépendantes. Comme si l'intervenant ne sachant plus à quel saint se vouer considérait un renvoi aux urgences comme la seule réponse possible.

Ces situations anormales nécessitent pour le moins d'aller dans trois directions :

- **il convient d'abord d'utiliser les Agences Régionales de Santé pour ce qu'elles sont ou devraient être : un instrument de liaison permanent entre médecine de ville, hôpital et médico-social.** Au vu des premiers mois de fonctionnement des ARS, le pari, sur ce point délicat, n'est pas gagné... Beaucoup d'ARS ont en effet calqués leur organisation en tuyaux d'orgues traitant donc spécifiquement l'hôpital, le médico-social et la médecine de ville. L'adoption des Projets Régionaux de Santé avant la fin de l'année 2011 seront de ce point de vue un véritable test sur la capacité des ARS à innover et à décloisonner.
- **Il est nécessaire ensuite d'adapter le système de santé au nombre croissant et à la spécificité de patients âgés poly-pathologiques.**

D'abord en sensibilisant bien plus qu'ils ne le sont aujourd'hui, les professionnels de santé et notamment les médecins généralistes ou spécialistes à la gériatrie et au traitement particulier des patients âgés atteints de poly-pathologies.

Ensuite en traitant la question plus générale de l'effondrement de la médecine de proximité dans certains territoires, y compris urbains avec la raréfaction des généralistes en secteur alors que ceux-ci sont la clé de voûte de l'accès aux soins des très âgés.

Enfin, en adaptant l'hôpital à cette nouvelle « clientèle » qu'est la personne très âgée. La T2A qui encourage de faibles durées de séjour sans qu'existe parallèlement un nombre suffisant de lits d'aval pour les personnes âgées (soins de suite gériatriques), l'absence d'urgences gériatriques, la formation insuffisante des spécialistes hospitaliers aux spécificités de patients très âgés : autant de problèmes qui nécessitent que notre système de santé fasse sa révolution face aux évolutions démographiques de demain.

- Enfin, il conviendra de généraliser le système des « case-managers », des gestionnaires de cas, qui auraient la possibilité de guider la personne dans le dédale de son parcours de prise en charge. Expérimentés aujourd'hui au sein des MAIA, ces gestionnaires de cas doivent demain devenir un pivot essentiel des politiques gérontologiques qu'ils soient intégrés dans les MAIA ou dans les CLIC, les conseils généraux ou les CCAS.

Proposition 30 : utiliser les Agences Régionales de Santé pour ce qu'elles sont ou devraient être : un instrument de liaison permanent entre médecine de ville, hôpital et médico-social.

Proposition 31 : Il est nécessaire ensuite d'adapter le système de santé au nombre croissant et à la spécificité de patients âgés poly-pathologiques.

Proposition 32 : généraliser le système des « case-managers », des gestionnaires de cas, qui auraient la possibilité de guider la personne dans le dédale de son parcours de prise en charge.

POUR UNE LOI PLURIANNUELLE DE PREPARATION DE LA FRANCE AU VIEILLISSEMENT DE SA POPULATION

Mais la question du vieillissement de la population française ne peut se résumer au seul prisme de la dépendance. C'est la raison pour laquelle nous prôtons non un projet de loi sur le 5^{ème} risque mais **une loi pluriannuelle de préparation de la France à son vieillissement.**

Légiférer sur la seule question de la dépendance serait méconnaître l'ensemble des défis qui se posent à la société française en matière de vieillissement.

« *Quand le Sage montre la Lune, l'idiot regarde le doigt* » dit le proverbe chinois. Nous ne devons pas jouer le rôle de l'Idiot en choisissant de légiférer sur la dépendance sans traiter en amont tous les facteurs qui y conduisent.

UNE POLITIQUE DE PREVENTION ET DE SANTE PUBLIQUE

Plus on vieillira en France longtemps en bonne santé, plus on diminuera à l'avenir le nombre de personnes âgées en situation de perte d'autonomie. Ainsi, un des éléments cruciaux tient dans la capacité à retarder le plus possible l'âge de survenance des maladies chroniques invalidantes.

De très nombreuses études internationales et françaises ont permis de mieux cibler depuis longtemps les facteurs de risques de la dépendance et de la maladie d'Alzheimer. Ces facteurs sont aussi bien sociaux (isolement social, faible niveau de scolarité) que sanitaires (diabète, maladies cardio-vasculaires, perte de la vue...).

Quant aux symptômes, ils sont également bien identifiés (anorexie, perte musculaire, peur de tomber, fatigue et ralentissement de l'activité physique). Et bien que ces états soient réversibles grâce à des traitements simples et éprouvés (kinésithérapie, traitement de l'ostéoporose...), l'absence d'une véritable sensibilisation du corps médical et notamment des médecins généralistes demeure un des points noirs de notre politique de prévention.

A ce titre, le Plan Alzheimer 2008-2012 lancé par Nicolas Sarkozy est largement perfectible. Même s'il contient de bonnes mesures (expérimentation des MAIA, soutien à la recherche...), il demeure insuffisant sur deux points majeurs : la mobilisation des professionnels de santé de terrain et la généralisation d'une politique de prévention de la dépendance et non pas seulement de la maladie d'Alzheimer.

La politique de prévention ne doit pas être considérée comme un aspect mineur. Elle est absolument essentielle dans ce que sera demain la progression du nombre de personnes âgées dépendantes. Le Pr Ron Brookmeyer (Université de Los Angeles) a montré que sans mesure de prévention le nombre de malades d'Alzheimer pourrait doubler d'ici 2050 alors qu'il serait réduit de moitié si l'âge du début de la maladie pouvait être reculé de 5 ans.

Mais au-delà de la recherche, c'est toute l'éducation sanitaire des seniors et des plus jeunes qu'il convient de repenser notamment en insistant lourdement sur la diversité des facteurs de risques. Or aujourd'hui ces actions de prévention font l'objet d'un éparpillement totalement contre-productif. Les ARS viennent de se voir confier le rôle de pilote au plan régional des politiques de prévention. Leur responsabilité est très attendue sur ce point.

Proposition 33 : renforcer la politique de prévention du plan Alzheimer 2008-2012 lancé par N.Sarkozy.

Proposition 34 : repenser l'éducation sanitaire des seniors et des plus jeunes en insistant sur la diversité des facteurs de risque et sur la solidarité intergénérationnelle.

REPENSER LE LIEN SOCIAL ET LA VISION DE LA VIEILLESSE

Certes, voilà bien un domaine où il est difficile de légiférer. Pour autant, il appartient à l'Etat d'insuffler au fil des prochaines années un nouvel état d'esprit à la société. La canicule de 2003 aura de ce point de vue marquée les esprits et refonder en partie les nécessaires solidarités.

