



LES **AVIS**
DU CONSEIL
ÉCONOMIQUE
SOCIAL ET
ENVIRONNEMENTAL

La dépendance des personnes âgées

Mme Monique Weber
et M. Yves Vérollet, rapporteurs

2011

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
LIBERTÉ - ÉGALITÉ - FRATERNITÉ



CONSEIL ÉCONOMIQUE
SOCIAL ET ENVIRONNEMENTAL

Les éditions des
JOURNAUX OFFICIELS

2011-03
NOR : CESL1100003X
Lundi 20 juin 2011

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Mandature 2010-2015 – Séance des 14 et 15 juin 2011

LA DÉPENDANCE DES PERSONNES ÂGÉES

Avis du Conseil économique, social et environnemental

présenté par

Mme Monique Weber et M. Yves Vérollet, rapporteurs

au nom de

la commission temporaire

Question dont le Conseil économique, social et environnemental a été saisi par lettre du Premier ministre en date du 19 janvier 2011. Le bureau a confié à la commission temporaire la préparation d'un avis sur *La dépendance des personnes âgées*. La commission temporaire, présidée par M. David Gordon-Krief, a désigné Mme Monique Weber et M. Yves Vérollet comme rapporteurs.

Sommaire

■ Synthèse de l'avis	4
■ Avis	9
■ Développer la prévention de la perte d'autonomie	9
■ Adapter l'habitat et le cadre de vie aux évolutions démographiques	11
■ Développer une offre d'hébergement diversifiée en adéquation avec les besoins des personnes en perte d'autonomie	11
■ Soutenir les initiatives technologiques au service de l'autonomie	12
■ Organiser un parcours de soins coordonné de prise en charge de la personne	13
■ Renforcer l'attractivité de l'aide à domicile	15
■ Soutenir et accompagner les aidants	17
■ Financer la perte d'autonomie des personnes âgées	18
■ Améliorer la gouvernance	20
■ Déclarations des groupes	23
■ Scrutin	45
Annexes	47
<i>Annexe 1 : les enjeux</i>	47
<i>Annexe 2 : contribution présentée au nom de la délégation aux droits des Femmes et à l'égalité par Mme Geneviève Bel, présidente</i>	55
<i>Annexe 3 : contribution présentée au nom de la délégation à l'Outre-mer par M Gérard Grignon, rapporteur</i>	63

Liste des personnalités entendues par la commission temporaire	_____ 74
Liste des personnes rencontrées	_____ 75
Table des sigles	_____ 76
Bibliographie	_____ 78

LA DÉPENDANCE DES PERSONNES ÂGÉES

Synthèse de l'avis¹

La prise en charge de la dépendance est avant tout un défi sociétal, même si la question financière ne doit pas être sous-estimée. Quelle place pour le grand âge ? Le Conseil économique, social et environnemental pense que les personnes âgées sont une richesse pour notre société. Le maintien de leur bonne santé physique et morale est un enjeu majeur. La place qui leur est réservée, le respect et le regard porté sur elles sont essentiels. Quel regard porté sur la dépendance ? Le CESE préfère, à cet égard, la notion de perte d'autonomie à celle de dépendance. Comment les politiques publiques peuvent-elles favoriser la construction de parcours de vie adaptés aux besoins des individus ? Répondre à ces questions pour les personnes dépendantes, c'est mettre en œuvre, au-delà des seules personnes âgées, des solidarités nouvelles, soutenables pour les familles comme pour les finances publiques dans le temps. Si la saisine porte sur les seules personnes de plus de 60 ans en perte d'autonomie, le Conseil économique, social et environnemental considère que la société doit apporter à toute personne en manque d'autonomie quel que soit son âge ou son handicap, une réponse adaptée à ses besoins.

La dépendance en Outre-mer fait l'objet, compte tenu de sa spécificité, d'une contribution de la Délégation Outre-mer annexée au présent avis.

Des évolutions démographiques aux conséquences incertaines

Les projections démographiques font état d'une augmentation de 25 % des personnes âgées de plus de 75 ans d'ici 2025 (6,6 millions). L'impact sur la dépendance est plus tardif (elle concerne 2,7 % de la population âgée de 60 à 79 ans et 11,2 % au-delà de 82 ans) et sa durée, de l'ordre de 4 ans en moyenne pour le versement de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA), reste stable. À plus long terme, la progression de l'espérance de vie en bonne santé est incertaine du fait de l'interaction possible de facteurs négatifs (progression des maladies chroniques invalidantes, difficultés d'accès accrues au système de santé...) et positifs (progrès thérapeutiques notamment pour la maladie d'Alzheimer...).

L'évolution du nombre de personnes dépendantes à l'horizon 2030 et au-delà repose donc sur des hypothèses soumises à des incertitudes importantes.

Des évolutions du financement indispensables

En 2010, les dépenses liées à la dépendance sont selon le périmètre le plus large retenu d'environ 34 milliards d'euros. Parmi ces dépenses, la partie consacrée à la perte d'autonomie proprement dite s'élèverait à 8,5 milliards d'euros, 10 milliards pour l'hébergement, entre 10,3 milliards d'euros et 14,4 milliards d'euros pour la santé selon le périmètre choisi. L'intervention publique est de l'ordre de 24 milliards d'euros. Les dépenses privées, sujettes à des interprétations différentes sont donc de l'ordre de 10 milliards d'euros. (source groupe ministériel IV avant projet de rapport mai 2011)

¹ L'ensemble du projet d'avis a été adopté au scrutin public par 156 voix pour et 50 abstentions (voir le résultat du scrutin en annexe).

Plus que son montant global, c'est la dynamique et la qualité des financements qui impose des ajustements. En effet les départements, surtout ceux comptant une population âgée importante, connaissent des difficultés de financement de l'APA avec la dégradation du taux de prise en charge par la solidarité nationale (43 % en 2002 à 28,5 % en 2010). De même, le reste à charge des familles, à domicile et en établissement est très élevé (son montant global est de l'ordre de 7,4 Md €). En établissement, c'est pour les revenus intermédiaires (compris entre 1 200 et 1 800 € mensuels) qui ne bénéficient ni de l'aide sociale, ni de réductions fiscales que l'aide publique est la plus faible.

Des évolutions sociétales avec le désir souvent exprimé de rester le plus longtemps possible au domicile

Les conséquences d'un maintien plus tardif au domicile sont nombreuses. En termes d'accompagnement, il est indispensable de valoriser le secteur de l'aide à domicile pour le rendre plus attractif afin de pouvoir procéder aux recrutements nécessaires et soulager les aidants, de rendre les services financièrement accessibles et d'adapter l'offre d'établissements à un public plus âgé et plus lourdement dépendant.

Des évolutions en termes de parcours de vie

La qualité de la prise en charge repose sur une coordination et une réactivité des acteurs qui se met diversement en place sur les territoires. C'est un enjeu stratégique. Orienter les personnes en fonction de leurs besoins, prévenir des hospitalisations en urgence... permettra de garantir l'efficacité de la prise en charge. En cela, la dépendance suscite une démarche innovante qui pourrait toucher demain d'autres publics.

Les principales préconisations

Des politiques publiques qui interviennent en amont de la dépendance

➤ Développer la prévention de la perte d'autonomie tout au long de la vie

Au-delà de l'incitation à un suivi régulier des assurés sociaux, et la nécessité de rompre l'isolement par le maintien du lien social, l'enjeu majeur est de mettre en place, le plus en amont possible, des politiques favorisant le vieillissement, en bonne santé de la population en :

- organisant des dépistages précoces de certaines pathologies (hypertension, diabète, surdité, cancers...) ; mise en œuvre d'une surveillance et de traitements plus spécifiques pour les femmes ;
- ciblant les actions de prévention de la perte d'autonomie sur les populations vulnérables ou fragiles (par exemple en organisant le retour à domicile après une hospitalisation) ;

- développant, à travers la négociation notamment entre les partenaires sociaux et l'action des organismes de protection sociale, la prévention en matière de santé pour les actifs ;
- renforçant les actions de prévention et d'éducation thérapeutique développées par les caisses de retraite et les organismes complémentaires ;
- maintenant la prise en charge des personnes en GIR 4 par l'APA.

✎ Adapter l'habitat et le cadre de vie aux évolutions démographiques

L'adaptation du logement au vieillissement de la population suppose :

- d'accompagner les personnes âgées dans la réalisation des travaux nécessaires (information, accompagnement, solvabilisation), et de développer une offre de travaux labellisés ;
- de tirer les conclusions après analyse du bilan de l'application de la loi du 11 février 2005 sur l'accessibilité des logements neufs afin de créer les conditions d'une mise en œuvre réelle de son application ;
- d'intégrer la question de l'adaptation du logement dans le cadre de la réflexion sur la réforme en cours de la prise en charge de la perte d'autonomie.

✎ Soutenir les innovations technologiques au service de l'autonomie

La recherche dans les domaines des maladies neurodégénératives, de la domotique et du développement d'outils numériques de maintien des capacités cognitives, pourrait être soutenue notamment par la mobilisation des fonds du programme d'investissement d'avenir, en renforçant le rôle de la CNSA. Ce secteur est créateur d'emplois qualifiés.

Un accompagnement qui permette de répondre aux besoins de la personne et de son entourage

✎ Une offre d'hébergement accessible financièrement

Lorsque le maintien à domicile n'est plus possible ou souhaité, l'offre de structures doit être variée (résidences intergénérationnelles, petites unités de vie...). Pour rendre l'hébergement accessible financièrement, il importe :

- de développer une offre d'établissements accessible à tous en faisant jouer un rôle moteur à la caisse des dépôts et consignations ;
- élaborer et mettre en place des référentiels de coûts d'hébergement, réfléchir à la mise en place des prêts locatifs aidés (PLA) d'autonomie, à l'image des PLA d'insertion ;
- réserver un pourcentage de lits à l'aide sociale lors de la création d'un nouvel établissement privé lucratif et non lucratif.

👉 Soutenir et accompagner les aidants

Pour permettre aux aidants de s'organiser et prévenir leur épuisement physique et psychique il faut :

- développer une palette diversifiée de services : gardes itinérantes de jour ou de nuit, hébergement temporaire, accueil de nuit, etc., consultation médicale annuelle ;
- les aider dans leurs démarches, par exemple en développant et en pérennisant des structures comme les Centres locaux d'information et de coordination (CLIC) ou les Maisons pour l'intégration et l'autonomie des malades d'Alzheimer (MAIA), ainsi qu'en proposant une plate-forme d'information unique ;
- inciter les entreprises à intégrer la question de la dépendance dans leur réflexion sur la conciliation vie professionnelle/vie familiale.

👉 L'organisation d'un parcours de soins coordonné de prise en charge de la personne

Faciliter ce parcours suppose notamment :

- de mettre en place un « guichet unique » d'information et d'orientation pour apporter informations et conseils aux personnes et à leurs familles ;
- de créer un nouveau métier de coordonnateur sanitaire et social ;
- de transformer les Maisons départementales du handicap (MDPH) en Maisons départementales de l'autonomie (MDA) avec un financement pérenne ;
- de poursuivre le développement de réseaux de santé gérontologiques, de regroupements de professionnels ;
- de dresser un bilan d'ici 2014 afin de décider d'une forme d'organisation harmonisée sur le territoire.

👉 Renforcer l'attractivité de l'aide à domicile

Considérant que l'emploi prestataire constitue pour les personnes relevant de l'APA, une réponse adaptée, la recherche de qualité des services à domicile doit se poursuivre à travers l'harmonisation des procédures d'agrément-autorisation et la réforme de la tarification des services intervenant auprès des publics vulnérables

Le développement des filières en alternance et de la VAE, des métiers de l'encadrement, l'harmonisation progressive des garanties collectives des salariés contribueront à renforcer l'attractivité du secteur. Pour l'emploi direct, la reconnaissance des acquis dans un passeport professionnel, l'accès à une formation obligatoire (pour les GIR 1, 2, 3) et le développement de centres de ressource sont recommandés.

La place prépondérante du financement par la solidarité nationale

Le financement de la dépendance ne saurait relever des seules personnes dépendantes. Pour répondre aux besoins de financement, le CESE préconise l'instauration d'une taxe sur l'ensemble des mutations à titre gratuit, l'alignement du taux plein de la CSG sur les pensions de retraite (6,6 %) sur celui des actifs (7,5 %), cette solution pouvant être envisagée au-dessus d'un certain seuil.

D'autres propositions présentées comme alternatives à l'alignement de la CSG n'ont pas été retenues : une augmentation d'un demi-point de la cotisation assurance vieillesse, un prélèvement plus important sur les patrimoines les plus élevés, l'introduction d'une CSG progressive, une cotisation sur les éléments de rémunérations non salariales non assujettis à cotisation, l'introduction d'une TVA sociale.

Dès 2011, la modification des sections tarifaires en établissement et le relèvement des plafonds des plans d'aide permettraient d'alléger les coûts d'hébergement et d'apporter une aide plus importante aux grands dépendants.

L'intervention des organismes complémentaires implique que plusieurs conditions soient remplies : labellisation des contrats, continuité et sécurisation des droits, aide publique à la souscription pour les revenus modestes...

Améliorer la gouvernance

Le CESE préconise d'inscrire un nouveau droit universel de compensation de la perte d'autonomie. Il confirme l'option choisie depuis 2005 de concilier une gestion de proximité confiée aux départements et un pilotage national des politiques d'accompagnement de la perte d'autonomie par la CNSA dont le CESE propose de revoir le fonctionnement, la composition et les prérogatives.

Une autre solution proposée, l'intégration de la CNSA dans l'assurance maladie n'a pas été retenue.

Le CESE estime nécessaire de clarifier l'articulation entre l'assurance maladie et la CNSA. Cette Caisse doit rester l'opérateur national des politiques d'accompagnement de la perte d'autonomie ; l'assurance maladie doit définir et mettre en œuvre la politique sanitaire en direction des personnes dépendantes.

Au plan local, les ARS devraient jouer le rôle de cette articulation du fait de leur double compétence sur l'organisation sanitaire et médico-social.

*
* *

Il appartiendra aux pouvoirs publics d'évaluer l'organisation mise en place et de formuler des propositions d'harmonisation sur le territoire national, d'ici 2014, date à laquelle la réforme territoriale devra s'appliquer. Le CESE est prêt à prendre toute sa place dans ce processus d'évaluation.

Avis

Développer la prévention de la perte d'autonomie

Le Conseil économique, social et environnemental estime que le développement de la prévention est un enjeu majeur pour préserver l'autonomie des personnes âgées et faciliter le maintien à domicile.

Une politique de prévention de la perte d'autonomie doit avoir pour cible l'ensemble des événements dont la survenue peut avoir, à terme, une conséquence sur l'autonomie des personnes. Il convient pour cela de prendre en compte des facteurs environnementaux, sociaux et médicaux. La prévention de la perte d'autonomie ne se limite pas aux risques du grand âge. Les modes de vie, parfois les conditions d'exercice de l'activité professionnelle ont une incidence à terme sur le nombre de personnes concernées.

👉 Agir, tout au long de la vie, sur les facteurs favorisant la perte d'autonomie

- Promouvoir dès l'enfance, l'éducation sanitaire et alimentaire, la pratique d'activités physiques, fondements d'une bonne hygiène de vie.
- Mobiliser les entreprises, les partenaires sociaux, les organismes de protection sociale et le service de santé au travail sur la prévention en matière de santé des actifs pour supprimer ou réduire les risques professionnels.
 - Le CESE recommande de développer, par le dialogue et la négociation, les mesures de prévention et de suivi médical en entreprise, pour l'ensemble des salariés et notamment ceux plus particulièrement exposés ;
 - il estime que de nombreuses actions peuvent être menées en s'appuyant sur les caisses de sécurité sociale et les organismes complémentaires, sur les aspects liés à la santé, à la prévention ou à la préparation à la retraite.
- Inciter les assurés sociaux à se faire suivre régulièrement.
 - dépistage précoce de certaines pathologies (hypertension, diabète, surdité, cancers...) et des maladies neurodégénératives ;
 - mise en œuvre d'une surveillance et de traitements plus spécifiques pour les femmes : dépistage systématique de l'ostéoporose au moment de la ménopause et révision des conditions de prise en charge de l'ostéodensitométrie.
- Développer la formation des médecins généralistes et des auxiliaires médicaux au repérage précoce des maladies neurodégénératives.

Il paraît souhaitable d'organiser des actions de formation pluridisciplinaires associant les professionnels de santé hospitaliers et de ville (salariés et libéraux).

➤ Organiser et cibler les actions de prévention de la perte d'autonomie sur les populations vulnérables ou fragiles

- Développer l'information auprès des personnes âgées et des familles à la détection des signes des maladies dégénératives.
- Prévenir la dépendance chez les personnes hospitalisées par la mise en place au sein de l'hôpital de protocoles *ad hoc* et former les personnels à la problématique du Grand âge.
- Organiser le retour à domicile après une hospitalisation.
- Prévenir la iatrogénie médicamenteuse.