Mais notre société continue d'osciller entre une vision négative du vieux (celui qui détient le pouvoir, celui qui détient le patrimoine, celui qui coûte cher...) et une vision positive qui frôle parfois l'angélisme abstrait (le vieux, transmetteur de mémoire et de savoir ; le vieux sage, calme et serein). Bref, Tatie Danielle contre Mamie Nova.

Le risque existe d'attiser cette fracture générationnelle. Certains responsables politiques expliquent, à la veille de l'échéance présidentielle, que le destin de notre jeunesse est aujourd'hui l'urgence priorité de notre pays. Ils ont mille fois raison. A condition que cela ne soit pas le prétexte à expliquer que, du coup, la vieillesse constitue un enjeu négligeable.

La gauche est particulièrement sensible à cet aspect puisqu'elle sait que les seniors votent désormais très majoritairement à droite. Tandis qu'une mobilisation massive de l'électorat jeune est une des conditions de son succès.

Mais au-delà d'une grille de lecture générationnelle, la gauche doit d'abord et avant tout avoir une grille de lecture en termes d'injustices sociales et se concentrer sur les publics qui ont besoin d'elle, fussent-ils âgés.

Que faire par exemple lorsqu'on sait que le taux de suicide en France est de 20 pour 100.000 habitants mais de...150 pour 1000 chez les plus de 75 ans ? Ce qui fait de la France le record d'Europe ? Que faire sinon lutter contre l'isolement social par toutes les mesures appropriées ?

Que faire également face au constat récent effectué par le Comité d'Analyse Stratégique²⁷ d'un « fossé numérique générationnel » ? Aujourd'hui 17% des 75 ans et plus possèdent un ordinateur et donc Internet à domicile contre 91% des 15-24 ans. Quand on voit l'importance des TIC dans les nouveaux liens sociaux, les pouvoirs publics ne pourront pas laisser longtemps ce « fossé » se creuser.

Mais un autre avenir se dessine déjà en raison de l'arrivée à l'âge de la retraite des générations qui ont vécu Mai 68. Aujourd'hui, cette génération a ses parents en maison de

²⁷ Conseil d'Analyse Stratégique – Le fossé numérique en France – Avril 2011

retraite. Demain, elle y sera elle-même. La littérature récente montre cette évolution. Est-ce totalement un hasard si en l'espace de quelques mois à peine des romans ont été publiés racontant la vie...en maison de retraite ? Le vieux cynique de « Série grise » de la française Claire Huynen ; le vieil aventurier échappé de sa maison de retraite dans « Le vieux qui ne voulait pas fêter son anniversaire » du suédois Jonas Jonasson ; la vieille qui fume comme un pompier dans sa maison de retraite et qui se bourre d'anti-dépresseurs dans « Bons Baisers de Cora Sledge » de l'américaine Leslie Larson ; ou encore la vieille qui en maison de retraite se prend d'affection pour un adolescent russe perturbé qui lui apprend l'informatique dans « Les vaches rouges » de l'allemande Dorothea Razumovsky. Une telle concentration en quelques mois venant de quatre pays différents : est-ce un hasard ou le signe que le regard angoissé face à la vieillesse peut au fil du temps de transformer ?

REPENSER L'ESPACE PUBLIC ET L'HABITAT POUR TOUS LES AGES

Aucun projet de loi sur la préparation de la France au vieillissement de la population ne peut raisonnablement occulter les adaptations nécessaires en matière d'urbanisme, d'habitat, de logement et de transport.

Lorsqu'une personne valide mais très âgée habite au 3^{ème} étage sans ascenseur, elle n'est restée pas moins valide. Mais c'est l'escalier qui créera rapidement un état de dépendance. Les incapacités des personnes évoluent. L'environnement doit évoluer en fonction. Voilà un enjeu majeur en termes de prévention.

Une nécessaire approche territoriale du vieillissement

Contrairement à l'idée reçue, **ce sont dans les grandes villes que la progression des plus de 60 ans sera la plus forte dans les 10 prochaines années.**²⁸ Aujourd'hui, la population âgée de 60 ans et plus est sous-représentée dans les villes et banlieues. A l'inverse, les 40-60 ans y sont sur-représentés. C'est ce dernier chiffre qui permet de mesurer aujourd'hui l'augmentation exponentielle du nombre de personnes âgées, demain, dans les villes et, surtout, dans les périphéries des grandes villes.

²⁸ Pr Gérard-François DUMONT – Les territoires face au vieillissement – Ed. Ellipses – 2006

Entre 2000 et 2015, la population âgée de plus de 60 ans augmentera en effet de :

- + 37 % dans les aires urbaines de 50 000 à 900 000 habitants
- + 32 % dans les aires urbaines de moins de 50 000 habitants
- de +18 % seulement dans l'espace à dominante rurale²⁹.

Catégorie de territoire	Taux de croissance de la population âgée de 60 ans et plus entre 2000 et 2015	Taux de croissance de la population totale entre 2000 et 2015	Part des 60 ans et plus en 2000 et 2015
Aires urbaines de plus de 900.000 hab.	32%	11%	19% - 23%
Aires urbaines de 300 à 900.000 hab.	37%	9%	18%-23%
Aires urbaines de 100 à 300.000 hab	37%	6%	20%-26%
Aires urbaines de 50 à 100.000 hab.	35%	3%	22%-28%
Aires urbaines de moins de 50.000 hab	32%	3%	22%-29%
Espace à dominante rurale	18%	1%	28%-32%

Source : Villes et vieillir – Institut des Villes – La Documentation Française - 2004

Mais comme le montre ce tableau, il n'en reste pas moins que malgré la progression du vieillissement dans les grandes aires urbaines, c'est bien dans les zones rurales que la proportion des plus de 60 ans sera la plus importante.

On voit ici deux défis différents émerger :

²⁹ Villes et vieillir – Institut des Villes – La Documentation Française - 2004

- le premier consistera à gérer le vieillissement accéléré de la population dans des zones urbaines où la population jeune demeurera importante ;
- le second consistera à gérer une progression numérique moindre de personnes âgées mais dans des territoires où leur poids relatif sera d'autant plus important que les jeunes quitteront ces territoires.