Le CESE recommande une généralisation du dossier pharmaceutique en attendant la mise en place du Dossier médical personnel.

- Soutenir l'initiative de la commission de sécurité des consommateurs et de l'Agence nationale des services à la personne (ANSP) pour prévenir les chutes des personnes âgées à domicile.
- Favoriser toutes les initiatives (associatives ou autres) permettant de lutter contre l'isolement des personnes âgées.
- Préconiser un pilotage régional renforcé en fonction des priorités et des spécificités locales.

À ce propos, le CESE estime qu'il faut mener une réflexion sur la manière dont s'articulent les soins qui relèvent de l'assurance maladie et la prise en charge de la perte d'autonomie. S'il s'agit de deux risques distincts ils ne peuvent pas, pour autant, être traités séparément. En effet une réduction de la durée de séjour en hôpital par l'organisation du retour avec les structures d'aide à domicile, et/ou les familles engendrera une « économie » sur les soins de santé. Mais elle provoquera des coûts vraisemblablement moins élevés à la charge d'autres financeurs (département via l'APA, familles...).

Il conviendrait de faire de la prévention de la dépendance une des missions prioritaires confiées aux jeunes dans le cadre du nouveau service civique.

Le CESE est favorable à la diffusion des actions de prévention et d'éducation thérapeutique en direction des personnes en GIR 5 et 6, développées notamment par les caisses de retraite.

Il convient aussi de s'appuyer sur les réseaux d'action sociale de proximité (conseils généraux et centres communaux d'action sociale, CCAS, associations...). Ces actions concernent également les mutuelles, les organismes de prévoyance, les CLIC, les services d'aides et de soins à domicile ou les centres ressources des particuliers employeurs et des emplois de la famille qui se développent en partenariat avec l'ANSP.

Notre assemblée préconise le maintien de la prise en charge dans le cadre de l'APA des personnes en GIR 4.

Une des conditions de réussite de toutes ces actions ciblées de dépistage de la fragilité des personnes âgées est d'être étroitement articulée avec les solutions d'accompagnement proposées aux personnes concernées, par exemple une meilleure socialisation, une adaptation de l'habitat, le développement de la pratique d'une activité physique régulière, une stimulation intellectuelle ou la modification d'habitudes alimentaires.

Adapter l'habitat et le cadre de vie aux évolutions démographiques

Pour le CESE, le maintien à domicile des personnes âgées (qui comprend également les foyers d'hébergement quand les personnes y vivaient, du fait de leur handicap, avant 60 ans) ne peut se réaliser que si un certain nombre de mesures concernant le logement, les infrastructures et les services sont mises en œuvre. Il est important :

- de tirer les conclusions après analyse du bilan de l'Observatoire d'accessibilité et de la conception universelle sur l'application de la loi du 11 février 2005 qui dispose que tous les logements neufs construits doivent être accessibles aux personnes en situation de handicap afin de créer les conditions d'une mise en œuvre réelle de son application ;
- de favoriser le développement de résidences intergénérationnelles en mobilisant des partenariats entre les communes, les offices publics de l'habitat, les services d'aides et de soins à domicile ;
- d'accompagner les personnes âgées dans la réalisation de travaux facilitant leur maintien à domicile :
 - en soutenant les initiatives de la CNAV et de la MSA, en partenariat avec l'Agence nationale de l'habitat (ANAH) et en développant l'information en direction des publics ciblés par cette initiative. Cette aide à l'amélioration de l'habitat est versée par la Caisse de retraite ;
 - en étudiant l'opportunité de relever les plafonds d'aides en fonction des revenus.
- de recourir selon l'ampleur des travaux envisagés aux conseils d'autres professionnels (architectes, économistes de la construction...) ;
- de développer une offre de travaux labellisés permettant aux personnes âgées d'identifier des professionnels du bâtiment disposant de compétences adaptées et offrant des conseils personnalisés en matière d'adaptabilité et d'accessibilité du logement. Le CESE soutient les démarches initiées par la CAPEB, conjointement avec des acteurs partenaires représentant notamment des personnes âgées retraitées ou dépendantes et par la Fédération française du bâtiment ;
- d'accompagner le déménagement des personnes âgées isolées lorsque le maintien dans leur domicile n'est plus possible ;
- plus généralement le CESE estime qu'il faut intégrer de manière plus forte la question de l'adaptation du logement dans le cadre de la réflexion sur la réforme en cours de la prise en charge de la perte d'autonomie ;
- aménager l'environnement par des infrastructures et des services adaptés.

Développer une offre d'hébergement diversifiée en adéquation avec les besoins des personnes en perte d'autonomie

Il importe de développer une offre adaptée entre « le domicile classique » et les établissements d'hébergement, la seule réponse du logement foyer classique étant insuffisante. Des initiatives se développent comme les familles d'accueil, les petites unités

de vie (moins de 25 résidents) ou les Maisons d'accueil rurales pour personnes âgées (MARPA). Elles permettent aux personnes âgées de rester dans leur environnement. Le CESE estime que ces structures, quelle que soit leur appellation et leur organisation, sont une des réponses à la prise en charge en termes d'aides et de soins des personnes âgées, notamment pour les personnes isolées.

À ce propos, il conviendrait d'être vigilant à ce que la nouvelle procédure « appel à projets » instaurée par la loi HPST permette, voire renforce, l'émergence de ce type de réponses.

- Le CESE souhaite que des initiatives soient prises, pour développer une offre d'établissements accessible à tous quel que soit le niveau de revenus. Cette offre doit être d'ampleur suffisante pour, à la fois répondre aux besoins et jouer un rôle de régulation des prix. Pour le CESE, la Caisse des dépôts et consignations (CDC) et les grands opérateurs de l'économie sociale devraient avoir un rôle moteur dans une telle opération, sans exclure d'autres partenariats locaux ou nationaux, privés ou non.
- Dans le cadre de cette réflexion sur les moyens de disposer d'une offre de qualité à tarif socialement acceptable, d'autres pistes peuvent être utilement explorées :
 - élaborer et mettre en place des référentiels de coûts d'hébergement et les rendre opposables, afin de garantir que la diminution du reste à charge bénéficiera bien aux personnes âgées et à leurs familles ;
 - mener un audit sur l'impact financier des normes (superficie des chambres et des services annexes). En effet, le CESE estime nécessaire de traiter ce sujet pour confirmer les textes réglementaires ou les faire évoluer. Il importe, pour favoriser l'investissement dans le secteur public, d'agir sur l'ensemble des leviers, à condition de ne pas altérer la qualité des conditions d'hébergement ;
 - réfléchir à la mise en place des Prêts locatifs aidés autonomie (PLA), à l'image des PLA d'insertion ;
 - réserver un pourcentage de lits à l'aide sociale lors de la création d'un nouvel établissement privé à but lucratif et non lucratif.

Ces dispositifs doivent se faire parallèlement à l'augmentation du ratio personnel/résidant dans les EHPAD (les ratios aujourd'hui n'atteignent même pas les engagements du plan *Bien vieillir*), ainsi qu'à la qualification des personnels.

Soutenir les initiatives technologiques au service de l'autonomie

Préserver l'autonomie de la personne est créateur d'emplois qualifiés dans les secteurs médical, paramédical et technologique. Le Conseil économique, social et environnemental estime qu'un soutien pérenne à la recherche pourrait s'organiser autour des axes suivants :

- développer une politique globale de recherche sur les maladies neuro-dégénératives ;
- réfléchir, en partenariat avec des neuropsychologues, des psychomotriciens, des orthophonistes, des gériatres, etc., à l'ergonomie des outils numériques afin de pallier les difficultés sensomotrices et cognitives des personnes âgées, non pour

se substituer à la présence humaine, mais pour compléter et faciliter l'action des intervenants ;

- investir dans la domotique pour faciliter les gestes de la vie quotidienne et la sécurisation du domicile dans le respect de la vie privée des personnes ;
- coordonner, accompagner et promouvoir toutes ces initiatives est indispensable.

Le rôle de la CNSA en matière de structuration de la recherche et de financement de projets pourrait être renforcé, notamment par la mobilisation des fonds du programme d'investissement d'avenir. Les Directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE) et OSEO, entreprise publique qui finance l'innovation et les partenariats notamment pour les PME, pourraient contribuer à soutenir les projets des petites et moyennes entreprises.

Organiser un parcours de soins coordonné de prise en charge de la personne

La coordination entre le secteur médico-social et le secteur sanitaire est un enjeu majeur pour garantir la continuité d'une prise en charge de qualité. Des coordinations à dominante sanitaire (réseaux) ou sociales (CLIC ou autres formes d'organisation initiées par les conseils généraux), existent sur les mêmes territoires sans toujours se rencontrer.

Le Conseil économique, social et environnemental préconise d'améliorer le système en prenant appui sur les structures existantes, sans ajouter de nouveaux dispositifs.

➤ Une évaluation indépendante et évolutive

Une évaluation au plus près des besoins de la personne est déterminante pour organiser le parcours d'aide et de soins de la personne.

Elle doit être :

- pluridisciplinaire (médicale, médico-sociale et sociale) ;
- commune à l'ensemble des acteurs ;
- évolutive en fonction de la situation de la personne.

Le CESE souhaite qu'une réflexion soit menée sur la mise en place d'une évaluation indépendante. La CNSA pourrait en avoir la responsabilité.

La grille d'évaluation actuelle (AGGIR qui détermine entre autres l'accès à l'APA) n'est manifestement pas totalement satisfaisante. Elle devra être revue.

➤ Un « guichet unique » d'information et d'orientation

Pour le CESE, la coordination gérontologique départementale est l'une des clefs de voûte d'une meilleure prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie. Ces personnes ou leurs familles doivent pouvoir bénéficier facilement, y compris sous forme dématérialisée (à l'exemple du site *Ameli* du régime général de l'assurance maladie) ou par l'intermédiaire des services municipaux ou du conseil général, d'informations et de conseils dont ils ont besoin et de réponses en termes de services médicaux, paramédicaux, sociaux ou d'hébergement. Afin que ce guichet soit facilement identifié, les opérateurs locaux doivent assurer une information régulière sur son existence. L'ensemble des intervenants doivent adapter leurs organisations pour relever le défi de la mise en place de ce premier niveau de réponse. Ce déploiement pourrait requérir des moyens financiers qu'il conviendra d'identifier.

➤ **Une coordination qui répond aux besoins des usagers**

• **Les structures existantes doivent être maintenues et les expériences poursuivies**

Le CESE estime que pour un pilotage départemental, la transformation des MDPH en MDA expérimentée par certains départements apparaît comme la formule la plus naturelle. Elle permettrait, sur le plan infra départemental, de fédérer dans des maisons locales de l'autonomie, l'action de l'ensemble des intervenants : collectivités locales, services sanitaires, sociaux ou médico-sociaux et les autres acteurs de terrain. L'option d'une coordination départementale s'appuyant sur les seules structures en direction des personnes âgées peut aussi être retenue, à partir des Centres locaux d'informations et de coordination (CLIC).

De même, le CESE recommande le développement et la normalisation de l'expérience des Maisons pour l'intégration et l'autonomie des malades d'Alzheimer (MAIA) dont le concept de départ était de coordonner l'intervention en direction des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées. L'article 78 de la loi 2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011, élargit leur compétence à toutes les personnes âgées en perte d'autonomie fonctionnelle.

• **Une organisation et une coordination autour du patient dépendant à domicile**

Selon les textes en vigueur, le médecin traitant est au cœur du dispositif, il doit s'assurer de l'effectivité de la coordination. Celle-ci est effectuée par un intervenant du secteur social ou par un professionnel de santé si la personne nécessite des soins réguliers à domicile.

Pour intervenir auprès des « cas complexes », le CESE soutient la création d'une nouvelle fonction de coordination qui selon les besoins des personnes pourra être un professionnel de santé au plus près de la personne dépendante ou du secteur social. Dans les MAIA cette fonction s'intitule « gestionnaire de cas ».

• **Une organisation et un développement d'une filière gériatrique** qui garantisse à la personne âgée d'accéder à une prise en charge sans rupture (évaluation gériatrique des besoins et des pathologies, orientation rapide, médicalisation adaptée à la pathologie et accompagnement social).

• **Une mise en cohérence des dispositifs existants et le développement d'initiatives**

Le CESE recommande d'intégrer dans les schémas gérontologiques départementaux la question d'une mise en cohérence des dispositifs existants en lien avec les ARS. Il conviendra d'établir un bilan d'ici 2014 pour décider d'une organisation harmonisée sur le territoire national.

Le CESE préconise de soutenir les initiatives permettant l'amélioration de la prise en charge des personnes dépendantes :

- l'organisation de réseaux de santé gérontologiques autour de la personne dépendante ;
- le regroupement de professionnels, par exemple en développant la coordination de professionnels de santé au sein de structures *ad hoc*, comme les maisons et pôles de santé pluridisciplinaires (MSP et PSP), les maisons de santé rurales (MSR) ;
- l'expérimentation et l'extension des Nouveaux modes de rémunération (NMR, défini par la LFSS 2008) ;
- la formule des groupements de coopération sociale et médico-sociale (Article L.312-7 du Code de l'action sociale et des familles (CASF) pour permettre le regroupement de structures sanitaires, médicosociales et sociales ;

- le développement d’une prise en charge des soins palliatifs en milieu hospitalier et hors du milieu hospitalier pour les personnes et les familles qui le souhaitent ;
- le retour à domicile organisé après hospitalisation ;
- la généralisation de l’aide au retour à domicile après hospitalisation (ARDH) mise en place par les caisses de retraites.

Renforcer l’attractivité de l’aide à domicile

Le développement de tous les services d’aide à domicile s’est accéléré ces dernières années. La professionnalisation et la qualité des services et des emplois proposés par l’ensemble des intervenants ont beaucoup progressé. De nombreuses conventions ont été passées par la CNSA directement avec les fédérations d’aide à domicile (prestataires et particuliers employeurs) et aussi par le relais des conseils généraux. Le CESE se félicite de cette évolution qu’il avait préconisée dans plusieurs rapports. La vision passiste, induisant qu’il s’agit de métiers déqualifiés, effectués par des personnes non formées, doit être combattue.

La qualité des services à domicile est une condition nécessaire pour que la personne âgée en perte d’autonomie puisse décider de son choix de vie : rester à domicile ou rejoindre une structure d’hébergement. La qualification des intervenants et l’adaptation de leur rémunération doit être recherchée, voire exigée, qu’il s’agisse d’une aide à domicile fournie par des prestataires de services ou qu’elle soit dispensée dans le cadre de l’emploi direct. Le CESE propose d’agir sur plusieurs leviers.

➤ **Harmoniser les systèmes d’agrément qualité et d’autorisation**

Notre assemblée plaide pour que les pouvoirs publics, en concertation avec les organisations professionnelles, parviennent à mettre en place une procédure unique pour les services intervenant en direction des publics vulnérables. Cette harmonisation doit être effectuée en ayant le souci de préserver des exigences importantes en matière de contrôle et d’évaluation de la qualité des services.

➤ **Garantir l’équilibre financier, la transparence et la maîtrise des coûts des services d’aide à domicile**

Quelles que soient les évolutions d’enveloppes et compte tenu de la fragilité financière d’un certain nombre d’associations, qu’il faut régler le plus rapidement possible, le CESE recommande d’étudier et de mettre en œuvre dans des délais rapides une réforme de la tarification. L’harmonisation des procédures d’agrément-autorisation placera tous les organismes sur un pied d’égalité. Le CESE soutient l’idée de passer « *d’une régulation tutélaire annuelle lourde et bureaucratique* » comme l’affirme l’Assemblée des départements de France (ADF) à une régulation contractualisée pluriannuelle entre les organismes qui auront satisfait au cahier des charges de la nouvelle procédure et les conseils généraux. Pour cela, notre assemblée soutient la proposition de l’IGAS d’élaborer, sous l’égide de la CNSA, un référentiel commun d’analyse de l’activité et des coûts sur la base des données des conseils généraux, de l’ADF et des opérateurs.

- **Maintenir les GIR 5 et 6 dans la sécurité sociale** afin de développer les actions de prévention et d'éducation thérapeutique du patient que mettent en place les caisses de retraite.

Le CESE souhaite cependant une concertation renforcée entre d'une part, les Caisses d'assurance retraite, les organismes complémentaires de la santé au travail (Carsat), les caisses de MSA, les caisses du RSI, et d'autre part les conseils généraux.

Le CESE, dans l'optique d'accélérer les procédures, préconise la reconnaissance mutuelle du classement dans un Groupe iso-ressource (Gir) entre les départements et les services sociaux de l'assurance retraite et de rendre opposable ce classement.

- **Renforcer la qualité des services et l'attractivité des métiers**

Le maintien à domicile suppose la mise en place et l'animation d'un maillage complexe d'intervenants, à la fois en termes d'assistance à la vie quotidienne mais également de soins.

Afin de permettre un choix éclairé, le CESE recommande la mise en place d'une information sur les différents types de services (emplois directs ou prestataires).