Le vieillissement sera plus accéléré encore dans les zones péri-urbaines

Le phénomène du vieillissement en zones périphériques s'apparente à une répartition concentrique des générations. Le cas de l'Ile de France est particulièrement illustratif : ceux qui ont accédé à la propriété dans les années 60 se situaient en très proche banlieue. Les générations d'accédants à la propriété des années 70 ont eux aujourd'hui entre 50 et 60 ans. C'est la raison pour laquelle la croissance du nombre de personnes âgées sera très forte dans les départements de la grande couronne dans les années 2000-2030 comme le montre le tableau qui suit :

Evolution du nombre des 85 ans et plus entre 2000 et 2030

Paris	+ 13%
Hauts de Seine	+ 51 %
Seine St Denis	+ 81 %
Val de Marne	+ 72 %
Petite couronne	+ 65 %
Seine et Marne	+ 154 %
Yvelines	+ 160 %
Essonne	+ 160 %
Val d'Oise	+ 142 %
Gde couronne	+ 155 %

Source : Observatoire Régional d Ile de France 2003

Ainsi, tous les territoires ne seront pas confrontés aux mêmes défis en termes de vieillissement de la population. Les territoires ruraux devront relever un défi consistant à conserver suffisamment de jeunes actifs pour...s'occuper des personnes âgées. Les territoires urbains devront adapter leur habitat ou leur mode de transport à une population vieillissante,

défis plus prégnants encore dans des zones péri-urbaines moins denses en population, en habitat mais aussi en services publics et en commerces.

L'impact du vieillissement sur la politique du logement

Le vieillissement de la population va avoir un double effet sur le logement en France : une hausse de la demande et une nécessaire adaptation aux caractéristiques de ménages âgés.

Au-delà de 40 ans, le nombre moyen de personnes par ménage baisse rapidement avec l'âge. Or, lorsque la taille des ménages diminue, le nombre des ménages augmente plus vite que la population. Ainsi, entre 1975 et 1999, le ménage moyen a perdu ½ personne et le nombre de ménages s'est accru trois fois plus vite que la population. A elle seule, la déformation de la pyramide des âges explique plus des trois quarts de l'accroissement annuel du nombre des ménages entre 1990 et 1999 et plus des quatre cinquièmes de l'accroissement annuel du nombre des ménages d'ici 2030. Ainsi, le seul effet du vieillissement de la population va fortement contribuer à l'accroissement de la demande de logement.

Par ailleurs, le vieillissement de la population va contribuer à l'évolution du type de demandes de logement. Les maires sont quotidiennement interpellés sur ces questions :

- une veuve habite-t-elle un F4 depuis l'époque où elle vivait avec son mari et ses enfants ? Elle aura le plus grand mal à obtenir un échange pour un logement plus petit auprès de son bailleur. Ou il lui sera demandé un loyer supérieur pour un F3 que pour son actuel F4 ;
- une personne à mobilité réduite voudra t-elle adapter son logement à son handicap (barres d'appui, douches à syphon de sol...) ? Elle devra avancer elle-même le coût des travaux même si elle pourra être ensuite partiellement remboursée.

Sensibiliser voire contraindre les bailleurs sociaux à s'adapter à une clientèle vieillissante nécessite de revoir certains dispositifs.

Plus généralement, il conviendra, comme le font d'ailleurs un nombre croissant d'élus locaux, de repenser la ville pour l'adapter à une population âgée en forte croissance. De l'accessibilité des lieux publics à la réinstallation de bancs publics nécessaires aux personnes âgées qui ne

peuvent parcourir d'un trait certaines distances ; de l'adaptation des transports publics à l'adaptation des logements : ici, se joue aussi en grande partie non seulement la possibilité pour les personnes âgées de vieillir chez elle mais de prévenir aussi le plus longtemps possible les facteurs de prévalence de la dépendance.

Pour entamer une véritable politique publique dans ce domaine, le rapport Boulmier³⁰ publié en juin 2010 dresse des pistes intéressantes qu'il convient désormais de mettre en œuvre :

- Elaboration d'une grille commune d'évaluation des risques au domicile
- Création d'un label délivré aux artisans qui auront été formés à l'adaptation des logements et qui s'engageront à mener des travaux à des coûts et dans des délais raisonnables
- Mieux coordonner des aides publiques au logement nombreuses mais éparpillées
- Aider les personnes âgées à financer cette adaptation (prêt viager hypothécaire, contrat de viager HLM, micro-crédit...)

Proposition 35 : repenser la ville pour l'adapter à une population âgée en forte croissance : l'accessibilité des lieux publics, la réinstallation de bancs publics nécessaires aux personnes âgées qui ne peuvent parcourir d'un trait certaines distances, l'adaptation des transports publics, l'adaptation des logements.

Proposition 36 : s'inspirer du rapport Boulmier qui prévoit entre autre l'élaboration d'une grille commune d'évaluation des risques au domicile, la création d'un label délivré aux artisans qui auront été formés à l'adaptation des logements et qui s'engageront à mener des travaux à des coûts et dans des délais raisonnables. Mais aussi de mieux coordonner des aides publiques au logement nombreuses mais éparpillées et d'aider les personnes âgées à financer cette adaptation (prêt viager hypothécaire, contrat de viager HLM, micro-crédit...)

³⁰ Muriel BOULMIER : « L'adaptation de l'habitat à l'évolution démographique : un chantier d'avenir » - rapport au Secrétaire d'Etat aux Logement – Juin 2010 – La Documentation Française

UNE POLITIQUE MASSIVE DE FORMATION ET DE RECRUTEMENT DES PERSONNELS³¹

Derrière chaque personne en situation de handicap ou de perte d'autonomie se cache un emploi potentiel. Au-delà des aspects médicaux, la perte d'autonomie, en ce qu'elle se définit pour une personne comme l'impossibilité d'effectuer seule les actes essentiels de la vie courante, nécessite une assistance humaine.

Le Commissariat Général au Plan avait évalué en 2005 à plus de 400 000 le besoin d'emplois supplémentaires dans ce domaine d'ici 2030, soit pour permettre une offre supplémentaire, soit pour remplacer les départs en retraite.

Notre système éducatif doit s'adapter à cette nouvelle donne en créant de véritables filières de formation du niveau 5 au niveau 1. La « révolution des services à la personne » ne pourra pas s'asseoir éternellement sur des emplois trop faiblement qualifiés.

Proposition 37 : adapter l'offre d'emplois qualifiés dans le domaine de l'assistance médicale en renforçant les filières de formation.

* *
*

³¹ Ce sujet est traité de manière approfondie par un autre groupe de travail de Terra Nova.

CONCLUSION

Les débats actuels autour du 5^{ème} risque constituent un double trompe l'œil. Non seulement les solutions envisagées apparaissent pusillanimes et inspirées par un individualisme d'inspiration libérale mais ils occultent également les enjeux plus globaux que pose le vieillissement en cours de la population française.

En 2012, un projet de loi devra répondre à ces deux objectifs :

- améliorer et consolider la prise en charge des personnes âgées dépendantes grâce à un système solidaire et pérenne
- appréhender de manière plus globale les enjeux que le vieillissement pose à la France.

De telles orientations permettront d'en finir avec cette curieuse tendance à traiter la question du vieillissement comme la gestion d'une calamité annoncée pour gérer au contraire avec sérénité et solidarité un des plus formidables progrès des XX^{ème} et XXI^{ème} siècles : celui de l'allongement continue de la durée de la vie.