Le CESE considère que l'emploi prestataire constitue, pour les personnes relevant de l'APA, une réponse adaptée. Pour cela il doit répondre aux exigences de qualité, de sécurité et de stabilité. Cependant l'offre prestataire est loin de couvrir aujourd'hui l'ensemble des besoins. En outre, le droit des personnes après une information complète de l'offre de services, de leurs droits et devoirs de choisir en toute connaissance de causes le type d'intervenant doit être conservé. Dans le cadre de la concertation en cours, le CESE recommande d'étudier les moyens à mettre en œuvre pour que les salariés en emploi direct puissent accéder à une formation obligatoire leur permettant d'intervenir auprès des publics vulnérables (GIR 1, 2 et 3). Dans cette optique il pourrait être mis en place une procédure de reconnaissance des capacités professionnelles de ces salariés par le biais d'un passeport professionnel du secteur avec inscription des compétences acquises nécessaires pour exercer une activité auprès de personnes en perte d'autonomie.

Pour réduire l'isolement des salariés en emploi direct, le CESE recommande en outre d'accompagner le développement, comme le réclame la profession, des centres de ressources des particuliers employeurs et des emplois de la famille au sein desquels les salariés devront trouver, selon notre assemblée, aides et conseils, accomplir des formalités, mutualiser des expériences, accéder à des informations professionnelles, aux formations et à la médecine du travail. Ces centres de ressources pourraient également être mis à disposition des salariés qui n'ont pas accès à ce type de service (hors médecine du travail) dans leurs associations et par la voix du législateur permettre à l'ensemble de ces salariés de bénéficier de la médecine du travail.

Dans la poursuite des préconisations de plusieurs rapports, le Conseil économique, social et environnemental réitère sa volonté :

- **de renforcer** les filières de formation des métiers liés à la perte d'autonomie, en développant l'alternance ; le CESE souhaite que les discussions en cours soutenue par l'Agence nationale des services à la personne (ANSP) (ministères du Travail, des Solidarités, de la fonction publique, de l'éducation nationale, commission nationale de la certification professionnelle) débouchent sur une harmonisation des accès aux métiers de la dépendance grâce à un dispositif de passerelles entre certifications enregistrées au Répertoire national des certifications professionnelles (RNCP) ;

- **de reconnaître** des qualifications acquises par la formation et les expériences auprès des personnes âgées, en continuant à promouvoir la VAE qui se développe de manière importante dans ces secteurs ;
- **de valoriser** les rémunérations afférentes à ces qualifications ;
- **de favoriser** une approche des métiers par activité et compétences, avec pour conséquence sur ce plan une atténuation des différences domicile-établissement ;
- **de lutter** contre les stéréotypes qui font des métiers de l'aide aux personnes un secteur féminin et de développer une réelle mixité de ces métiers ;
- **de développer** les métiers d'encadrement et de direction dans les services d'aide à domicile ;
- **d'harmoniser** progressivement les garanties collectives des salariés pour des métiers similaires ou proches quel que soit le statut juridique de l'employeur (mandataire, prestataire, particulier-employeur).

➤ **Prévenir les maltraitances physique, psychique et financière**

Afin de mieux connaître ces phénomènes et d'y apporter des réponses efficaces, le Conseil économique, social et environnemental préconise que soit nommé un « Défenseur du grand âge » à l'instar du « Défenseur des enfants », dans le cadre des prérogatives du nouveau « Défenseur des droits ».

Soutenir et accompagner les aidants

L'aidant familial est l'élément capital pour rendre réalisable le principe de libre choix. Les politiques publiques en direction du Grand âge doivent prévoir un accompagnement pour rompre l'isolement des aidants dont 75 % sont des femmes.

➤ **Rendre leur place aux aidants, l'articulation entre solidarités collectives et individuelles**

Pour notre assemblée, afin de préserver la dignité de la relation aidant/aidé, certains soins notamment d'hygiène ne devraient pas être accomplis par l'aidant mais par un professionnel extérieur. Il importe, par des campagnes d'information ciblées, par exemple à l'initiative des mutuelles ou des organismes complémentaires, de lutter contre les stéréotypes de genre et le sentiment de culpabilité des personnes.

➤ **Rompre l'isolement et accompagner les aidants**

Pour 75 % des aidants, cette tâche est lourde, voire excessive, et a un retentissement important sur leur santé physique ou psychique (dépression, épuisement, risque de maladie cardiovasculaire et retard au dépistage, notamment de cancers...). La mise en place de l'APA n'a pas modifié l'intensité de leur intervention.

Aussi le Conseil économique, social et environnemental en s'appuyant en particulier sur les travaux de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité, souhaite :

- **prévenir l'épuisement physique et psychique des aidants en développant une palette diversifiée de structures de répit** accessibles géographiquement et financièrement en les intégrant au plan d'aide de l'APA (gardes itinérantes de jour ou de nuit, hébergement temporaire, accueil de nuit, etc.) ;
- **inciter** les entreprises à intégrer la question de la dépendance dans leur réflexion sur la conciliation vie professionnelle/vie familiale. Plusieurs pistes peuvent être explorées :

- **négoier** la diffusion auprès des salariés de chèques emploi service universel préfinancés qui peuvent désormais servir pour financer des services et donc des emplois à domicile pour leurs proches dépendants ;
- **faciliter** le maintien de l'activité professionnelle des aidants grâce à des solutions d'aménagement du temps de travail notamment négocié ou par l'aménagement de la législation sur le congé de soutien familial ;
- **en faciliter** l'accès en créant une plate-forme d'information unique ;
- **développer** des plateformes d'écoute et l'accès à des groupes de parole et d'échange permettant de se ressourcer hors du domicile ;
- **assurer un suivi personnalisé** sous forme d'une consultation annuelle avec leur médecin traitant ;
- **diffuser des systèmes d'alerte et de surveillance** (bip, caméras...) pour prendre le relais des aidants et créer des systèmes de surveillance dans le domicile, dans le respect de la vie privée ;
- **favoriser leur accès à une information personnalisée** et les aider dans leurs démarches par exemple en développant et en pérennisant des structures comme les CLIC ou les MAIA.

Financer la perte d'autonomie des personnes âgées

Pour le Conseil économique, social et environnemental, l'amélioration de la prise en charge de la dépendance passe par la mise en œuvre de trois priorités :

- la réduction du reste à charge tant à domicile qu'en établissement pour les familles ;
- un système d'aides plus redistributif ;
- une augmentation de l'aide pour les personnes les plus dépendantes afin de permettre un libre choix entre le maintien à domicile et l'hébergement en institution.

Pour partie, ces objectifs peuvent être atteints au travers d'un réaménagement de l'ensemble des dispositifs fiscaux et sociaux existants, par la mise en place d'une échelle dégressive de l'APA en établissement, en fonction des revenus ou encore une meilleure organisation du système de soins. Mais il ne fait pas de doute pour le CESE que des financements complémentaires sont nécessaires pour les atteindre, améliorer la prise en charge des plans d'accompagnement individualisés mis en œuvre par l'APA, et répondre aux besoins résultant des évolutions démographiques.

Le Conseil, considérant que la perte d'autonomie constitue un risque encouru par chacun, estime que son financement doit continuer à reposer sur un socle essentiellement public et qu'il revient principalement à la solidarité nationale de l'assumer. Cela exclut tout à la fois, la piste d'une récupération sur succession qui ne concernerait que les seules personnes dépendantes et leur famille, et plus particulièrement les plus modestes d'entre elles, et celle d'une seconde « journée de solidarité » dont le mécanisme ignore une partie des revenus.

Le Conseil économique, social et environnemental recommande majoritairement au gouvernement deux dispositions principales :

- **L'instauration d'une taxe sur l'ensemble des mutations à titre gratuit** (successions et donations hors transmissions d'entreprises et outil professionnel). Au taux de 1 % son rendement peut être évalué à 1,5 milliards d'euros.
- **L'alignement du taux plein de la CSG** sur les pensions de retraite (6,6 %) sur celui des actifs (7,5 %), cette solution pouvant être envisagée au-dessus d'un certain seuil. Le rendement de cette mesure est estimé à 1,7 milliards d'euros.

Des voies alternatives de financement qui n'ont pas recueilli l'approbation de la Commission ont été proposées :

- une augmentation d'un demi-point de la cotisation assurance vieillesse ;
- un prélèvement supérieur sur les patrimoines les plus élevés (dans le cadre de la proposition de taxes sur les mutations à titre gratuit) ;
- l'introduction d'une CSG progressive ; une augmentation de la CSG supérieure pour les revenus du patrimoine ;
- une cotisation sur les éléments de salaires qui ne sont pas assujettis à cotisation (type stock option...);
- l'introduction d'une part de TVA sociale.

L'affectation de ces ressources à la CNSA permettrait à court terme de progresser vers l'objectif d'un financement également partagé entre les deux principaux financeurs que sont la CNSA et les départements.

En complément du socle de solidarité nationale, le CESE constate que l'intervention d'organismes complémentaires est une réalité depuis un certain nombre d'années.

Notre Conseil estime que cette situation implique que plusieurs conditions soient remplies :

- créer un label public accordé aux contrats respectant un cahier des charges ;
- définir par une autorité publique indépendante un référentiel commun opposable à la partie publique et à la partie privée afin d'évaluer le degré de perte d'autonomie ;
- organiser une continuité et une sécurisation des droits ;
- rendre cette couverture accessible via une aide publique à la souscription pour les revenus modestes.

Par ailleurs, dès 2011, le CESE émet quatre préconisations :

- **Pour réduire le reste à charge en établissement des personnes et des familles,**

le CESE estime qu'une modification des clés de répartition des dépenses entre les trois sections tarifaires (hébergement, soins et dépendance) est indispensable. Certaines dépenses ne doivent plus être incluses dans le prix de l'hébergement.

- **Pour renforcer l'aide pour les personnes les plus dépendantes,**

le CESE préconise de relever le plafond des plans d'aide de ces personnes et d'étudier le rapprochement des taux d'effort en fonction des niveaux de dépendance.

- **Pour limiter le champ de l'obligation alimentaire,**

le CESE propose de modifier les dispositions du code de l'action sociale et des familles, en faisant porter cette obligation sur les dépenses strictement limitées aux moyens de subsistance (nourriture, hébergement), et en excluant les petits-enfants. En tout état de cause, un référentiel national doit être créé pour éviter les disparités territoriales.

➤ **Enfin, notre assemblée confirme la préconisation faite dans son avis de suite sur les services à la personne, en 2008,**

le CESE indiquait l'utilité « *de dresser un bilan exhaustif de l'ensemble des dispositifs fiscaux et sociaux existants. Cette étude permettra d'en dresser une évaluation globale et d'éclairer très précisément le législateur sur les éventuels effets antiredistributifs et les niveaux inégaux de reste à charge que relèvent plusieurs rapports* ».

Améliorer la gouvernance

➤ **Consolider l'existence d'un nouveau champ de protection sociale : le droit universel à la compensation de la perte d'autonomie**

L'objectif est de compléter l'œuvre législative commencée en 2001 (loi créant l'APA), poursuivie en 2005 (loi relative à la citoyenneté et à la participation sociale des personnes handicapées), en achevant de créer un nouveau droit universel à la compensation de la perte d'autonomie financé essentiellement par la solidarité nationale. Ce droit universel bénéficierait à toute personne, assurée sociale, quel que soit son âge et l'origine de son besoin d'aide. Les travaux du CESE portent sur la perte d'autonomie des personnes de plus de 60 ans mais le Conseil estime qu'il ne s'agit que d'une première étape.

➤ **Clarifier la gouvernance**

- Un pilotage national

Pour le Conseil économique, social et environnemental :

- la Caisse nationale solidarité autonomie (CNSA) doit demeurer, l'opérateur national des politiques d'accompagnement de la perte d'autonomie en assurant notamment la répartition des dotations nationales aux départements et aux établissements médico-sociaux ;
- l'Assurance maladie doit définir les actions de prévention, d'éducation thérapeutique, d'accompagnement, de gestion du risque et la politique conventionnelle avec les professionnels de santé et en assurer la mise en œuvre.

➤ **Une gestion de proximité de la perte d'autonomie**

Notre conseil ne remet pas en cause l'option choisie en 2001 qui confie aux départements la responsabilité de conduire localement la politique publique en faveur de l'aide à l'autonomie.

Si la responsabilité de la gestion est clairement donnée aux conseils généraux, il rappelle l'importance d'associer des représentants des usagers, des professionnels représentatifs de toutes les fédérations nationales et des partenaires sociaux à la gouvernance décentralisée.

➤ **Une garantie d'égalité d'information et de traitement sur tout le territoire**

L'égalité de traitement est un élément fondamental d'un droit universel de compensation pour l'autonomie. L'un des leviers majeurs pour garantir de manière dynamique une égalité de traitement consiste notamment à veiller à l'homogénéité des méthodes d'évaluation de la situation de manque ou de perte d'autonomie, ou encore à la pertinence des indicateurs de résultat dont ont besoin tous les acteurs et en particulier les conseils généraux.

Si, la décentralisation investit le président du conseil général de la responsabilité de mettre en œuvre des prestations nationales (APA et PCH en l'occurrence), le CESE estime

que cela oblige l'échelon national à apporter aux départements les moyens financiers de péréquation, les moyens techniques d'appui, et toute l'information comparative dont ils ont besoin.

Notre Conseil est opposé à la construction d'une branche de la Sécurité sociale spécifiquement destinée aux personnes âgées.

➤ **Clarifier le rôle de chacun des opérateurs nationaux**

La place de la CNSA

- Revoir le schéma de gouvernance interne de la CNSA en s'attachant notamment à garantir la représentation des financeurs et acteurs de la dépendance ;
- Rééquilibrer à effectif constant la composition du Conseil, la répartition des responsabilités et la pondération des voix ;
- Permettre à la CNSA de renforcer ses prérogatives en termes :
 - de répartition, entre les départements, du concours national destiné à couvrir les dépenses l'APA ;
 - de fixation des dotations régionales aux établissements ;
 - d'élaboration d'un référentiel commun d'analyse de l'activité et des coûts des services d'aide à domicile, sur la base des données des conseils généraux, de l'ADF et des opérateurs ;
 - de programmation budgétaire en inscrivant dans la loi de financement de la sécurité sociale tous les moyens nationaux consacrés à la compensation de la perte d'autonomie.

La place de l'Union nationale des caisses nationales d'assurance maladie (UNCAM)

En tant que principal financeur des soins ambulatoires et hospitaliers, et signataire des conventions et accords avec les professionnels de santé, le CESE estime que l'UNCAM doit jouer un rôle central :

- dans la conception des programmes de prévention ;
- dans la coordination des soins, la mise en place des délégations de tâches et des transferts de compétence ;
- par la mise en action du réseau d'experts médicaux sur le territoire au plus près des patients.

L'UNCAM et la CNSA membres du Comité national de pilotage des ARS

L'Assurance maladie participe au pilotage des ARS et en particulier à l'élaboration de leur programme de gestion du risque. Dans ce cadre elle peut être promoteur de programmes en direction des personnes âgées dépendantes notamment pour celles hébergées en EHPAD.

Dans le cadre de cette réflexion, le CESE préconise de consolider le financement des plans d'aide à l'investissement dans les établissements médicosociaux. Ces plans étaient financés par des crédits non consommés de la CNSA mais ces derniers sont en voie de résorption. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 a prévu un financement à hauteur de 92 millions d'euros mais sans visibilité à plus long terme.

La CNSA participe au dialogue de gestion, avec chaque ARS, sur les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens et contribue, avec la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), à la conception des outils méthodologiques pour la gestion du secteur médico-social.

Le CESE considère que ce mode de gouvernance mérite d'être clarifié :

- dans la nouvelle Convention d'objectifs et de gestion (COG) ;
- au regard des aspects d'accompagnement social qui ne sont pas dans le champ de compétence des ARS ; notamment le secteur de l'aide à domicile ;
- dans l'articulation avec les conseils généraux, notamment en assurant le fonctionnement effectif des commissions de coordination.

La place des Agences régionales de santé (ARS)

Les personnes âgées, du fait notamment des polyopathologies dont elles peuvent souffrir, ont un besoin accru de coordination entre les différents acteurs de soins et avec le secteur médico-social. Les ARS peuvent jouer ce rôle du fait de leur double compétence sur l'organisation sanitaire et médico-social en élaborant les programmes régionaux de santé.

En outre, en étroite relation avec les conseils généraux et les autres acteurs, le Conseil économique, social et environnemental estime que les ARS doivent contribuer à la mise en cohérence des différents dispositifs de proximité.

Le CESE préconise d'élargir la réflexion de la place et du rôle que peuvent avoir les ARS sur le volet social.

*
* *

Il appartiendra aux pouvoirs publics d'évaluer l'organisation mise en place et de formuler des propositions d'harmonisation sur le territoire national, d'ici 2014, date à laquelle la réforme territoriale devra s'appliquer.

Le Conseil économique, social et environnemental est prêt à prendre toute sa place dans ce processus d'évaluation.

Déclarations des groupes

Agriculture

Le CESE a su se saisir, en un temps record, d'un véritable sujet de société. Le groupe de l'agriculture a été particulièrement satisfait de participer aux travaux de la commission temporaire car c'est un domaine qui concerne désormais, et de plus en plus, les agriculteurs en particulier et le milieu rural d'une façon générale.

Pour le groupe de l'agriculture, le risque dépendance requiert un haut niveau de couverture reposant sur un socle fort de solidarité.

Par ailleurs, il est très justement relevé dans l'avis, le nouveau rôle que peuvent jouer désormais les organismes complémentaires dans la prise en charge de la perte d'autonomie. Ce sont des acteurs aujourd'hui essentiels dans ce domaine ; certains possèdent une expertise déjà ancienne de la couverture de ce risque, notamment dans le milieu agricole.

Nous insistons tout particulièrement sur la construction d'une importante politique de prévention et de préservation de l'autonomie. Nous soutenons tout à fait les propositions visant à agir sur les facteurs de risque, permettant l'accompagnement des personnes âgées ou encore consolidant le rôle des aidants.

Nous soutenons également tout à fait le maintien de la prise en charge dans le cadre de l'APA des personnes en GIR 4. Il faut, en effet, souligner l'importance de garantir une continuité entre une politique de prévention et une politique de prise en charge de la dépendance.

Pour le court terme, nous aurions souhaité que soit mise en avant l'amélioration de la prise en charge de situations et de publics prioritaires, notamment les retraités agricoles dont la pension moyenne s'élève à 680 euros par mois. Nous pensons en particulier aux malades d'Alzheimer mais aussi à la nécessaire réduction du reste à charge en EPHAD.

Enfin, sur la question du financement, le groupe approuve la proposition d'aligner le taux plein de la CSG sur les pensions de retraite (6,6 %) sur celui des actifs (7,5 %). Toutefois, nous voulons attirer l'attention, particulièrement dans ce contexte de concurrence européenne forte, sur l'importance de ne pas alourdir le coût du travail.

Le groupe de l'agriculture est donc, dans sa grande majorité, favorable à cet avis.

Artisanat

La dépendance des personnes âgées est un sujet de préoccupation pour toute la population. Assurer sa prise en charge, pour ceux qui sont concernés aujourd'hui et le seront demain, requiert des réponses à la fois variées et coordonnées.

Pour le groupe de l'artisanat, il faut utiliser pleinement le levier de la prévention. Il importe en effet de mobiliser tous les moyens permettant de vieillir en bonne santé et de rester autonome le plus longtemps possible. L'avis le souligne à juste titre. Il invite aussi les caisses de retraites des salariés et des travailleurs indépendants à accroître leurs dispositifs en faveur des personnes âgées, afin de limiter l'évolution de leur perte d'autonomie.

Concernant l'accompagnement de la dépendance, le groupe de l'artisanat estime qu'il est essentiel, comme le précise l'avis, que les personnes âgées et leurs familles obtiennent des réponses à toutes leurs interrogations lorsque survient une perte d'autonomie. L'accès à ces informations suppose de pouvoir identifier facilement le point de contact où s'adresser. Or, des progrès restent à faire pour que toutes les personnes âgées et leurs familles disposent d'un lieu d'accueil, proche de leur domicile, pour les informer sur les structures, sur les dispositifs d'accompagnement et sur les aides auxquelles elles peuvent prétendre.

Concernant le maintien à domicile, qui correspond au souhait de la grande majorité des personnes âgées et de leurs familles, le groupe de l'artisanat approuve les propositions de l'avis de mieux intégrer la question du logement dans la prise en charge de la perte d'autonomie. Les aides à la réalisation des travaux d'adaptation du logement sont fondamentales, tout comme le développement d'une offre de travaux labellisés, permettant à des professionnels du bâtiment de répondre aux besoins des personnes âgées.

Bien sûr, le maintien à domicile ne saurait s'entendre sans l'appui indispensable des services d'aide à domicile. À ce titre, le groupe de l'artisanat se réjouit, tant au nom du libre choix, qu'au regard de l'importance des besoins en la matière, que l'avis reconnaisse le besoin d'une offre reposant à la fois sur l'emploi prestataire et sur l'emploi direct, et qu'il encourage à une plus grande professionnalisation de ces emplois. Il considère également qu'il était aussi souhaitable, comme le fait l'avis, d'accorder une attention particulière au rôle des aidants familiaux et à la nécessité de mieux les accompagner et de les soutenir.

Concernant le financement de la dépendance, la proposition de l'avis d'une taxe sur toutes les successions et donations, hors transmission d'entreprise, est de nature à répondre à l'objectif d'une couverture de base universelle pour tous, soutenu par le groupe de l'artisanat.

En revanche, le groupe de l'artisanat émet de fortes réserves sur la proposition d'un réexamen des incitations fiscales sur les emplois à domicile. Il voit là deux risques majeurs : un accroissement du reste à charge pour les classes moyennes et un développement du travail au noir. S'agissant d'un deuxième étage de financement, *via* un système d'assurance dépendance, le groupe de l'artisanat déplore que l'avis ne propose pas une incitation à la souscription, alors que le développement de cette couverture complémentaire permettrait de réduire le reste à charge des familles.

Enfin, concernant la gouvernance de la dépendance, le groupe de l'artisanat regrette que l'avis ne se soit pas orienté vers une intégration de la CNSA à l'assurance maladie. Cela aurait pourtant non seulement répondu à une logique de cohérence, compte-tenu du poids majoritaire des dépenses de santé dans la dépendance, mais aussi favorisé une meilleure optimisation des financements consacrés à la perte d'autonomie.

Malgré ces réserves, le groupe de l'artisanat a voté l'avis, considérant que ses propositions vont globalement dans le bon sens.

Associations

Le groupe des associations tient à remercier l'ensemble des membres de la commission et le personnel pour l'esprit constructif qui a présidé aux débats et à la production de l'avis. Il déplore cependant les contraintes calendaires et les modifications méthodologiques incessantes qui ont pu nuire à sa rédaction.

L'avis souligne les différents défis auxquels notre société doit faire face pour ses aînés en perte d'autonomie. Force est de constater, cependant, que les propositions de la commission sont construites principalement dans une logique de financement. Le groupe des associations pense que l'approche sociétale aurait dû davantage guider ses propositions. En effet, cette nouvelle donne pouvait permettre de repenser globalement le système face au défi de l'accroissement de la population en perte d'autonomie. C'est à ce titre qu'il rappelle son attachement à la convergence des dispositifs de l'aide à l'autonomie et qu'il insiste pour que le libre choix de la personne soit respecté dans la mesure où sa qualité de vie peut être préservée.

Le groupe des associations considère que l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie, avant d'être un coût, est un facteur de dynamisme économique et social pour notre pays et créateur d'emplois non délocalisables.

S'agissant de la prévention, nous tenons à réaffirmer notre attachement à garantir l'accessibilité à la société pour tous comme le prévoit la loi du 11 février 2005. À quoi bon adapter un logement si une personne est condamnée à y vivre recluse au motif que le cheminement pour aller faire ses courses ou les moyens de transports ne sont pas accessibles ? L'ambition de la conception universelle doit être également un objectif à atteindre.

Le groupe des associations tient à rappeler la place du secteur associatif dans la prévention de la perte d'autonomie, grâce à ses bénévoles et volontaires notamment, mais aussi dans sa prise en charge par des professionnels. Le secteur associatif de l'économie sociale et solidaire, porteur d'une expérience et d'un savoir-faire à la hauteur des besoins des personnes qui y recourent, est souvent mis à mal, voire victime d'une concurrence déloyale. Le groupe considère que le système dit d'autorisation est une garantie pour une personne en perte d'autonomie quand celle-ci atteint un niveau de dépendance qui la classe dans les Groupes iso-ressources de niveau 1 ou 2.

Par ailleurs, concernant la gouvernance, le groupe des associations salue le travail mené par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et appelle au maintien de la représentativité associative au sein de ses instances. Le courant de pensée qui consacre les vertus du « décideur-payeur » conduit, à nos yeux, à construire le projet de vie de la personne en perte d'autonomie en fonction des moyens. Le vrai choix de société ne serait-il pas de reconnaître les besoins de la personne dans leur intégralité et de rechercher les financements nécessaires à leur satisfaction ? C'est en tout cas le point de vue du groupe des associations.

Enfin, nous saluons les propositions concernant les aidants familiaux, même si nous estimons qu'elles auraient pu aller plus loin. La prise en charge de la perte d'autonomie repose en grande partie aujourd'hui sur la solidarité familiale, et en particulier sur les femmes. Cet engagement amène trop souvent les aidants à sacrifier leur carrière et par conséquent leur future retraite. C'est pourquoi nous insistons sur la nécessité d'une prise en charge solide par des professionnels qui permette aux aidants de trouver la place qu'ils souhaitent, auprès d'un parent ou d'un proche dépendant.

Le groupe des associations a voté l'avis.

CFDT

Pour la CFDT, les solutions proposées en matière de financement ne sont qu'une des composantes des propositions faites dans cet avis.

De surcroît, les préconisations sont conformes à notre volonté de voir la prise en charge de la dépendance reposer sur un socle essentiellement public, mettant à contribution la solidarité nationale.

Solliciter un peu l'ensemble des héritages et les donations plutôt que ponctionner les seules personnes dépendantes et leur famille, solliciter un peu les retraités au-dessus d'un certain seuil de revenus, admettre que les organismes complémentaires puissent, sous des conditions strictes, participer à la prise en charge de ce risque : cet ensemble est équilibré et cohérent, tout à fait en adéquation avec la nature du risque couvert.

Sans doute le rendement attendu de ces nouveaux financements, environ 3 milliards d'euros sera-t-il jugé insuffisant par ceux qui dramatisent à l'envie un besoin de financement supplémentaire, lequel s'élève, dans les hypothèses les plus extrêmes, à deux ou trois dixièmes de pourcentage du PIB quand l'ensemble des prestations de protection sociale en représente 30 %.

Outre le financement, la CFDT accorde autant d'importance aux autres dispositions de l'avis : non seulement parce qu'elles sont susceptibles de réduire le besoin de financement, mais aussi et surtout, parce qu'elles répondent à l'objet même de cette prise en charge qui est bien d'améliorer les conditions de vie des personnes dépendantes.

La prévention de la dépendance est, à cet égard, un enjeu fondamental et la CFDT apprécie qu'il lui ait été donnée une large place dans l'avis. C'est un atout essentiel pour favoriser le recul dans l'âge de la perte d'autonomie et donc d'en réduire la durée, voire d'éviter que les personnes ne basculent dans la dépendance lourde. Le maintien de la prise en charge dans le cadre de l'APA des personnes en GIR 4 est important de ce point de vue.

L'organisation, la coordination, le pilotage et l'articulation entre le secteur médico-social, le secteur sanitaire et le secteur social constituent également un enjeu majeur. Ce sont autant d'éléments qui conditionnent et peuvent garantir une prise en charge de qualité et une continuité dans le parcours de soins et d'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie.

Mais le succès de ce dispositif dépend étroitement du sort qui sera réservé aux recommandations de l'avis visant à renforcer l'attractivité des métiers d'accompagnement et de soins auprès de l'ensemble des personnes âgées vivant tant à domicile qu'en structure d'hébergement. Le développement de la formation et des qualifications, des conditions d'exercice et des rémunérations des professionnels en sont des conditions primordiales.

Dans cette approche, si la CFDT partage le souci que soient recherchés et développés les modes de soutien aux aidants familiaux, elle n'envisage pas que ce mode d'accompagnement puisse se substituer au développement de l'aide professionnalisée.

Sur un sujet difficile, qui recouvre des enjeux de toutes natures, sociétaux, économiques, qui vont de l'organisation même de la cité à l'organisation du système de soins ou à la place des personnes âgées dans notre société, le CESE a une fois encore, comme sur bien d'autres sujets auparavant, montré sa capacité à surmonter les postures et les polémiques qui alimentent le débat public depuis de trop nombreuses années sur ce thème de la perte d'autonomie.

Sans chercher à dissimuler derrière un consensus de façade des divergences ponctuelles qu'il reviendra au gouvernement d'arbitrer, cet avis forme un tout cohérent. Inscrit dans une perspective solidaire et de résorption des inégalités de traitement subies par les personnes concernées et leurs familles selon leurs revenus et leur département de résidence, il n'omet aucune des dimensions concourant à l'amélioration de la prise en charge de la perte d'autonomie.

Pour la CFDT, le temps du débat et des atermoiements doit prendre fin. Celui de la décision politique doit venir et cet avis en fournit un excellent support.

La CFDT l'a voté.

CFE-CGC

Pour la CFE-CGC, le sujet de la dépendance est stratégique.

Il y a urgence à agir et à trouver des solutions afin de créer ou de recréer les conditions d'un mieux vivre tant pour la personne dépendante que pour son entourage familial, que ce soit dans le cadre d'un maintien à domicile ou dans un établissement.

Nous saluons le fait que la personne dépendante soit enfin remise au cœur de tout le dispositif.

La mise en place et le développement d'une véritable politique de prévention est vitale.

Le maintien le plus longtemps possible de la personne dépendante à son domicile est aussi un gage de longévité pour nos aînés. Cela passe par l'adaptation du logement, le développement des services à la personne ainsi que l'aide aux aidants familiaux qui, pour bon nombre d'entre eux, sont salariés d'entreprise ou agents des trois fonctions publiques. Pour la confédération CFECGC, il est primordial d'imaginer pour ces derniers de nouvelles formes de contrats de travail afin de permettre des passages à temps partiels temporaires, voire des retraits ponctuels de la vie professionnelle, le temps d'accompagner ses proches. Cela relève pleinement de la responsabilité sociale des entreprises et de l'État. Cet axe mérite d'être travaillé rapidement en concertation avec l'ensemble des partenaires sociaux.

L'organisation d'un parcours de soins coordonné, la mise en place d'un guichet unique et la péréquation sur l'ensemble du territoire français, que ce soit en matière d'accès ou de tarif, sont aussi des propositions que nous soutenons pleinement.

Pour la CFE-CGC, la réussite et la concrétisation de toutes ces suggestions passe par le maintien des services publics dans toutes les régions de France y compris dans les zones rurales.

La CFE-CGC propose que le financement repose pour la partie la plus importante sur un socle de financement public. Dans cet esprit, nous demandons une augmentation significative de l'enveloppe de financement et plus particulièrement de celle de l'APA.

Pour la CFE-CGC, l'APA doit être attribuée sans condition de ressources afin de permettre à l'encadrement et à la classe moyenne d'en bénéficier également afin qu'ils ne soient pas uniquement des contributeurs.

En ce qui concerne les sources de financement complémentaires, nous aurions préféré que l'effort repose à la fois sur les actifs et les retraités afin de maintenir une solidarité intergénérationnelle par l'intermédiaire d'une augmentation modérée de la CSG, laquelle ne saurait être progressive.

Pour la CFE-CGC, il est important de veiller à ce que les dépenses de soins liées à la dépendance soient bien prises en charge par l'assurance maladie.

La CFE-CGC tient à saluer le travail qui a été effectué dans un temps contraint au sein de la commission temporaire.

Nous tenons à souligner l'implication particulière de notre rapporteur, Monique Weber.

La CFE-CGC a voté l'avis.

CFTC

Un autre regard, c'est bien ce que mérite la dignité des personnes dépendantes, comme celle de toutes les personnes fragiles du fait de l'âge, du handicap. Sans se borner aux problèmes financiers ou démographiques, l'avis le dit avec force, le groupe de la CFTC ne peut qu'en être satisfait.

Dans le préambule et dans les propositions, le texte réaffirme les priorités de la solidarité et du vivre ensemble dans l'approche de la dépendance. Or celles-ci ne sont pas favorisées par les évolutions de notre société. La création d'une branche de Sécurité sociale qui engloberait la gestion de la dépendance et les dépenses de santé, ne serait-ce que par la mise en exergue des coûts de la santé des personnes âgées, irait dans le mauvais sens. La CFTC approuve donc totalement la proposition de conserver la maladie dans la branche maladie et de confier les aspects spécifiques de la dépendance à la CNSA, le gestionnaire de la dépendance et de son financement.

Si notre groupe n'en fait pas une affaire idéologique, il estime que l'avis a raison d'être restrictif sur le rôle des assurances privées, à but lucratif, dans le financement. Mais il aurait pu l'être plus en proposant, par exemple, l'interdiction du questionnaire médical préalable et de la discrimination sur l'âge ou les antécédents pour éviter la sélection des « clients » rentables, les plus « coûteux » restant à la charge de la solidarité ou payant un prix prohibitif.