ANNEXE 1 - LEXIQUE

ACTP : allocation compensatrice pour tierce personne, destinée au moins de moins de soixante ans et remplacée progressivement par la PCH.

La grille **AGGIR** : La grille « Autonomie gérontologique groupe iso - ressources » a pour but d'évaluer l'état de dépendance d'une personne âgée. Elle se compose de dix-sept critères d'aptitudes (s'habiller, se laver ...) aboutissant à six niveaux de dépendance appelés GIR.

APA : l'allocation personnalisée d'autonomie, créée en 2001, est destinée aux personnes âgées de plus de soixante ans en état de dépendance. Elle est financée pour un tiers par l'État, le reste étant à la charge des départements. Elle concerne plus de 1,2 millions de personnes en 2011.

CCAS : les centres communaux d'action sociale sont le lieu de la politique sociale communale et un lieu d'information pour les personnes âgées dépendantes.

CLIC : le centre local d'information et de communication coordonne et facilite l'ensemble des démarches pour aider les personnes âgées dépendantes.

CNAMTS : caisse nationale de l'assurance maladie et des travailleurs salariés.

CNSA : la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie est un établissement public créé par la loi du 30 juin 2004 dont le but est de financer les aides en faveur des personnes âgées dépendantes (APA) et des personnes handicapées de façon égalitaire sur l'ensemble du territoire.

CSA : la contribution de solidarité pour l'autonomie est une ressource créée par la loi du 30 juin 2004, équivalente à 0,3 % de la CSG assise sur les revenus du patrimoine et les produits de placement.

EHPAD : les établissements d'hébergements pour les personnes âgées dépendantes visent à accueillir les personnes âgées dépendantes de plus de soixante ans. Leurs coûts sont répartis en trois « tarifs » : l'hébergement, les soins et la dépendance (qui est financée par l'APA).

GEVA : le guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées est la référence nationale utilisée par les MDPH pour recueillir les éléments nécessaires justifiant l'attribution d'une PCH.

GIR : Les six groupes iso-ressources permettent de classer les personnes en fonction des différents stades de perte d'autonomie. L'APA est délivrée aux GIR 1 à 4.

MDPH : les maisons départementales des personnes handicapées créées par la loi du 11 février 2005 sont chargées de l'accueil et de l'accompagnement des personnes handicapées dans chaque département.

PCH : La prestation de compensation du handicap est une aide personnalisée destinée à financer les besoins liés à la perte d'autonomie des personnes handicapées. Les départements sont responsables de son financement.

PSD : la prestation spécifique de dépendance est une aide qui a été en vigueur entre 1997 et 2001, jusqu'à son remplacement par l'APA. Cependant, il y avait un faible recours à cette prestation par les personnes qui y avait droit.

SSIAD : service de soins infirmiers à domicile.

MODULES PARTICIPATIFS

Proposition 1: proposer un financement solidaire car il nous semble que la dépendance se rapproche plus dans sa logique de la maladie que la protection de son automobile.

Extrait :

« Au regard des inégalités territoriales que cela génère, il n'est plus possible de laisser reposer sur les seuls départements et donc sur la seule fiscalité locale, le financement de la dépendance. Au regard également de la charge croissante qui pèse sur les familles, la solution ne consiste pas non plus à les charger plus encore ! Rien ne justifie donc que le risque dépendance déroge aux principes de solidarité nationale qui ont été mis en œuvre dans notre pays pour financer la maladie, la retraite ou la politique familiale. »

Page 50

Proposition 2: renforcer l'ingénierie sociale

Extrait :

« Depuis 2002, les conseils généraux ont fait la preuve de leur savoir-faire en matière de gestion de proximité. Ils gèrent avec efficacité le paiement de l'APA. Ils ont su constituer partout sur le territoire des équipes médico-sociales compétentes et réactives. Ils ont la responsabilité de contrôler et d'évaluer la qualité des établissements et services.

Bref, ne pas profiter de ce savoir-faire serait à l'évidence un non-sens. L'ingénierie sociale ainsi déployée a fait la preuve de son efficacité. Voilà donc un élément qu'il convient de renforcer plutôt que de le réformer. »

Page 51

Proposition 3: maintenir un système financé de façon mixte entre l'Etat et les départements.

Extrait :

« Les conseils généraux contribuent aujourd'hui pour plus de 4 milliards d'euros au financement de l'APA. Ces crédits auraient de toute façon le plus grand mal à être transférés de nouveau à l'Etat ou à un échelon national. Et il n'est pas question par ailleurs qu'ils soient « perdus pour la dépendance ».

La seconde raison tient dans la responsabilité des collectivités locales. Gérer une prestation entièrement financée par la solidarité nationale aurait pour conséquence de transformer les conseils généraux en simples guichets, en simples agences de paiement des prestations de l'Etat. On aurait alors du mal à plaider pour la pertinence et la légitimité des Conseils Généraux...

Il faut donc maintenir un système financé de façon mixte entre l'Etat et les départements. Mais dans des proportions évidemment différentes de celles connues aujourd'hui. »

Pages 51-52

Proposition 4: instaurer des phases de revoyure régulières pour mettre en phase les besoins de financement avec les demandes exprimées.

Extrait :

« La question du financement de la dépendance peut donc donner lieu aussi à un plan pluriannuel lissé dans le temps. Rien ne justifie donc les cris d'orfraie ou les relents de catastrophisme dont la seule conséquence est d'expliquer ensuite que la prise en charge de la dépendance est un luxe que la société française ne pourrait pas assumer par des prélèvements obligatoires...

Il n'existe pas UNE solution qui serait adoptée en 2011 pour les 30 prochaines années. A l'instar de la question des retraites, il conviendra d'instaurer des phases de revoyure régulières pour phaser les besoins de financement avec les demandes exprimées. »

Page 52

Proposition 5: construire un régime de base solidaire garantie par des ressources pérennes.

Extrait :

« Evoquer le développement de formules complémentaires, comme il en existe en matière de retraite ou d'assurance maladie, est évidemment légitime. Mais en matière de risque dépendance, ce rendez-vous a-t-il vraiment sonné ? Est-il raisonnable de construire des scénarios basés sur le développement de formules complémentaires obligatoires alors même que le « régime de base » est encore largement perfectible ? A cette question, nous répondons par la négative. La priorité de la décennie à venir consiste à construire un régime de base

solidaire garantie par des ressources pérennes. Une fois ce premier étage consolidé, viendra le temps d'imaginer la forme que prendra le second étage qui, lui, sera probablement indispensable lorsqu'interviendra dans les décennies 2030-2050 un véritable défi démographique. »

Pages 52-53

Proposition 6: redonner un socle de « solidarité nationale » au financement de l'APA qui nécessite dès lors de revenir au principe d'un co-financement Etat/conseils généraux plus équilibré.