Il n'existe aucune grille commune des critères d'entrée et de tarification. Plus grave, des clauses quasi léonines permettent d'augmenter les cotisations (plafonnées à 5 % pour certains assureurs, illimitées par d'autres) si le régime est déficitaire et de revoir unilatéralement des clauses du contrat pour les sorties en capital. De plus, les fonds épargnés ne sont pas sécurisés et rien n'est prévu par rapport à l'inflation, ne va-t-on pas vers un scandale de certains de ces contrats ?

Le financement de la dépendance doit donc être solidaire, équitable et reposer, au même niveau, sur l'ensemble des revenus, en particulier les revenus mobiliers, les revenus des plus-values, des jeux ou les stocks options...

Le groupe de la CFTC, en accord avec l'avis, est totalement opposé à la création d'un deuxième jour de solidarité ne serait-ce qu'à cause du fonctionnement calamiteux et injuste du premier.

La gestion décentralisée conduit à des différences de traitement dans les territoires. La création proposée d'un référentiel national représente donc une proposition incontournable pour assurer l'équité territoriale. Le groupe de la CFTC la soutient donc totalement.

L'avis le développe peu, mais la prévention dès le plus jeune âge est aussi un élément essentiel du bien vieillir. En effet, par exemple, la nourriture du nourrisson ou de l'enfant est déterminante pour la santé ultérieure. L'usage excessif d'écouteurs trop puissants conduira à

la mal-entendance ou la surdité de milliers de jeunes. N'est-il pas vital de progresser encore dans la prévention, ne serait-ce que par l'éducation ?

Une meilleure formation des médecins à la gériatrie est nécessaire. Notre assemblée le proposait déjà dans les précédents avis : le développement d'une véritable filière gériatrique est essentielle à la fois pour l'efficacité des soins et pour éviter aux personnes une accélération de l'évolution vers la dépendance par une mauvaise prise en charge.

Quel que soit le mode d'assistance aux personnes dépendantes, donc fragiles, il est important de rappeler l'importance de la formation des intervenants ne serait-ce qu'en prévention de problèmes comme la maltraitance, le détournement de biens ou la captation d'héritages... Mais également la formation/ information, voire l'accompagnement des personnes qui jouent le rôle d'employeurs au regard de la particularité de ce type d'emplois (multi salariat, temps partiel, horaires atypiques...). Il ne faut pas faire d'angélisme sur les difficultés que cela représente.

Comme le souligne l'avis, les besoins sont multifformes et lourds. Il est essentiel d'aider les familles, c'est-à-dire les aidants. Le monde associatif fait un important travail. Mais avec les nombreuses difficultés qu'il traverse (financements publics ou privés, difficultés administratives, crise du bénévolat...), l'État providence et les collectivités locales peinent à assurer cette aide aux aidants. Cela doit pourtant figurer dans leurs priorités.

Ces précisions étant apportées, le groupe de la CFTC a voté cet avis.

CGT

Le travail de la commission, des rapporteurs et du personnel administratif a permis de rendre un avis intéressant et a su dégager des propositions pour que les personnes âgées en perte d'autonomie restent des citoyens à part entière et non entièrement à part.

Ainsi l'avis préconise le concept d'aide à l'autonomie plutôt que celui de dépendance qui suggère l'assujettissement. Il préconise, quel que soit le handicap et sans distinction d'âge, la création d'un nouveau droit universel de compensation de la perte d'autonomie.

La prévention tout au long de la vie, notamment à l'école et au travail, afin de réduire les inégalités face à ce risque, l'organisation du parcours de soins et d'accompagnement, la professionnalisation et l'augmentation des personnels, le soutien aux aidants, sont des points essentiels de l'avis.

Le groupe de la CGT apprécie la volonté de redonner à la branche maladie de la Sécurité sociale un rôle plus important dans la gouvernance de ce nouveau droit.

C'est pourquoi il aurait souhaité que la CNSA soit intégrée dans la Sécurité sociale, car si l'aide à l'autonomie ne relève pas directement de la maladie, elle relève, en revanche, de la santé. Un grand service public d'aide à l'autonomie devrait donc faire partie des réflexions à mener.

La CGT n'est pas opposée à une taxe sur les successions que nous aurions préféré voir inscrite dans la préconisation d'une réforme de l'impôt sur la succession. En revanche, nous n'approuvons pas la proposition d'aligner la CSG des retraités sur celle des actifs. Elle s'appliquerait sur des pensions de mille euros. C'est une mesure injuste qui ne tient pas compte du fait que les retraités perdent en moyenne 25 % de leur pouvoir d'achat lors du passage à la retraite.

Par ailleurs, l'indexation des retraites sur les prix et non sur les salaires induit un écart entre salaires et pensions qui s'agrandit tout au long de la retraite. L'avis le reconnaît d'une certaine manière. Il cherche à en atténuer la portée en suggérant de n'appliquer cette hausse qu'à partir du niveau plus élevé des pensions.

D'une façon générale, les préconisations ne garantissent pas un financement suffisant et n'affichent pas assez l'ambition de relever le défi de la solidarité par une répartition des richesses plus équitable. Par ailleurs, elles donnent la mauvaise image de ne solliciter, avec les héritiers, que les retraités.

Enfin, un financement ambitieux aurait un effet positif sur la place des femmes dans la société. Elles sont les plus nombreuses parmi les personnes en perte d'autonomie, les aidants familiaux et le personnel.

Plusieurs autres propositions auraient pu être reprises comme l'augmentation de la CSG sur les revenus du capital et du patrimoine.

Le groupe de la CGT s'est abstenu.

CGT-FO

La place des personnes âgées dans la société fait, apparemment du moins, l'objet d'un large consensus. Les travaux du CESE font écho à ceux des parlementaires ainsi qu'à ceux des groupes de travail initiés par le gouvernement. De ces travaux, on retire le sentiment que la dramatisation des chiffres a masqué les vrais enjeux.

Il y a donc surtout un problème immédiat de prise en charge des restes à charge et d'organisation du secteur médico-social représenté par l'aide à l'autonomie. Du fait du désengagement de l'État, les dépenses des Conseils généraux ont explosé, compromettant l'équilibre de leurs budgets.

Or il convient de partir de l'intérêt et des souhaits des personnes concernées, aussi est-ce à juste titre que les rapporteurs préconisent de mettre l'accent sur la prévention de la perte d'autonomie et sur l'adaptation de l'habitat à la situation des personnes âgées.

Le groupe FO regrette d'ailleurs que la saisine gouvernementale ait laissé de côté les personnes handicapées dont les problèmes sont, sur bien des points, similaires à ceux des personnes âgées en matière d'autonomie.

Mais c'est évidemment sur la question du financement que le travail du Conseil est attendu car c'est le volet prise en charge des coûts qui conditionne toute l'approche.

Pour Force ouvrière, il serait nécessaire d'appuyer le renforcement de la prise en charge de la dépendance sur l'assurance maladie. D'abord parce que celle-ci est légitime pour tout ce qui concerne la santé des assurés et on sait qu'une aide à l'autonomie mal gérée a forcément des répercussions sur la santé. Cette prise en charge, sous la forme d'un 5e risque (et non d'une 5e caisse qui isolerait les bénéficiaires) aurait le mérite de la simplicité, en prolongeant la prise en charge de l'assurance maladie de la Sécurité sociale de 1945. Ce risque pourrait parfaitement être géré en coordination avec la CNSA sous réserve d'un fonctionnement comparable à celui de la commission accident du travail au sein de la CNAMTS.

Cette prise en charge élargie aurait aussi pour mérite de soulager la charge de l'APA pour les Conseils généraux. Elle pourrait être utilement coordonnée au niveau des CARSAT, anciennement Caisses régionales d'assurance maladie, sous réserve de renforcer leurs équipes.

Or, même s'il est réservé dans le texte de l'avis une place à l'assurance maladie dans des actions innovantes de prévention, l'hypothèse du rapprochement avec la CNSA est écartée, ce que nous déplorons.

En conséquence, est écartée également l'hypothèse d'un financement collectif et universel à travers une hausse de la cotisation maladie. Celle-ci, même limitée, suffirait pourtant à financer une grande partie des besoins, pourvu qu'elle soit « fléchée », c'est-à-dire que les sommes levées soient exclusivement destinées à la prise en charge des personnes âgées dépendantes. À quoi pourrait s'ajouter un recours à l'impôt pour les revenus non soumis à cotisation.

Dès lors, l'avis recommande un financement par l'alignement du taux plein de la CSG sur les pensions de retraite sur le taux des actifs. Cela représente 1,7 milliards d'euros qui seraient donc ponctionnés sur le montant des retraites.

On ne peut s'empêcher de faire le rapprochement avec les résultats d'un groupe de travail ministériel qui chiffre les dépenses privées restant à la charge des particuliers, à 1,5 milliard d'euros pour les dépenses de dépendance.

On peut donc considérer que, dans ce schéma, les restes à charge seraient financés par les personnes âgées elles-mêmes, ce qui remet en cause le principe d'universalité du financement auquel il est fait référence à plusieurs reprises et qui risque d'être le principal message entendu par le grand public.

Donc, sur la seule question du financement et de la place de l'assurance maladie, le groupe FO serait porté à acter ce désaccord en votant contre l'avis. En effet, la logique de la solidarité nécessite un renforcement de la Sécurité sociale, tant dans ses missions que dans ses modalités de financement.

Pour autant, le groupe FO n'oublie pas que l'avis réfute l'hypothèse de la mise en place d'une assurance obligatoire par capitalisation, comme d'ailleurs l'hypothèse d'une journée de solidarité supplémentaire qui pèserait exclusivement sur les salariés à l'instar de la première, ni enfin qu'il écarte toute suggestion de récupération sur les successions des bénéficiaires de l'APA.

Dans ces conditions et tout en saluant le travail effectué dans des délais très serrés, le groupe Force ouvrière s'est abstenu sur le texte présenté.

Coopération

La saisine du Premier ministre invitait en préalable notre assemblée à s'exprimer sur la place des personnes âgées dans notre société et le regard porté sur la dépendance. La question du regard est pour nous essentielle. En effet, la France et la plupart des pays occidentaux ont une vision de la vieillesse souvent assimilée davantage à un « naufrage physique » qu'à la « sagesse » propre aux orientaux. D'où des réflexions sur le vieillissement et la dépendance souvent abordées exclusivement sous l'angle des coûts. Aujourd'hui, l'allongement de la durée de vie, aboutissement de l'amélioration continue des conditions de vie dans notre pays, constitue aussi un atout tant économique que social d'un pays.

Le maintien en pleine possession de leurs moyens d'un grand nombre d'ainés est donc une priorité et l'avis met avec justesse l'accent sur la nécessité de développer la prévention de la perte d'autonomie tout au long de la vie, alors que notre pays a surtout tendance à agir de façon curative en matière de santé publique. La prévention et le maintien à domicile que

souhaitent une majorité de personnes âgées devront être facilités par une meilleure prise en compte des besoins des personnes âgées en matière d'urbanisme et de logement.

L'allongement de la vie va contribuer à développer le volume et la diversité des échanges intergénérationnels, avec une inversion des mécanismes de solidarité au moment où les personnes, souvent les plus âgées, commencent à souffrir de réelles incapacités. Il est donc nécessaire que ces solidarités soient reconnues, prises en compte et aidées. L'avis souligne ainsi le rôle irremplaçable des « aidants » qui relèvent le plus souvent de la sphère familiale. Leur rôle ne doit pas s'opposer à l'aide formelle et institutionnelle, mais s'articuler avec elle. Pour remplir cette mission essentielle au maintien du lien humain et durer, il importe qu'ils ne soient pas isolés. Ainsi, l'aide et la présence familiale, majoritairement assurées par les femmes, doivent être accompagnées réellement, en renforçant l'information des familles *via* les centres locaux d'information et de coordination gérontologique, en mettant en place des groupes de parole, en développant de nouvelles structures d'accueil temporaire de jour comme de nuit. Une palette de moyens doit être déployée pour ne plus laisser les familles démunies face au choix parfois cornélien, ou au non choix, du maintien à domicile ou de l'accueil en institution.

La dépendance est révélatrice de disparités ou de dysfonctionnements des services sur le territoire. Au fur et à mesure que les personnes avancent en âge, elles ne peuvent se maintenir dans leur environnement quotidien sans l'existence d'un certain nombre de services devenus indispensables à la vie moderne (aide ménagère, soins, portage des repas). La professionnalisation de l'aide à domicile et le développement de plates-formes de service doivent être encouragés.

Le vieillissement de la population et les progrès de la médecine rendent inéluctable la progression des dépenses liées à la dépendance. La question du reste à charge pour les familles, source de fortes inégalités, est cruciale. Le groupe de la coopération est fortement attaché aux principes de mutualisation, de solidarité nationale et de justice sociale, qui constituent le socle des propositions du CESE en matière de financement. En ne faisant pas reposer cette solidarité que sur les seuls actifs, notre assemblée prend également en compte le défi de l'amélioration de la compétitivité de nos entreprises, confrontées à des concurrents dont les coûts de production sont moindres, puisque dans notre pays le financement de la protection sociale repose encore très largement sur le travail. Il conviendra également de veiller à une répartition équilibrée et plus équitable des aides et des services aux personnes âgées, dans le respect de leur choix de vie, en milieu rural ou urbain, et de leur égale dignité.

Le groupe de la coopération soutient l'ensemble des mesures préconisées afin d'assurer à tous le droit à la santé, le droit à la parole et le droit à la dignité, afin que l'allongement de la durée de la vie soit aussi une espérance.

Le groupe de la coopération a voté en faveur de l'avis.

Entreprises

La question de la dépendance des personnes âgées est au cœur des préoccupations d'un nombre grandissant de nos concitoyens qui vivent eux-mêmes cette situation ou accompagnent parents, amis, patients dans cette épreuve.

Beaucoup des préconisations de l'avis sont partagées par notre groupe, nous en citerons quelques-unes :

- développement de la prévention ;
- meilleure coordination du parcours de soins ;
- libre choix des prestataires, notamment privés ;
- axe fort sur l'amélioration de l'aide aux aidants ;
- meilleure attractivité de l'aide à domicile ;
- socle de financement dominant par la solidarité nationale ;
- pas de cotisation supplémentaire pour les entreprises, ni de nouvelle journée de solidarité ;
- exclusion des entreprises de la proposition de taxe de 1 % sur les successions et donations ;
- reconnaissance des assurances privées comme acteurs du financement de la dépendance avec proposition d'une aide à la souscription pour les revenus modestes.

L'avis propose des ressources nouvelles faisant appel à la solidarité nationale. Il nous semble que, pour faire face à l'augmentation annoncée de personnes en perte d'autonomie, et à l'importance des restes à charge, c'est une politique plus innovante en matière de financement qu'il faudrait mettre en œuvre.

Un financement mixte comprenant un socle de solidarité et un complément assurantiel universel dans le cadre d'une large mutualisation serait, pour le groupe des entreprises, une réponse responsable et durable à ce défi sociétal qu'est le coût de la dépendance.

Aussi au-delà des pistes de régulation proposées dans l'avis, c'est vers un véritable partenariat entre les pouvoirs publics et l'ensemble des organismes d'assurance complémentaires qu'il faut s'orienter.

Le groupe des entreprises a voté l'avis.

Environnement et nature

Pour le groupe environnement et nature, cet avis porte les questions du vieillissement et de la perte d'autonomie, deux défis auxquels toute société est confrontée et particulièrement la France, au regard des évolutions démographiques que nous connaissons.

Le groupe juge déterminante l'une des composantes de cet avis et la soutient pleinement, à savoir la nécessité de développer la prévention de la perte d'autonomie, encore largement insuffisante et dont les actions, à condition qu'elles soient organisées et ciblées, ont pour effet significatif de retarder le plus possible la survenance de la perte d'autonomie.

Dans la prise en charge à proprement parler, trois points paraissent primordiaux au groupe :

- Le parcours de soins : une prise en charge de qualité est conditionnée par la coordination entre le secteur médico-social et le secteur sanitaire et, à cet égard, le groupe soutient la préconisation visant à confirmer un « guichet unique » d'information et d'orientation, dont la clef de voûte est la coordination gérontologique.

- L'accompagnement de l'aidant familial, qui assure souvent et ce, dans une relative solitude, l'accompagnement d'un proche en perte d'autonomie, dont l'intensité de l'intervention n'a pas été diminuée par la mise en place de l'APA. Il s'agit de prévenir l'épuisement physique et psychique de l'aidant, l'avis préconise à cet égard des dispositions que le groupe soutient, avec la mise en place de structures de répit qu'il conviendrait de préciser et de compléter, autour des aides pour les transports ou encore, dans un autre registre, la mise en place de structures de dialogue et d'échange.
- L'importance de l'aménagement du cadre de vie : cet avis fait largement état de mesures prises en faveur de l'adaptation de l'habitat mais en matière d'aménagement du cadre de vie, le groupe environnement et nature trouve que l'avis ne va pas assez loin et aurait souhaité la définition d'actions concrètes en matière d'environnement de la personne, d'infrastructures, l'objectif étant de limiter les conséquences des incapacités motrices ou sensorielles. Par ailleurs, nous considérons que la dimension cadre de vie devrait être inscrite dans cet avis comme partie intégrante de la prévention, comme enjeu contribuant à rompre l'isolement social de la personne âgée et à maintenir son autonomie.

Concernant le financement, il y a consensus sur le fait que la perte d'autonomie constitue un risque encouru par chacun et que par conséquent, son financement doit continuer à s'appuyer sur un socle de solidarité nationale. Le consensus porte également sur la nécessaire recherche d'autres sources de financement et le groupe soutient les deux préconisations faites par le CESE : l'instauration d'une taxe sur l'ensemble des mutations à titre gratuit et l'alignement du régime de la CSG des pensions de retraite sur celui des actifs. Le groupe souhaite cependant que cette question soit intégrée à une refonte profonde de la fiscalité.

Le groupe environnement et nature souhaite par ailleurs insister sur la place de la personne âgée dans la société, en perte d'autonomie ou non, et regrette que celle-ci ne soit formalisée que dans un paragraphe en annexe alors qu'elle aurait dû sous-tendre l'avis. En effet, cet avis, bien que de qualité, nous semble trop tourné vers une vision médicale de la question alors qu'il conviendrait de poser d'autres interrogations : comment permettre aux personnes âgées, en perte d'autonomie ou non, de continuer à s'impliquer dans leur environnement, comment maintenir autour de ces personnes les liens sociaux et favoriser les solidarités entre les générations ? Comment accompagner les situations d'incapacité ? Au-delà de la stricte prise en charge médicale des personnes âgées, c'est plus largement leur statut dans la société et leur reconnaissance sociale que nous aurions voulu voir soulever. Un renforcement du tissu associatif en la matière pourrait être un levier intéressant de cette démarche. Le bien vieillir n'est pas une question technique mais une question de vie.

Le groupe environnement et nature voudrait enfin souligner l'importance du regard porté sur les personnes âgées et dépendantes d'aujourd'hui par ceux et celles qui seront les personnes âgées et dépendantes de demain, question insuffisamment traitée par cet avis. Une sensibilisation en direction des publics les plus jeunes semble indispensable : combler le fossé des générations suppose une meilleure connaissance réciproque qui s'acquiert par le dialogue et le contact, que ce soit dans un contexte scolaire, périscolaire ou dans une démarche de bénévolat et de volontariat. À cet égard, le groupe environnement trouve judicieuse la contribution de la délégation des femmes qui souligne l'intérêt d'une mixité intergénérationnelle dans les lieux de vie mais aussi dans les quartiers, en mettant en avant des expériences de terrain concluantes à cet égard, à l'instar de Chambéry ou de Longwy par exemple.

C'est avec ces réserves exprimées, que le groupe environnement et nature a majoritairement voté l'avis.

Mutualité

La commission préconise d'inscrire un nouveau droit universel de compensation de la perte d'autonomie.

La Mutualité française s'en félicite, qui a pris très tôt position pour un tel droit intégrant les dimensions de prévention et d'accompagnement et dont le financement serait fondé sur une large solidarité nationale.

Au sein de la commission, ce grand débat de société n'a pas été confiné à des avis d'experts ou d'acteurs. Les acteurs de terrain ont été entendus. On doit continuer ainsi. Il s'agit bien d'un large défi sociétal.

La perte d'autonomie ne se réduit pas aux enjeux financiers : elle nécessite l'organisation d'une réponse coordonnée, fondée sur une approche globale des besoins et des situations des personnes.

Le groupe de la mutualité a insisté sur trois points qui lui apparaissent essentiels.

Il s'agit premièrement d'une politique déterminée en matière de prévention.

Pour la Mutualité française, une politique de prévention doit non seulement contribuer à l'amélioration de la qualité de vie des personnes mais aussi à une réduction des inégalités de santé, inégalités qui se construisent à tous les moments de la vie.

L'avis met en évidence l'importance des politiques publiques qui interviennent en amont de la dépendance et celle du soutien aux innovations appropriées.

Il s'agit deuxièmement d'articuler au mieux les soins et l'accompagnement.

La mutualité défend un schéma de prise en charge de la perte d'autonomie qui apporte une réponse d'ensemble, selon un modèle neuf d'ingénierie sociale visant à mieux coordonner l'ensemble des interventions.

La mutualité, qui regroupe près de 400 établissements et services pour personnes âgées, s'associe pleinement à la commission lorsqu'elle évoque le fait que les ratios personnel/résident dans les EHPAD n'atteignent pas les engagements du plan Solidarité grand âge.

Renforcer l'attractivité des métiers d'aide à domicile et de soins en établissement est nécessaire. Le choix du maintien à domicile implique de rompre l'isolement des aidants et donc de les accompagner.

S'agissant troisièmement de la nécessité d'une consolidation du socle public, la mutualité s'associe pleinement à ce choix fondamental : socle essentiellement public, solidarité nationale.

La mutualité soutient la commission lorsqu'elle préconise l'instauration d'une taxe sur l'ensemble des mutations à titre gratuit dont le taux pourrait être supérieur à 1 % et l'alignement du taux plein de la CSG sur les pensions de retraite (6,6 %) sur celui des actifs (7,5 %).

L'intervention d'organismes complémentaires, nécessaire, doit être soumise à des conditions : label public, référentiel public, aide publique.

Si le terme de partenariat a un sens pour la mutualité, ce ne doit être ni celui d'un cofinancement qui évolue vers un recul du financement public, ni celui d'une gouvernance déséquilibrée qui conduirait à des logiques de gestion du risque amenant à un délitement progressif des principes de solidarité.

Ceci étant dit, l'intervention d'organismes complémentaires ne peut être confinée à la seule dimension financière. Elle peut aussi porter sur l'organisation même des dispositifs de prise en charge de la dépendance et des services qu'il est nécessaire d'offrir.

Les préoccupations et propositions de l'avis rejoignent celles du groupe de la mutualité qui l'a voté.

Organisations étudiantes et mouvements de jeunesse

La prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées représente un enjeu de société majeur. Comme le précise à juste titre l'avis, le débat ne saurait se réduire à des enjeux financiers : la question posée est celle de l'organisation sociale de la fin de vie pour toutes celles et tous ceux d'entre nous, aujourd'hui ou demain, qui ne pourront malheureusement pas finir leurs jours de manière autonome. La prise en charge de la dépendance soulève la question des solidarités nécessaires au sein de notre société, celle de l'organisation de tout un secteur d'activité amené à massivement se développer, mais aussi celle de l'égalité entre les hommes et les femmes, qui subissent différemment les conséquences des insuffisances de notre système national de prise en charge.

Le groupe des organisations étudiantes et mouvements de jeunesse se félicite que l'avis du Conseil économique, social et environnemental sur la dépendance des personnes âgées pose clairement le principe d'une prise en charge de la dépendance par la solidarité nationale. Cependant, nous regrettons que le niveau de cette prise en charge n'ait pas été précisé, la proposition d'une aide publique à la souscription de contrats d'assurance pour les plus modestes semblant même suggérer que le CESE considère que de fait, la solidarité nationale ne devra ou ne pourra prendre en charge la totalité des besoins, sans plus de précisions.

Nous nous félicitons du choix d'écarter le recours sur la succession des seules personnes dépendantes, ainsi que celui fait de ne pas imposer aux seuls salariés, par une nouvelle journée de solidarité, la prise en charge de la dépendance de nos personnes âgées. De même, notre groupe adhère à l'ensemble des mesures envisagées en matière de prévention, et se joint à l'ensemble des recommandations faites en matière d'amélioration de la prise en charge des personnes et de coordination des acteurs du système. Il apprécie que l'avis suggère de faire de la prévention de la dépendance, notamment par des actions visant à rompre l'isolement et à favoriser la mobilité des personnes âgées, l'une des missions prioritaires du nouveau service civique. Enfin, nous apprécions que l'avis propose de sortir du catastrophisme en rappelant que si la génération du baby-boom arrivera à l'âge de la dépendance en 2025, l'espérance de vie en bonne santé évolue également, rendant de fait difficile une évaluation précise des besoins en matière de prise en charge de la dépendance. Cependant, il nous semble que des projections financières plus précises auraient pu utilement compléter la position du CESE.

Par ailleurs, notre groupe regrette en particulier le manque d'approfondissement de certains points.

- En matière de financement, notre groupe était favorable à une refonte plus globale de la CSG, indépendante de l'âge, mais progressive selon le revenu, qui permettrait de dégager les ressources nécessaires en prenant en compte les inégalités de revenus et en maintenant l'indispensable solidarité entre les générations. Nous regrettons que l'avis exclue cette option.
- Notre groupe regrette qu'une place insuffisante ait été laissée à la nécessité de repenser totalement l'organisation de notre société pour intégrer les enjeux posés par l'évolution de sa démographie : repenser la ville et le cadre de vie pour que les services publics, les transports, les loisirs, les lieux de vie collective, soient accessibles aux personnes âgées en perte d'autonomie ; développer le soutien au réseau associatif et aux acteurs locaux de solidarité veillant à développer les liens intergénérationnels et à permettre à celles et ceux qui vieillissent, quels que soient leurs milieux, de garder un rôle social et une implication citoyenne.
- Par ailleurs, la nécessité de créer une véritable filière professionnelle de l'aide à domicile a, nous semble-t-il, été insuffisamment prise en compte, alors qu'il s'agit d'un enjeu majeur non seulement pour garantir la qualité de notre système de prise en charge et sécuriser le cadre de travail des professionnels du secteur, mais aussi pour assurer le renouvellement des professionnels d'un secteur amené à être en très forte tension dans les années à venir. De plus, comme nous l'avons signalé, il existe un problème de contenu des formations des professionnels de santé (médecins, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, infirmiers...), qui ne prennent que trop peu en compte la prise en charge psycho-sociale et les spécificités liées à la dépendance et aux maladies dégénératives.
- Pour finir, l'avis ne revient sans doute pas assez sur l'aspect inégalitaire de la solidarité familiale en matière de prise en charge de la perte d'autonomie. La nécessité de rendre réellement accessible une alternative à l'aide familiale, aurait pu être approfondie. Comme le rappelle la contribution de la délégation pour le droit des femmes et l'égalité, ce sont essentiellement les membres féminins de la famille qui assurent cette prise en charge familiale, au détriment parfois de leurs parcours professionnels.

En conclusion, cet avis nous semble apporter une contribution très utile dans le débat actuel, notamment en ce qu'il réaffirme le principe de la solidarité nationale dans la prise en charge de la dépendance, mais nous semble insuffisamment abouti en matière de financement et sur la place des personnes âgées dans notre société.

En conséquence, notre groupe a décidé de s'abstenir.

Outre-mer

Le groupe remercie les rapporteurs pour le travail de qualité réalisé dans des conditions parfois difficiles.

Devenue un phénomène de société majeur qui concerne l'ensemble de la population, la dépendance cristallise les inquiétudes. Ce constat est prégnant dans les collectivités d'Outre-mer avec des enjeux très spécifiques.

À l'horizon 2040, la population des personnes âgées de 80 ans et plus sera multipliée par **3,7** en Guadeloupe ; **3,5** en Martinique ; **4,8** à La Réunion et **7,7** en Guyane contre **2,3** pour la métropole. Ces progressions, plus fortes qu'en métropole, poseront de façon aiguë la question de la prise en charge des ces seniors.

Le groupe estime que le CESE aurait pu orienter davantage sa réflexion sur le regard que nous portons sur la personne âgée en perte d'autonomie, laquelle ne doit pas être marginalisée, mais au contraire respectée et pleinement intégrée à notre vie sociale.

Il partage le choix du CESE d'envisager la perte d'autonomie en tant que phénomène social dans son ensemble, abordant, au-delà du problème du financement, les questions de la prévention et des conséquences sociales de la dépendance, notamment pour les aidants.

Le vieillissement démographique n'implique pas nécessairement une forte augmentation du nombre de personnes dépendantes, c'est d'ailleurs tout l'enjeu de la prévention. Le groupe partage le souci de l'avis de rappeler que cet enjeu est crucial et soutient les propositions en la matière.

Concernant l'offre de service, le groupe partage la mise en avant d'une diversification des modes d'hébergement autour d'une offre adaptée entre « le domicile classique » et les établissements d'hébergement.

Prenant en compte les évolutions sociétales et le désir exprimé de rester le plus longtemps possible au domicile, l'avis souligne l'importance du rôle et de la place des aidants. Concernant le recrutement des aides à domicile, le doublement des besoins en la matière, d'ici 2025, constitue un défi majeur dont le CESE a pris la mesure. Pour autant, les préconisations formulées en matière de formation des personnels ne semblent pas prendre suffisamment en compte l'image parfois négative dont souffrent encore ces métiers, lesquels exigent pourtant passion et dévouement.

Le financement et la gouvernance constituent deux des principaux enjeux de l'avis.

Sur le financement, le groupe prend acte des deux dispositions principales formulées :

- l'instauration d'une taxe sur l'ensemble des mutations à titre gratuit ;
- l'alignement du taux de la CSG sur les pensions de retraite (6,6 %) sur celui des actifs (7,5 %) à la condition que ce taux ne soit instauré qu'au-delà d'un certain seuil de revenus.

Le groupe adhère totalement à la volonté de considérer la compensation de la perte d'autonomie comme un droit universel financé essentiellement par la solidarité nationale. Aussi, il regrette que d'autres types de revenus n'aient pas été retenus dans ce cadre.

Concernant la gouvernance, l'avis insiste sur la nécessité de concilier une gestion de proximité confiée aux départements et un pilotage national des politiques d'accompagnement de la perte d'autonomie par la CNSA.

Le groupe approuve cela et a voté l'avis.

Personnalités qualifiées

Mme Levaux : « Ma nomination en tant que personnalité qualifiée tient pour l'essentiel à ma fonction de Présidente de la Fédération des particuliersemployeurs de France. C'est donc à ce titre que je m'adresse à vous.

En France, 3,6 millions de particuliers emploient à domicile près de 1,7 million de salariés, plus de 10 milliards d'euros et 6 milliards de cotisations sociales sont versés chaque année par des particuliers-employeurs, dont la moitié est âgée de plus de 60 ans et en perte d'autonomie avérée ou potentielle.

Bien que trop peu visible, aujourd'hui encore, le secteur des emplois de la famille a doublé en 10 ans, et représente 520 millions d'heures déclarées annuellement. Cette situation spécifique qui consiste à assumer un rôle d'employeur, responsable et citoyen, pour répondre à des besoins d'accompagnement dus à une perte d'autonomie, concerne des centaines de milliers de personnes qui désirent rester à domicile et conserver leur liberté de choix. Être particulier-employeur et en perte d'autonomie s'avère une réalité loin de n'être qu'une variable d'ajustement, un *lowcost* ou une situation subie. Respecter et soutenir nos concitoyens, c'est aussi les accompagner sans exclusion ni discrimination.

Nos concitoyens, dans la grande majorité de la classe moyenne, sont en mesure d'assumer une partie de la réponse à leurs besoins, ils n'attendent pas des pouvoirs publics qu'ils se substituent à eux. Au regard du contexte sociétal et économique de notre pays, ils savent qu'un juste équilibre entre l'accompagnement des pouvoirs publics et la responsabilité individuelle est nécessaire. Ainsi, s'il est évident que l'État ne peut répondre à tous les besoins, ce dernier ne peut davantage imposer des modèles d'accompagnement obligatoires.

C'est pourquoi la FEPEM demande que les coûts pesant sur les familles directement concernées par un accompagnement à domicile, dont le « reste à charge » est très souvent supérieur à la moyenne des retraites, soient ajustés et que soit supprimée toute discrimination dans l'attribution des aides du socle de financement public, liée à l'exercice du libre choix d'intervention, pour la personne dépendante, autre que prestataire, notamment la majoration de 10 % du ticket modérateur en cas de recours à l'emploi direct par un particulier employeur en perte d'autonomie.

La FEPEM a remis à Mme la ministre, Roselyne Bachelot-Narquin, ses 18 contributions, que nous mettons à la disposition de tous, pour faire de la réforme de la dépendance une opportunité sociale et économique pour la France et accompagner une gestion équitable, innovante et citoyenne de la dépendance.

Liberté de choix pour les citoyens, reconnaissance des valeurs de responsabilité, du rôle capital des aidants familiaux et propositions de nouvelles formes de financement qui privilégient une approche patrimoniale choisie en sont les principaux leviers. Si, à court terme, la réforme de la dépendance est incontestablement une question de solidarité, à long terme, il s'agit d'une affaire de prévoyance, de responsabilité et d'organisation de son patrimoine qui permettra de faire face à ce nouveau risque.

J'ai participé avec beaucoup d'intérêt aux travaux de la commission temporaire, j'y ai mesuré le chemin qu'il nous faut encore parcourir pour placer le rôle de la société civile, dans sa diversité, au cœur de la réflexion publique. Je tiens à rendre hommage à la qualité de la présidence, des rapporteurs, et des collaborateurs. Leurs missions étaient très difficiles, ils nous présentent un avis de grande qualité, fruit d'un compromis, mais qui, à mon sens, manque d'audace.