Extrait :

« Redonner un socle de « solidarité nationale » au financement de l'APA nécessite dès lors de revenir au principe d'un co-financement Etat/conseils généraux plus équilibré. Ce principe, évoqué lors des débats parlementaires qui ont émaillé la création de l'APA, n'a en réalité jamais été inscrit dans la loi.

Nous proposons que soit inscrit dans la loi le principe d'un financement paritaire entre l'Etat et les départements. Sachant que l'on part d'une situation où l'équilibre actuel est de 72/28, la recherche de cet équilibre nécessite que la solidarité nationale soit appelée progressivement à rattraper son retard. »

Page 53

Proposition 7: mobiliser la solidarité nationale à hauteur de 2,5 milliards pour revenir au niveau de financement des conseils généraux, soit 4 milliards.

Proposition 8 : instaurer par la loi un mécanisme de répartition des cotisations.

Proposition 9: programmation dans le temps du rattrapage de l'Etat à hauteur de 2,5 milliards d'euros.

Proposition 10 : inscription de la parité 50/50 qui ne peut s'entendre qu'au plan national.

Proposition 11: affecter le financement issu de la solidarité nationale au-delà des 2,5 milliards précipités à une amélioration du système de prise en charge qui fera donc évoluer la clé de répartition actuelle.

Extrait :

« Les conseils généraux financent aujourd'hui 4 milliards d'APA contre 1,5 pour l'Etat. Le principe du 50/50 ne doit évidemment pas avoir pour objectif que les départements dépensent moins demain qu'aujourd'hui. Il faut donc que par un apport supplémentaire l'Etat se hisse à une participation de 50% du financement global, hors évidemment assurance-maladie.

La solidarité nationale devrait donc être mobilisée à hauteur de 2,5 milliards pour revenir au niveau de financement des conseils généraux, soit 4 milliards. Au final, la prestation (4 milliards pour les conseils généraux, 4 milliards pour l'Etat) s'élèverait donc à terme à 8 milliards d'euros.

La loi devrait donc instaurer le mécanisme suivant :

- *programmation dans le temps du rattrapage de l'Etat à hauteur de 2,5 milliards d'euros ;*
- *inscription de la parité 50/50 qui ne peut s'entendre qu'au plan national. Certains départements « jeunes et riches » seraient en effet appelés à contribuer au-delà de 50 % tandis que les départements « pauvres et âgés », qui seront incapables dans les années à venir de financer 50 % de leurs dépenses, verraient une part plus importante de leurs dépenses prises en charge par l'Etat. »*

Page 54

Proposition 12: mobiliser sur les 5 à 8 ans à venir un volant supplémentaire de financement entre 4 et 5 milliards d'euros

Extrait :

« Nous pensons raisonnable de mobiliser sur les 5 à 8 ans à venir un volant supplémentaire de financement entre 4 et 5 milliards d'euros. Cela reviendrait à doubler le financement actuel de l'APA. Ce n'est pas rien. Et cela, évidemment, nonobstant l'évolution des dépenses d'assurance maladie qui, nous l'avons rappelé précédemment, est un autre problème qui ne concerne pas spécifiquement les personnes âgées mais l'ensemble des assurés sociaux. »

Page 55

Proposition 13: faire reposer le financement actuel de l'APA sur des prélèvements pré-affectés reposant sur une assiette dynamique, avec une garantie de l'Etat d'un transfert complémentaire pour assurer un financement partagé entre les départements et l'Etat.

Extrait :

« Pour être pérenne, ce doit reposer sur des prélèvements pré-affectés reposant sur une assiette dynamique, avec une garantie de l'Etat d'un transfert complémentaire pour assurer un financement partagé entre les départements et l'Etat. Pour bénéficier d'une légitimité suffisante, un tel prélèvement supplémentaire ne peut s'envisager que dans le cadre de la nécessaire refonte de l'ensemble du système des prélèvements, pour une fiscalité plus progressive, plus juste, plus efficace et plus légitime, ce qui dépasse le cadre de ce rapport. A cet égard, la piste d'un financement assis sur le patrimoine est sans doute une piste à privilégier, outre le relèvement de la CSG acquitté par les retraités imposables. »

Page 55

<p>Proposition 14: compléter les besoins de financement par la suppression des mesures prises dans la loi TEPA sur les droits de succession</p>
--

Extrait :

« Au-delà, une autre ressource doit être trouvée pour compléter les besoins de financement évoqués plus haut.

Cette seconde phase devra faire appel au patrimoine. Mais au patrimoine de tous les Français et non au patrimoine des seules personnes âgées via un recours sur succession dont nous avons dit plus haut le caractère totalement injuste.

Ici, l'outil privilégié nous paraît être le produit de la suppression des mesures prises dans la loi TEPA sur les droits de succession. Oui, il faut que le patrimoine contribue à l'effort de solidarité. Mais le patrimoine de tous les français et pas seulement le patrimoine des familles qui ont eu la malchance d'avoir un parent dépendant. »

Pages 56-57

<p>Proposition 15: améliorer la quantité et la qualité de l'offre actuelle</p>

Extrait :

« Ces financements supplémentaires peuvent en effet être affectés à l'augmentation des ratios de personnel dans les EHPAD, à l'augmentation des rémunérations des personnels existants en établissement ou dans les services d'aide à domicile afin que ce secteur soit plus attractif.

Ces objectifs consisteraient alors à mieux prendre en charge des personnes âgées un nombre constant de personnes âgées. »

Page 58

Proposition 16: augmenter l'offre en termes quantitatifs afin de suivre l'évolution du nombre de personnes âgées dépendantes.

Extrait :

« Les crédits supplémentaires peuvent également être affectés au simple accompagnement du nombre supplémentaire de personnes âgées dans les prochaines années. A ratios constants, il conviendrait alors de construire de nouveaux établissements. Et à règles inchangées, il conviendrait d'accompagner le nombre croissant de bénéficiaires de l'APA. »

Page 58

Proposition 17: augmenter la solvabilisation des personnes afin de réduire le coût de leur prise en charge.

Extrait :

« Enfin, un troisième objectif consisterait, à environnement constant, de concentrer l'utilisation de nouvelles ressources vers une meilleure solvabilisation des personnes âgées.

Evidemment, l'idéal consisterait à remplir pleinement ces trois objectifs : voir le nombre d'établissements et de services augmenter pour accueillir un nombre croissant de personnes âgées à l'avenir ; des établissements et services qui seraient dotés de ratios de personnels plus importants ; des personnels qui seraient beaucoup mieux payés ; et des usagers qui, au final, paieraient moins... »

Pages 58-59

Proposition 18: mieux solvabiliser demain les personnes âgées confrontées à des coûts croissants et affecter les 4 ou 5 milliards supplémentaire majoritairement à l'augmentation des montants individuels APA.

Extrait :

« Pour nous, les « priorités prioritaires » sont au nombre de deux : les ressources financières nouvelles devront être principalement affectés au deux derniers objectifs :

Oui, la priorité absolue consiste à mieux solvabiliser demain les personnes âgées confrontées à des coûts croissants. Les 4 à 5 milliards supplémentaires devront donc être majoritairement être affectés à l'augmentation des montants individuels d'APA, voire à l'augmentation du nombre de bénéficiaires des allocations logement : tout moyen en tout cas permettant de diminuer le reste à charge et la facture acquittée par les personnes âgées à domicile ou en établissement. »

Page 59

Proposition 19: accompagner l'évolution démographique et donc le volume croissant de bénéficiaires.

Extrait :

« La seconde priorité devra consister à accompagner l'évolution démographique et donc le volume croissant de bénéficiaires.

La décennie 2000-2010 a été celle de l'amélioration croissante de la qualité et des moyens affectés aux Ehpad au détriment de l'accessibilité sociale de ces établissements. La décennie à venir devra répondre principalement au défi de la solvabilisation des personnes elles-mêmes. C'est pourquoi si nombre d'intérêts convergent entre professionnels et personnes âgées, cette convergence connaît ici une limite dans le sens où on ne pourra pas tout à la fois augmenter sensiblement les ratios de personnel et baisser la facture du résident. Or, désormais, ce second objectif nous paraît absolument prioritaire. »

Page 59

Proposition 20: renforcer les pouvoirs de la CNSA afin de l'ériger en véritable instance de pilotage de la perte d'autonomie en France et systématiser et d'institutionnaliser les liens entre la CNSA et les conseils généraux.

Extrait :

« Mais pour rendre le système plus efficace, il convient d'une part de renforcer les pouvoirs de la CNSA afin de l'ériger en véritable instance de pilotage de la perte d'autonomie en France. Et d'autre part, de systématiser et d'institutionnaliser les liens entre la CNSA et les conseils généraux.

[...]

La CNSA est tout à la fois une « Caisse » au sens où elle reçoit des recettes qu'elle distribue ensuite aux conseils généraux et aux ARS et une « Agence » au sens où elle mène des études et finance des projets de recherche.

Ces deux fonctions sont aujourd'hui « contrôlées » par un Conseil de la CNSA dont la composition est pléthorique. Autant il apparaît sain et utile que l'ensemble des partenaires participe à la fonction « Agence » de la CNSA, autant il semble désormais indispensable de rénover la gouvernance de l'aspect « Caisse » pour n'y regrouper que les seuls financeurs.»

Page 61

Proposition 21: instituer un véritable organe de pilotage de la CNSA constitué de trois tiers : un tiers de représentants de l'Etat, un tiers de parlementaires et d'organisations syndicales, un tiers de représentants des conseils généraux.

Extrait :

« Sachant qu'il est proposé plus loin de revenir à une parité 50/50 dans le financement de l'APA, il est proposé ici d'instituer un véritable organe de pilotage de la CNSA constitué de trois tiers : un tiers de représentants de l'Etat, un tiers de parlementaires et d'organisations syndicales, un tiers de représentants des conseils généraux. »

Page 61

Proposition 22: instituer un véritable pilotage politique de la dépendance. Le directeur général continuerait à être nommé par le gouvernement, mais le président de la CNSA mériterait d'être élu par cet organe politique afin de donner plus de force et d'indépendance à la CNSA.

Extrait :

« Étant donné les enjeux, il faut instituer un véritable pilotage politique de la dépendance. Le directeur général continuerait à être nommé par le gouvernement, mais le président de la CNSA mériterait d'être élu par cet organe politique afin de donner plus de force et d'indépendance à la CNSA. »

Page 61

Proposition 23 : rendre le CNSA le lieu de pilotage des politiques publiques en matière de perte d'autonomie et lui confier la coordination des toutes ces actions.

Extrait :

« La CNSA demain doit devenir le lieu de pilotage de toutes ces politiques. C'est une condition sine qua non à un pilotage cohérent d'une politique publique globale de la prise en charge de la perte d'autonomie. Evidemment, un tel projet fera l'objet d'une opposition de toutes les chapelles qui aujourd'hui possèdent un bout de responsabilité. Mais la CNSA doit se voir confier pour le moins la coordination de toutes ces actions. Ce qui rend d'autant plus nécessaire un changement de gouvernance permettant une légitimité démocratique plus grande. »

Page 62

Proposition 24 : généraliser la pratique de la contractualisation entre CNSA et conseils généraux et financer ainsi la solidarité nationale et la gestion de proximité

Extrait :

« Une CNSA renforcée contractualisant avec l'ensemble des conseils généraux : voilà un dispositif qui permettrait d'articuler financement de solidarité nationale et gestion de proximité. La création en 2005 de la CNSA n'a permis qu'un premier pas timide dans cette direction. Premier pas d'autant plus timide que la CNSA ne finance aujourd'hui que 28% de l'APA ce qui ne lui donne pas la légitimité d'avoir un rôle accru. »

Page 63

Proposition 25 : créer trois échelons d'information du public : un niveau national par la création d'un n° d'appel unique, au niveau départemental par la transformation des MDPH en MDA et au niveau local en contractualisant avec les CCAS.

Extrait :

« Pour rendre plus accessible l'information, donnée qui nous apparaît essentielle, il faudrait créer trois échelons clairs d'information :

- ***un niveau national par la création d'un n° d'appel unique***

La création sous forme de GIP d'un n° d'appel unique national permettrait d'harmoniser et de simplifier l'accès aux renseignements. Ce GIP regrouperait l'Etat, la CNSA, les caisses de retraite et l'Assemblée des Départements de France. A l'instar du n° Vert 3977 mis en place voici quelques années pour lutter contre la maltraitance envers les personnes âgées, ce n° Vert aurait pour mission d'accueillir des familles souvent aux abois et surtout de les diriger vers le bon interlocuteur.

- ***au niveau départemental par la transformation des MDPH en MDA***

En créant les maisons départementales des Personnes Handicapées, la loi de 2005 a fait œuvre utile tant cette institution a permis de centraliser l'information des usagers en situation de handicap.

Etant donné les nombreux points de convergence qui existent entre handicap et dépendance, nous proposons que la loi élargisse les missions des MDPH en les transformant en maisons départementales de l'autonomie. Les départements de l'Isère ou du Territoire de Belfort se sont déjà engagés avec succès dans cette voie. Il est en effet illogique que perdure une telle dissymétrie entre personnes handicapées et personnes âgées dans l'accès à l'information et dans le suivi des prestations.