C'est la raison pour laquelle je m'abstiendrai ».

M. Khalfa : « Membre de la commission temporaire chargée d'élaborer ce projet d'avis, je voudrais d'abord rendre hommage à son président, M. David Gordon-Krief, qui, avec les

deux rapporteurs Mme Monique Weber et M. Yves Vérolet, a permis que les débats qui s'y sont déroulés soient productifs et aboutissent à un projet d'avis, qui s'il n'est pas totalement satisfaisant, représente un point d'équilibre.

Dans le peu de temps qui m'est imparti, je me contenterai d'expliquer ce qui me pose néanmoins problème. Ce texte est marqué par une série de contradictions qui risquent d'en obérer sérieusement la portée.

D'une part, il préconise «d'inscrire un nouveau droit universel de compensation de la perte d'autonomie», ce qui est évidemment très positif. Mais d'autre part, il n'en définit jamais les contours. Ainsi un amendement que j'avais proposé qui visait à décliner ce droit en un certain nombre de principes a été refusé. Cet amendement demandait que le système mis en place soit obligatoire, universel et solidaire, c'est-à-dire qu'il relève de la Sécurité sociale. Il devrait s'appliquer sans condition d'âge ni de ressources. Les prestations fournies devraient être déconnectées de la contribution financière et être, pour une perte d'autonomie donnée, les mêmes sur tout le territoire national.

Le refus de donner un contenu précis à ce nouveau droit universel s'explique par le fait que le projet d'avis, tout en faisant référence à la solidarité nationale laisse la porte largement ouverte à l'intervention des assurances privées et des mutuelles. Or, comme le montre la situation en matière de couverture santé, cette intervention est porteuse d'un développement important des inégalités dans la prise en charge du risque, les complémentaires n'offrant une couverture de qualité qu'à celles et ceux qui auront les moyens de payer des primes importantes. Dans ce cadre, la proposition d'une aide publique à la souscription de contrats pour les revenus modestes pose un double problème. Si financement par l'État il doit y avoir, pourquoi ce financement se fait-il au profit d'organismes privés et non pas de la Sécurité sociale ? De plus, le problème n'est pas seulement la possibilité de souscrire un contrat, mais la nature de la couverture qui y est attachée. De ce point de vue, il est absolument évident que les contrats ainsi financés pour les personnes modestes seront *a minima*. Ainsi donc, on le voit, le nouveau droit universel de compensation de la perte d'autonomie risque fort, dans ces conditions, de rester lettre morte.

De plus le montant du financement prévu, à la hauteur de 3,2 milliards d'euros, n'est pas à la hauteur de l'ambition affichée et ne permettra pas de réduire significativement le reste à charge pour les familles, de décharger les aidants, très majoritairement des femmes et de professionnaliser un secteur encore largement marqué par la précarité du travail et la sous-rémunération. Ce financement s'appuie en partie sur l'alignement de la CSG des retraités sur celle des actifs, mesure particulièrement injuste alors que l'on assiste actuellement à une baisse du niveau des pensions.

C'est pour ces raisons, mes chers collègues, que, au nom de l'Union syndicale solidaires, que je représente ici, je m'abstiendrai sur ce projet d'avis ».

Professions libérales

En saisissant le CESE sur la dépendance, le Premier ministre a engagé notre institution dans un grand défi, celui d'émettre un avis dans un temps restreint sur un problème qui demande une réflexion et des actions qui s'inscrivent dans le temps. Notre assemblée a naturellement toute sa place dans ce vaste débat, tant la perte d'autonomie touche nombre de nos concitoyens de toutes les couches de la société.

« Grande cause nationale », la dépendance des personnes âgées est aussi un véritable défi sociétal. Nous devons repenser la place de nos aînés dans une société, où la solidarité intergénérationnelle n'est plus systématique, du fait de l'éclatement et de l'éloignement des familles. La dépendance est d'abord un problème de famille, avant d'être une question d'argent. Nous constatons tous les jours combien les aidants familiaux ont un rôle déterminant dans le maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie, et combien toutes les aides publiques ne sauraient compenser l'indispensable présence du premier cercle, que représente la famille.

Les professionnels libéraux qui apportent quotidiennement à 5 millions de nos concitoyens, soins et conseils, sont naturellement confrontés à ces douloureuses situations et entendent prendre toute leur part, dans les dispositifs qui viseront à rendre plus efficace, l'aide apportée aux personnes dépendantes et aux aidants. Cela fait partie intégrante des missions qu'ils ont acceptées en choisissant leur métier.

Si l'espérance de vie augmente chaque année d'un trimestre, les progrès de la médecine ne permettent pas - à eux seuls - d'assurer ce trimestre supplémentaire en bonne forme. D'où l'urgence de trouver des réponses, de se donner les moyens de financer la montée en charge des besoins (curatif et d'hébergement) et de retarder l'arrivée de la dépendance, par une politique de prévention active.

À grande cause nationale, réponse solidaire et équitable. À ce titre, les réponses apportées doivent respecter trois principes :

- tous nos concitoyens doivent pouvoir prétendre à une couverture de base, quels que soient leurs revenus ou patrimoine. La prestation doit être universelle ;
- chaque famille ou chaque personne dépendante ne doit pas assumer seule, les frais de cette perte d'autonomie, il faut donc mutualiser la dépense, de façon la plus large possible ;
- il faut mieux définir les critères de la dépendance donc revoir la grille AGGIR pour une harmonisation opposable à tous les acteurs donnant une réponse équitable pour chaque individu en tout point du territoire.

1 - Si le groupe des professions libérales est favorable à une couverture dépendance universelle, il juge indispensable de faire appel à la solidarité nationale intergénérationnelle pour la financer. Pour cette raison, nous soutenons l'avis qui écarte d'emblée l'idée d'une augmentation de la contribution des salariés et des entreprises pour supporter les dépenses supplémentaires. La réponse fiscale nous paraît la plus adaptée, à la condition qu'elle soit équitable même si elle est impopulaire. La commission a fait le choix de financements avec la notion de justice sociale ; cela nous convient mais nous aurions souhaité à ce sujet que la TVA sociale soit retenue comme un apport au financement. Objectif : alimenter la CNSA pour lui permettre de rééquilibrer sa part dans le financement de l'APA.

2 - La couverture de base obligatoire ne saurait faire oublier le reste à charge qui pèse sur la personne et sa famille. Le groupe des professions libérales juge indispensable de faire appel au principe de mutualisation, dans un partenariat public/privé assorti d'un cahier des charges précis sur les garanties. L'avis n'a pas fait le choix explicite des supports, ce que nous avons regretté. En revanche, il a bien recommandé la définition de critères de labellisation afin de garantir entre autres, la sécurité des contrats et la portabilité des droits. Il faut donc prévoir à côté d'une couverture de base une couverture assurantielle non obligatoire, individuelle ou collective, afin de bénéficier de garanties plus larges et de réduire ce reste à charge final de la personne et des familles.

3 - Toute cette réflexion doit s'accompagner bien évidemment d'une réforme de la gouvernance. Pour nous, professionnels libéraux, une telle réforme doit avoir comme objectif principal, l'efficacité de la dépense, mais aussi la prise en compte des particularités individuelles et territoriales des populations. De façon générale, notre groupe rappelle l'importance d'évaluer les outils mis en place, au regard du service rendu.

L'avis fait le choix de gérer le risque « dépendance » distinctement du risque « maladie ». Nous l'approuvons. La CNSA a produit des outils pertinents. Il faut conforter son architecture actuelle de pilotage de ce dossier. Toutefois, le groupe des professions libérales souligne la nécessité de bien clarifier le rôle des acteurs intervenant dans la gestion de la dépendance. Les professionnels libéraux, acteurs de proximité rappellent légitimement qu'ils y ont toute leur place, regrettant que leur représentation ne soit pas effective au sein de la CNSA.

Notre groupe a déposé deux amendements visant à redonner toute sa place aux concepteurs de projets d'amélioration de l'habitat.

La dépendance est un problème humain. Les rapporteurs et la Commission toute entière ont su garder cette dimension humaine comme fil rouge tout au long des débats pour apporter des réponses qui replace la personne en perte d'autonomie au cœur du système. La commission ayant accepté les amendements déposés par le groupe, il a voté l'avis.

UNAF

Pour Raymond Radiguet, « *Tout âge porte ses fruits, il faut savoir les cueillir* ». Le présent avis, par ses apports, vise à assurer une meilleure récolte au bénéfice des personnes âgées en perte d'autonomie.

Les préconisations explorent toutes les pistes : la prévention en amont, l'aménagement du logement et de la Cité, les potentialités des technologies, le respect du « libre choix » entre le soutien à domicile de qualité ou l'accueil en établissement accessible. Après avoir tracé les voies d'une amélioration de la prise en charge, sont introduites les questions des moyens et de la gouvernance. Le groupe de l'UNAF se retrouve pleinement dans cette approche de la réforme axée, en priorité, sur l'évaluation des besoins des personnes âgées dépendantes et de leurs familles.

Le groupe de l'UNAF partage les propositions du présent avis dans son ensemble et retient particulièrement que :

- l'aide à domicile est centrale et ce d'autant plus que nombre d'enquêtes montrent un attachement des personnes âgées à rester à leur domicile le plus longtemps possible. Pour ce faire, le groupe de l'UNAF souligne l'importance d'une revalorisation des forfaits pour les degrés élevés de dépendance. Les deux préconisations, relever le plafond des plans d'aide de ces personnes et étudier le rapprochement des taux d'effort en fonction des niveaux de dépendance, vont dans ce sens.

Dans ce cadre, l'emploi prestataire constitue, pour les personnes relevant de l'APA en GIR 1 et 2, la réponse la plus adaptée. L'enjeu, dès lors, est de mieux prendre en compte, dans les financements publics, les actions de qualification engagées pour leurs intervenants par les organismes gestionnaires d'aide à domicile.

- S'agissant de l'accueil en établissement, la question du reste à charge est première et en lien direct avec le niveau des retraites.

Le groupe de l'UNAF est satisfait des deux options prises dans le projet d'avis :

- la nécessaire modification des clés de répartition des dépenses entre les trois sections tarifaires de l'hébergement, des soins et de la dépendance, en excluant certaines dépenses du prix d'hébergement ;
- la limitation du jeu de l'obligation alimentaire réduite aux seuls moyens de subsistance et, afin d'éviter les disparités territoriales, en excluant les petits enfants et en s'appuyant sur un référentiel national.
- Enfin l'accompagnement et le soutien des aidants familiaux sont bien pris en compte dans l'avis en précisant : « *L'aidant familial est l'élément capital pour rendre réalisable le principe du libre choix* ». Il n'y a pas de substitution de l'aide collective à l'aide familiale. Le soutien professionnel apparaît dès lors comme une condition pour consolider l'aide informelle, pour situer l'aide globale à un niveau qui permette d'éviter des situations critiques pour les personnes âgées ou pour leurs aidants. Il s'agit d'empêcher des solutions peu efficaces comme un placement en établissement par défaut ou une hospitalisation prolongée faute de solutions à l'extérieur. Le groupe de l'UNAF soutient les propositions concrètes et opérationnelles de soutien et d'accompagnement des aidants.

La dimension familiale de la prise en charge de la dépendance n'est plus à démontrer : c'est pourquoi la représentation familiale ne doit pas être écartée des instances de pilotage nationales et locales et intégrer la CNSA.

Le groupe de l'UNAF a voté l'avis.

UNSA

Pour l'UNSA, la perte d'autonomie constitue un risque clairement identifié qui doit être traité selon la même logique que les autres risques de protection sociale. Cela signifie qu'il ne doit pas être du ressort des seules victimes et de leur famille mais que sa prise en charge doit au contraire être socialisée. Il s'agit donc bien de bâtir un droit universel à la compensation de la perte d'autonomie, avec un financement conçu à cet effet. Le financement doit être étendu à toutes les générations et à tous les revenus donc y compris ceux du capital. L'UNSA partage les préconisations faites dans le rapport concernant l'instauration d'une taxe sur l'ensemble des mutations à titre gratuit, l'alignement du taux plein de la CSG des pensions de retraite les plus élevées sur celui des actifs ainsi que le relèvement des plafonds des plans d'aide afin de rendre supportable le reste à charge pour une majorité des familles lors du placement en établissement.

Ces mesures ne suffiront pas pour satisfaire totalement aux besoins de financement correspondant à la montée en charge de la dépendance dans les dix ans à venir pour lesquels l'avis préconise de solliciter principalement la solidarité nationale.

Un recours modéré à la CSG serait de nature à répondre à cette problématique dans un esprit de justice et d'équité, sans menacer l'activité économique.

La perte d'autonomie peut survenir à chaque instant quel que soit l'âge, le sexe ou la classe sociale. Aussi, il faut l'intégrer dans le quotidien en renforçant l'information, les mesures et les actions de prévention à tous les niveaux. Cet investissement sur le secteur de la prévention aura des conséquences positives en termes de rentabilité et sur le bien-être des personnes.

La perte d'autonomie survient de façon rampante ou parfois soudainement. En plus d'un sentiment d'impuissance, c'est aussi le point de départ d'un long parcours du combattant pour trouver la réponse adaptée à ses besoins. Il y a donc une nécessité à donner toutes les informations sur les aides, les offres de services, d'hébergement afin de permettre à la personne avec sa famille d'être acteur de ses choix et de son parcours de vie dans une situation nouvelle.

La première demande est le maintien à domicile. Cela implique un certain nombre d'aménagement tant en matière d'accessibilité, de sécurisation et de modification des locaux. Cet environnement adapté est primordial pour les personnes en perte d'autonomie mais on ne peut oublier qu'il facilite aussi le quotidien de chacun d'entre nous.

Cela nécessite aussi des personnels formés et reconnus pour réaliser les soins, les tâches ménagères et le maintien de la vie citoyenne.

Les professionnels du médico social, les aides à domicile et les aidants familiaux doivent intervenir chacun à leurs niveaux. Leurs rôles ne sont pas substituables les uns aux autres.

En ce qui concerne les professionnels, les métiers doivent être valorisés, mieux rémunérés afin de les rendre attractifs. Cela passe par la mise en place de formations conduisant à une réelle qualification pour la reconnaissance de véritables métiers du service aux personnes en perte d'autonomie. Il émerge aussi la nécessité de décloisonner les champs du sanitaire et du médico-social afin d'améliorer l'approche globale de la situation. Cela ne pourra se faire que par des coordonnateurs, correspondants uniques, interlocuteurs directs de la personne.

Ces dispositions auront un coût, mais elles sont indispensables à notre cohésion sociale.

Les aidants requièrent une attention particulière des pouvoirs publics. Actuellement un travailleur sur deux de plus de 50 ans connaît la situation d'aidant familial et, pour un quart des cas, il a des enfants à charge. Certes, il y a une diversité des aidants et des situations mais il est reconnu que cette charge d'aidant a des effets négatifs sur la santé et la vie quotidienne. Ceux en situation d'emploi cherchent à adapter leur vie professionnelle. Parfois, ils préfèrent aménager par eux-mêmes leur temps de travail, au risque d'être pénalisés dans leur évolution de carrière. Nous souhaitons que l'incitation mentionnée dans l'avis aille plus loin et que des négociations avec les employeurs s'engagent sur ce sujet.

Quant à la gouvernance, très tôt l'UNSA a considéré la CNSA comme un acteur incontournable sur le sujet. Nous souhaitons que cette caisse soit la garante de la politique en matière de perte d'autonomie sur tout le territoire national, des partenariats complémentaires étant à construire avec les autres interlocuteurs institutionnels (assurance maladie, ARS, conseils généraux).

En conclusion, si l'avis ne reprend pas toutes ses préoccupations, l'UNSA constate qu'il place bien la personne âgée au centre, ce qui est fondamental. L'avis affirme aussi le principe de la construction d'un droit universel et se situe bien dans la prise en compte des besoins liés à la démographie.

Pour ces raisons, l'UNSA a donc voté cet avis.

Scrutin

Scrutin sur l'ensemble du projet d'avis

Nombre de votants	206
Ont voté pour	156
Se sont abstenus	50

Le CESE a adopté.