- ***au niveau local en contractualisant avec les CCAS***

On l'a vu : les mairies et les CCAS sont considérés par les Français comme le lieu le plus pertinent d'information en première intention. Ce qui constitue un certain paradoxe dans la mesure où les communes ne sont en rien financeurs en matière de dépendance. Cela nécessite dès lors une contractualisation soit entre les conseils généraux et les CCAS, soit entre les MDPH devenues MDA et les CCAS. Ces relations existent déjà aujourd'hui mais ne sont encadrées par aucun cahier des charges contraignant. »

Proposition 26 : Soutenir le secteur de l'aide à domicile par un soutien financier de l'Etat et moderniser la tarification et les prestations de ces services.

Extrait :

« Pour exemple, alors que les associations d'aide à domicile vivent actuellement une situation économique très difficile marquée par la multiplication des cessations de paiements ou des liquidations judiciaires, elles n'ont trouvé au cours des 12 derniers mois aucun soutien de la part de l'Etat qui s'est contenté là encore de commander un rapport à l'IGAS pour éviter de prendre toute décision. Au contraire des Conseils Généraux qui, à travers l'ADF (Assemblée des Départements de France) ont engagé un véritable processus contractuel avec les principales organisations d'aide à domicile en France afin de moderniser la tarification et les prestations de ces services. Il serait souhaitable que les propositions communes élaborées par l'ADF et le groupe des 16 principales fédérations d'aide à domicile soient avalisées rapidement par le Parlement. »

Page 66

Proposition 27 : soutenir les établissements publics dans leurs efforts de rénovation si l'on veut maintenir dans notre pays un système mixte public/privé.

Extrait :

« Aujourd'hui, la question de la modernisation du bâti se pose essentiellement dans le secteur public (notamment dans le secteur public hospitalier) et, dans une moindre mesure dans le secteur associatif, où l'on rencontre encore trop d'établissements, qui s'ils sont souvent de qualité, demeurent architecturalement inadaptés (chambres doubles, locaux peu accessibles, confort spartiate...). Or, le financement de cette modernisation du bâti pose problème. La CNSA a débloqué entre 2005 et 2009 plusieurs centaines de millions d'euros pour cofinancer avec les conseils généraux des travaux de modernisation. Mais le défi est encore loin d'avoir été entièrement relevé.

Or, la diminution nette des possibilités d'investissement provenant de la CNSA et des conseils généraux pose question. Il est essentiel en effet de soutenir les établissements publics dans

leurs efforts de rénovation si l'on veut maintenir dans notre pays un système mixte public/privé. »

Page 67

Proposition 28 : créer un fonds d'investissement et de modernisation des EHPAD où collaboreraient la Caisse des dépôts et consignations (CDC) et des investisseurs privés, fonds qui permettrait de pallier les carences de la puissance publique dans ce domaine.

Proposition 29 : multiplier les opérations PPP (partenariat public-privé)

Extrait :

« Va-t-on longtemps continuer à voir des investisseurs publics ou privés mobiliser de telles sommes et voir parallèlement le secteur public crever à petit feu d'un manque d'investissement immobilier ?

Il conviendrait dès lors de créer un fonds d'investissement et de modernisation des EHPAD où collaboreraient la Caisse des dépôts et consignations (CDC) et des investisseurs privés, fonds qui permettrait de pallier les carences de la puissance publique dans ce domaine. Sans un tel concours, il sera difficile de moderniser les EHPAD qui n'offrent pas des conditions acceptables d'hébergement ce qui reviendrait à mettre en difficulté un secteur public qui assure aujourd'hui en moyenne les tarifs les plus accessibles.

Dans le même esprit, les opérations de PPP (partenariat public-privé) doivent se multiplier. Est-ce que parce que le nouvel hôpital public d'Evry sera construit en PPP par le groupe Eiffage pour un budget de 350 millions d'euros qu'il sera moins public qu'avant ? Non évidemment. Il faut désormais dissocier la gestion publique d'un établissement et la propriété de ses murs. »

Page 68

Proposition 30 : utiliser les Agences Régionales de Santé pour ce qu'elles sont ou devraient être : un instrument de liaison permanent entre médecine de ville, hôpital et médico-social.

Extrait :

« [...] le rapport du HCAAM a noté le caractère tout à fait anormal du recours aux urgences des personnes âgées dépendantes. Comme si l'intervenant ne sachant plus à quel saint se vouer considérerait un renvoi aux urgences comme la seule réponse possible.

Ces situations anormales nécessitent pour le moins d'aller dans trois directions :

Il convient d'abord d'utiliser les Agences Régionales de Santé pour ce qu'elles sont ou devraient être : un instrument de liaison permanent entre médecine de ville, hôpital et médico-social. Au vu des premiers mois de fonctionnement des ARS, le pari, sur ce point délicat, n'est pas gagné... Beaucoup d'ARS ont en effet calqués leur organisation en tuyaux d'orgues traitant donc spécifiquement l'hôpital, le médico-social et la médecine de ville. L'adoption des Projets Régionaux de Santé avant la fin de l'année 2011 seront de ce point de vue un véritable test sur la capacité des ARS à innover et à décloisonner. »

Page 70

Proposition 31 : Il est nécessaire ensuite d'adapter le système de santé au nombre croissant et à la spécificité de patients âgés poly-pathologiques.

Extrait :

« Il est nécessaire ensuite d'adapter le système de santé au nombre croissant et à la spécificité de patients âgés poly-pathologiques.

D'abord en sensibilisant bien plus qu'ils ne le sont aujourd'hui, les professionnels de santé et notamment les médecins généralistes ou spécialistes à la gériatrie et au traitement particulier des patients âgés atteints de poly-pathologies.

Ensuite en traitant la question plus générale de l'effondrement de la médecine de proximité dans certains territoires, y compris urbains avec la raréfaction des généralistes en secteur alors que ceux-ci sont la clé de voûte de l'accès aux soins des très âgés.

Enfin, en adaptant l'hôpital à cette nouvelle « clientèle » qu'est la personne très âgée. La T2A qui encourage de faibles durées de séjour sans qu'existe parallèlement un nombre suffisant de lits d'aval pour les personnes âgées (soins de suite gériatriques), l'absence d'urgences gériatriques, la formation insuffisante des spécialistes hospitaliers aux spécificités de patients très âgés : autant de problèmes qui nécessitent que notre système de santé fasse sa révolution face aux évolutions démographiques de demain. »

Proposition 32 : généraliser le système des « case-managers », des gestionnaires de cas, qui auraient la possibilité de guider la personne dans le dédale de son parcours de prise en charge.

Extrait :

« Enfin, il conviendra de généraliser le système des « case-managers », des gestionnaires de cas, qui auraient la possibilité de guider la personne dans le dédale de son parcours de prise en charge. Expérimentés aujourd’hui au sein des MAIA, ces gestionnaires de cas doivent demain devenir un pivot essentiel des politiques gérontologiques qu’ils soient intégrés dans les MAIA ou dans les CLIC, les conseils généraux ou les CCAS. »

Page 71

Proposition 33 : renforcer la politique de prévention du plan Alzheimer 2008-2012 lancé par N.Sarkozy.

Extrait :

« De très nombreuses études internationales et françaises ont permis de mieux cibler depuis longtemps les facteurs de risques de la dépendance et de la maladie d’Alzheimer. Ces facteurs sont aussi bien sociaux (isolement social, faible niveau de scolarité) que sanitaires (diabète, maladies cardio-vasculaires, perte de la vue...).

[...]

A ce titre, le Plan Alzheimer 2008-2012 lancé par Nicolas Sarkozy est largement perfectible. Même s’il contient de bonnes mesures (expérimentation des MAIA, soutien à la recherche...), il demeure insuffisant sur deux points majeurs : la mobilisation des professionnels de santé de terrain et la généralisation d’une politique de prévention de la dépendance et non pas seulement de la maladie d’Alzheimer. »

Page 72

Proposition 34 : repenser l’éducation sanitaire des seniors et des plus jeunes en insistant sur la diversité des facteurs de risque et sur la solidarité intergénérationnelle.

Extrait :

« Mais au-delà de la recherche, c'est toute l'éducation sanitaire des seniors et des plus jeunes qu'il convient de repenser notamment en insistant lourdement sur la diversité des facteurs de risques. Or aujourd'hui ces actions de prévention font l'objet d'un éparpillement totalement contre-productif. Les ARS viennent de se voir confier le rôle de pilote au plan régional des politiques de prévention. Leur responsabilité est très attendue sur ce point. »

Pages 72-73

Proposition 35 : repenser la ville pour l'adapter à une population âgée en forte croissance : l'accessibilité des lieux publics, la réinstallation de bancs publics nécessaires aux personnes âgées qui ne peuvent parcourir d'un trait certaines distances, l'adaptation des transports publics, l'adaptation des logements.

Extrait :

« Sensibiliser voire contraindre les bailleurs sociaux à s'adapter à une clientèle vieillissante nécessite de revoir certains dispositifs.

Plus généralement, il conviendra, comme le font d'ailleurs un nombre croissant d'élus locaux, de repenser la ville pour l'adapter à une population âgée en forte croissance. De l'accessibilité des lieux publics à la réinstallation de bancs publics nécessaires aux personnes âgées qui ne peuvent parcourir d'un trait certaines distances ; de l'adaptation des transports publics à l'adaptation des logements : ici, se joue aussi en grande partie non seulement la possibilité pour les personnes âgées de vieillir chez elle mais de prévenir aussi le plus longtemps possible les facteurs de prévalence de la dépendance. »

Page 78

Proposition 36 : s'inspirer du rapport Boulmier qui prévoit entre autre l'élaboration d'une grille commune d'évaluation des risques au domicile, la création d'un label délivré aux artisans qui auront été formés à l'adaptation des logements et qui s'engageront à mener des travaux à des coûts et dans des délais raisonnables. Mais aussi de mieux coordonner des aides publiques au logement nombreuses mais éparpillées et d'aider les personnes âgées à financer cette adaptation (prêt viager hypothécaire, contrat de viager HLM, micro-crédit...)

Extrait :

« Pour entamer une véritable politique publique dans ce domaine, le rapport Boulmier³² publié en juin 2010 dresse des pistes intéressantes qu'il convient désormais de mettre en œuvre :

- *Elaboration d'une grille commune d'évaluation des risques au domicile*
- *Création d'un label délivré aux artisans qui auront été formés à l'adaptation des logements et qui s'engageront à mener des travaux à des coûts et dans des délais raisonnables*
- *Mieux coordonner des aides publiques au logement nombreuses mais éparpillées*
- *Aider les personnes âgées à financer cette adaptation (prêt viager hypothécaire, contrat de viager HLM, micro-crédit...) »*

Page 78

Proposition 37 : adapter l'offre d'emplois qualifiés dans le domaine de l'assistance médicale en renforçant les filières de formation.

Extrait :

« Le Commissariat Général au Plan avait évalué en 2005 à plus de 400 000 le besoin d'emplois supplémentaires dans ce domaine d'ici 2030, soit pour permettre une offre supplémentaire, soit pour remplacer les départs en retraite.

Notre système éducatif doit s'adapter à cette nouvelle donne en créant de véritables filières de formation du niveau 5 au niveau 1. La « révolution des services à la personne » ne pourra pas s'asseoir éternellement sur des emplois trop faiblement qualifiés. »

Page 79

³² Muriel BOULMIER : « L'adaptation de l'habitat à l'évolution démographique : un chantier d'avenir » - rapport au Secrétaire d'Etat aux Logement – Juin 2010 – La Documentation Française

TERRA NOVA

Terra Nova est un think tank progressiste indépendant ayant pour but de produire et diffuser des solutions politiques innovantes.

Née en 2008, Terra Nova se fixe trois objectifs prioritaires.

Elle veut contribuer à la rénovation intellectuelle et à la modernisation des idées progressistes. Pour cela, elle produit des rapports et des essais, issus de ses groupes de travail pluridisciplinaires, et orientés vers les propositions de politiques publiques.

Elle produit de l'expertise sur les politiques publiques. Pour cela, elle publie quotidiennement des notes d'actualité, signées de ses experts.

Plus généralement, Terra Nova souhaite contribuer à l'animation du débat démocratique, à la vie des idées, à la recherche et à l'amélioration des politiques publiques. Elle prend part au débat médiatique et organise des événements publics.

Pour atteindre ces objectifs, Terra Nova mobilise un réseau intellectuel large.

Son conseil d'orientation scientifique réunit 100 personnalités intellectuelles de l'espace progressiste français et européen.

Son cabinet d'experts fait travailler près de 1000 spécialistes issus du monde universitaire, de la fonction publique, de l'entreprise et du monde associatif.

Terra Nova s'intègre dans un réseau européen et international d'institutions progressistes. Ces partenariats permettent d'inscrire les travaux de Terra Nova dans une réflexion collective européenne et donnent accès aux politiques expérimentées hors de France.

Terra Nova, enfin, est un espace collectif et fédérateur. Elle constitue une plateforme ouverte à tous ceux qui cherchent un lieu pour travailler sur le fond, au-delà des courants et des partis, au service des idées progressistes et du débat démocratique. Elle travaille pour le collectif sans prendre part aux enjeux de leadership. Sa production est publique et disponible sur son site : www.tnova.fr