Ont voté pour : 156

<i>Agriculture</i>	M. Bastian, Mmes Bernard, Bonneau, Doré, Dutoit, MM. Giroud, Gremillet, Mme Henry, MM. Lefebvre, Lemétayer, Pelhate, Pinta, Roustan, Schaeffer, Mme Sinay, M. Vasseur.
<i>Artisanat</i>	Mme Amoros-Schwartz, M. Crouzet, Mmes Foucher, Gaultier, MM. Griset, Lardin, Le Lann, Liébus, Martin, Mme Sassano.
<i>Associations</i>	Mme Arnoult-Brill, MM. Charhon, Da Costa, Mme Gratacos, MM. Leclercq, Pascal, Mme Prado, M. Roirant.
<i>CFDT</i>	M. Blanc, Mmes Boutrand, Briand, Hénon, M. Honoré, Mme Houbairi, MM. Jamme, Le Clézio, Legrain, Malterre, Mme Nathan, M. Nau, Mmes Nicolle, Pichenot, Prévost, MM. Vandeweegehe, Véroillet.
<i>CFE-CGC</i>	M. Artero, Mmes Couturier, Couvert, MM. Delage, Dos Santos, Lamy, Mme Weber.
<i>CFTC</i>	M. Coquillion, Mme Courtoux, MM. Ibal, Louis, Mmes Parle, Simon.
<i>Coopération</i>	Mme de L'Estoile, M. Lenancker, Mlle Rafael, MM. Verdier, Zehr.
<i>Entreprises</i>	M. Bailly, Mme Bel, M. Bernardin, Mmes Castera, Colloc'h, Ducottet, Duhamel, Duprez, Frisch, Ingelaere, MM. Jamet, Lebrun, Lejeune, Marcon, Mariotti, Mongereau, Placet, Pottier, Mme PrévostMadère, MM. Ridoret, Roger-Vasselin, Roubaud, Mme Roy, M. Schilansky, Mmes Tissot-Colle, Vilain.
<i>Environnement et nature</i>	MM. Beall, Bougrain-Dubourg, Mmes de Bethencourt, Denier-Pasquier, MM. Genest, Genty, Guerin, Mme de Thiersant, M. Louchard, Mmes Mesquida, Vincent-Sweet, M. Virlovet.
<i>Mutualité</i>	MM. Andreck, Beaudet, Davant.
<i>Outre-mer</i>	MM. Budoc, Galenon, Grignon, Omarjee, Osénat.
<i>Personnalités qualifiées</i>	Mme Ballaloud, MM. Baudin, Bernasconi, Mmes Brishoual, Brunet, Chabaud, MM. Charon, Corne, Mme El Okki, M. Etienne, Mme Fontenoy, M. Gall, Mmes Gibault, Gard, Graz, M. Guikinger, Mme Hezard, M. Jouzel, Mmes Meyer, de Menthon, d'Ormesson, du Roscoät, MM. Soubie, Urieta.
<i>Professions libérales</i>	M. Capdeville, Mme Gondard-Argenti, M. Gordon-Krief, Mme Riquier-Sauvage.
<i>UNAF</i>	Mme Basset, MM. Damien, Farriol, Feretti, Fondard, Joyeux, Mmes Koné, L'Hour, Therry, M. de Viguerie.
<i>UNSA</i>	Mme Dupuis, MM. Grosset-Brauer, Rougier.

Se sont abstenus : 50

<i>Agriculture</i>	Mme Beliard.
<i>CGT</i>	Mmes Crosemarie, Cru, M. Delmas, Mmes Doneddu, Dumas, M. Durand, Mmes Geng, Kotlicki, MM. Lepaon, Mansouri-Guilani, Michel, Minder, Prada, Rozet, Teskouk, Mme Vagner.
<i>CGT-FO</i>	Mme Baltazar, MM. Bellanca, Bernus, Mme Boutaric, M. Chorin, Mme Fauvel, MM. Hotte, Lardy, Mmes Medeuf-Andrieu, Millan, M. Nedzynski, Mme Nicoletta, MM. Peres, Porte, Mme Thomas.
<i>Coopération</i>	Mme Lienemann.
<i>Environnement et nature</i>	Mme Ducroux, Laplante.
<i>Organisations étudiantes et mouvements de jeunesse</i>	M. Dulin, Mlle Guichet, M. Prévost, Mme Trelu-Kane.
<i>Personnalités qualifiées</i>	MM. Aschieri, Geveaux, Hochart, Khalfa, Mme de Kerviler, M. Le Bris, Mme Levaux, MM. Lucas, Martin, Obadia, Terzian.

Annexe 1 : les enjeux

LES ENJEUX DÉMOGRAPHIQUES

Le vieillissement de la population française

Les projections démographiques et épidémiologiques de la dépendance font état d'une augmentation de l'ordre de 25 % des personnes âgées de plus de 75 ans d'ici 2025 ; au-delà de cette date, la progression devient plus forte avec l'arrivée à l'âge de la dépendance des générations du baby boom. Les plus de 75 ans représenteraient alors 15,6 % de la population contre 8 % aujourd'hui. La population âgée de plus de 75 ans passerait de 5,5 millions en 2010, 6,61 millions en 2025 et à 11,9 millions en 2060.

Les conséquences de cet allongement de l'espérance de vie sont encore difficiles à mesurer. En effet, si la dépendance augmente fortement avec l'âge² (2 % entre 60 et 69 ans, 10,5 % à 80 ans, 30 % à 90 ans), l'âge d'entrée en dépendance recule (l'âge moyen des personnes dépendantes passerait, entre 2000 et 2040, de 78 à 82 ans pour les hommes et de 83 à 88 ans pour les femmes) et le temps de dépendance reste stable³ (4 ans en moyenne)⁴. Les projections à moyen/long termes demeurent incertaines. Plusieurs facteurs contradictoires interagissent. La diffusion de facteurs de risque et la progression des maladies chroniques⁵ pèsent sur la morbidité. D'ores et déjà en France, le taux d'incapacité des quinquagénaires progresse. Dans le même temps, la recherche médicale pourrait avoir un impact considérable sur ces données (en 2007, la France comptait 850 000 malades d'Alzheimer, 70 % d'entre eux vivaient en institution et 72 % bénéficiaient de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)⁶.

La population des personnes âgées en perte d'autonomie aujourd'hui

La perte d'autonomie concerne 2,7 % de la population âgée de 60 à 79 ans. Au-delà de 82 ans, ce taux est de 11,2 %⁷ (277 000 personnes).

Près de 6 personnes sur 10 âgées de 80 ans et plus vivent à domicile. 25 % d'entre elles souffrent d'une perte d'autonomie modérée et 2,5 %, d'une dépendance forte.

Au 31 décembre 2007, parmi les 657 000 personnes accueillies en établissements :

- 75 % sont des femmes ;
- l'âge d'entrée est plus tardive (83,5 ans soit 3 mois de plus qu'en 2003) ;
- la part des personnes très âgées s'accroît (en 2007, 74 % ont plus de 80 ans et 10 % plus de 95 ans).

2 La Cour des Comptes (2005).

3 DREES.

4 Durée moyenne de versement de l'APA.

5 Étude OCDE de 2007.

6 Professeur Françoise Forette.

7 Enquête « handicap-santé en ménages ordinaires » HSM. DREES-INSEE 2008.

La place des personnes âgées dans la société

Le regard que la société porte sur les personnes âgées qu'elles soient ou non dépendantes doit être transformé.

Cette reconnaissance sociale impose le développement d'actions pour rapprocher les générations et pour permettre aux personnes âgées de garder toute leur place au sein de la société. Parmi ces actions, il faut :

- multiplier la mixité intergénérationnelle, les lieux de vie et les activités ;
- adapter l'environnement aux besoins des personnes fragilisées par le Grand âge.

LES ENJEUX FINANCIERS

Le financement de la dépendance

En 2010, *les dépenses liées à la dépendance* sont selon le périmètre le plus large retenu d'environ 34 milliards d'euros. Parmi ces dépenses, la partie consacrée à la perte d'autonomie proprement dite s'élèverait à 8,5 milliards d'euros, 10 milliards pour l'hébergement, entre 10,3 milliards d'euros et 14,4 milliards d'euros pour la santé selon le périmètre choisi. L'intervention publique est de l'ordre de 24 milliards d'euros. Les dépenses privées, sujettes à des interprétations différentes sont donc de l'ordre de 10 milliards d'euros. (Source groupe ministériel IV avant projet de rapport mai 2011).

En 2010, *le reste à charge des personnes dépendantes* et de leurs familles est de l'ordre de 10 milliards d'euros (un peu plus de 1,5 milliards d'euros à domicile, et de 8,1 milliards d'euros en établissement dont environ 7,3 pour l'hébergement). Selon les projections de l'INSEE, le nombre de personnes dépendantes est estimé en 2030 entre 1,4 million (hypothèse basse), 1,55 million (hypothèse intermédiaire) et 1,7 millions (hypothèse haute)⁸. La progression devrait ensuite s'accélérer avec l'arrivée au grand âge des baby-boomers.

La montée en puissance du dispositif est devenue insupportable pour certains départements. Les départements sont confrontés à un effet ciseau préoccupant entre d'une part, la progression des dépenses, sur la période 2002-2010, le taux de croissance annuel moyen de l'APA a été de + 12,8 %⁹ et d'autre part, la dégradation du taux de couverture de ces dépenses par le versement de la CNSA (de 43 % en 2002, il est évalué à 28,5 % pour l'année 2010). Ces chiffres sont des moyennes et les personnes âgées sont diversement réparties dans les différents départements. Certains d'entre eux ne peuvent faire face à cette montée en charge. La crise immobilière a obéré les recettes fiscales et la suppression de la taxe professionnelle en 2010 est désormais compensée par une dotation de l'État dont la réévaluation pourrait ne pas suivre la hausse des dépenses sociales¹⁰. Certes des mécanismes de compensation existent, comme la contribution de la CNSA de 1,48 milliards d'euros à ce financement¹¹, mais ils sont complexes et ne prennent qu'imparfaitement en compte les caractéristiques des départements. In fine le taux de couverture de la prise en charge par la CNSA varie de 7 % à 50 % selon les départements.

8 Groupe de travail « Perspectives démographiques et financières de la dépendance » mai 2011.

9 Groupe ministériel « Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées » éléments financiers globaux.

10 En 2011, l'État verse des dotations de compensation de la TP et répartira les gains dus à la réforme via un fonds *ad hoc*, mais ces compensations et répartitions seront ensuite figées dans leur montant (rapport de M. Jamet sur les finances départementales - avril 2010).

11 En 2010 le concours de la CNSA à la prise en charge de la dépendance s'est élevé à 2,9 milliards d'euros.

Avec le vieillissement de la population, le nombre de bénéficiaires, 1,185 millions pour l'APA et 115 684 pour l'ASH devrait s'accroître sans que les départements déjà en difficulté disposent des moyens pour y faire face.

Un reste à charge inéquitable et souvent difficile à assumer pour les personnes âgées et leurs familles

Le dispositif de prise en charge de la dépendance, *a priori* redistributif, pénalise en fait les personnes les plus dépendantes et celles disposant de revenus moyens. En effet, toute personne dont le taux de dépendance physique et psychique, évalué sur la base de la grille nationale AGGIR (Autonomie, Gérontologie, Groupes Iso Ressources), est de 1 à 4, peut bénéficier d'un plan d'aide. Ce plan est partiellement solvabilisé par une allocation personnalisée d'autonomie (APA) dont le montant varie avec le niveau de dépendance et les revenus. Par exemple, le montant mensuel de l'APA, pour une personne en GIR 3 est, à domicile de 584 € (477 € pris en charge par le conseil général et 107 € à la charge du bénéficiaire). En établissement, ces chiffres sont respectivement de 367 € pour l'APA (212 € à la charge du conseil général et 155 € pour le bénéficiaire)¹². À l'APA s'ajoutent plusieurs mécanismes de réduction d'impôts et de charge et, pour les personnes vivant en établissement et disposant de faibles ressources, une prise en charge par l'aide sociale.

- **Le reste à charge est supérieur au montant moyen des retraites**¹³, qui ne peut être financé sur les seules ressources de nombreux bénéficiaires. En 2008, en établissement, le reste à charge est en moyenne de 1 600 € mensuel (dont 500 € liés à la dépendance et 1 100 € à l'hébergement). Il est de 1 380 € dans un établissement public, de 1 500 € dans un établissement privé non lucratif et enfin de 2 000 € dans un établissement privé lucratif. De nombreux facteurs : le statut de l'établissement, son implantation géographique, sa date de construction... influent sur le prix. Dès lors, il est très difficile pour les familles d'établir un lien rationnel entre le coût et la qualité des prestations¹⁴. À cette date, à domicile, le reste à charge est de 90 € par mois avec un plan d'aide¹⁵ d'un montant moyen de 504 € mensuel. Ce montant ne représente qu'une partie du reste à charge car il ne tient pas compte des dépenses qui ne sont pas prises en compte dans le plan d'aide de l'APA et celles supportées par des personnes âgées dépendantes qui ont décidé de ne pas recourir à l'APA ou de n'utiliser qu'une partie du plan d'aide. Les plafonds sont souvent atteints pour les personnes lourdement dépendantes : 1 200 € en GIR 1 ; 1 000 € en GIR 2 ; 790 € en GIR 3.

Une analyse des plans d'aide montre que 26 % des bénéficiaires de l'APA ont un plan d'aide « saturé », c'est-à-dire égal au plafond de l'allocation : le besoin d'aide évalué par le conseil général excède alors le montant maximal de la prise en charge. L'APA est égale au plan d'aide notifié par le conseil général diminué de la participation financière de la personne (jusqu'à 90 % du plan d'aide pour les revenus les plus élevés). Cette participation peut être nulle quand les revenus de l'allocataire sont trop faibles. Dans ce cas, la prise en charge publique n'excède pas le montant du plafond national applicable, même si les besoins de la personne évalués par l'équipe médico-sociale nécessitent des dépenses plus élevées.

12 Rapport Rosso-Debord page 39.

13 Soit 1 400 euros pour les hommes et 800 euros pour les femmes.

14 CESR Auvergne 2010.

15 Le plan d'aide est défini par l'équipe médico-sociale du conseil général qui détermine un montant de l'APA modulé dans la limite des plafonds nationaux du niveau de dépendance.

Les allocataires en GIR 1 sont 44 % à avoir un plan d'aide saturé contre 21 % des allocataires en GIR 4. La saturation des plans d'aide et par conséquent l'augmentation du reste à charge des familles montrent que les plans d'aide ne sont pas toujours suffisants pour couvrir les charges liées à la perte d'autonomie.

En dépit des inégalités de pension de retraite et notamment entre les femmes et les hommes, la capacité de financement moyenne reste stable. Cependant la forte dispersion du patrimoine risque de renforcer, les inégalités entre les ménages. À plus long terme, les évolutions pourraient être moins favorables pour les jeunes générations.

- À domicile le montant du ticket modérateur augmente mécaniquement avec le niveau de dépendance. En effet, à revenus donnés, l'APA couvre le même pourcentage du plan d'aide, quel que soit le niveau de dépendance. En institution, la situation est encore plus préoccupante puisque la plupart des pensionnaires bénéficient du même montant d'aide quel que soit leur revenu.
- **Le reste à charge est inéquitable**
 - Les aides fiscales bénéficient aux personnes imposables, l'aide sociale aux plus démunis (avec récupération sur succession) et c'est pour les revenus intermédiaires, compris entre 1 200 et 1 800 euros, que l'aide publique est la plus faible¹⁶.
 - Le niveau de prise en charge peut varier avec le département de résidence (selon les départements, les dépenses par bénéficiaire vont du simple au triple¹⁷) voire avec les différences d'interprétation de la grille AGGIR sur le territoire. (en fonction notamment de la qualification des équipes, médico-sociale ou médicales chargées de son appréciation.
 - Les modalités de contribution des obligés alimentaires, aux frais d'hébergement en établissement, sont variables selon les départements. En effet, les départements doivent procéder à l'évaluation de leurs capacités contributives afin de déterminer le montant de l'aide sociale. Or tous ne le font pas, certains excluent les petits enfants¹⁸.

LES ENJEUX DU LIBRE CHOIX

Une offre qui s'adapte encore insuffisamment à la demande

Le maintien à domicile : un édifice fragile

Le maintien à domicile des personnes âgées appelle une réponse globale et interroge les formes même d'organisation sociale. En effet, vivre chez soi suppose un logement adapté, une offre de services de proximité, voire un « tissu de solidarité » (associations, familles, voisins...). Le domicile ne peut, et ne doit, pas être un lieu d'isolement social.

Il convient de souligner la spécificité des personnes handicapées en foyer qu'elles doivent quitter après 60 ans pour intégrer une maison de retraite où elles côtoient des personnes très âgées. Dans cette perspective, l'accessibilité, du logement, des services publics, etc., est un véritable enjeu au regard du « *Vivre ensemble* » dans un territoire. La structuration de l'aide pour le maintien à domicile est également essentielle (en 2009,

16 Direction générale du Trésor et de la Politique économique (rapport Gisserot).

17 Enquêtes de la DREES.

18 Avis du CES *L'obligation alimentaire* - Mme Christiane Basset - n° 15 - mai 2008.

750 875 personnes ont bénéficié d'une aide du département à cet effet). Or, les dispositifs mis en place souffrent de plusieurs faiblesses :

- le maintien à domicile suppose la mise en place et l'animation d'un maillage complexe d'intervenants, à la fois en termes d'assistance à la vie quotidienne mais également de soins ; or la qualité de cette coordination dépend des contextes locaux¹⁹ (prise en charge de la coordination par des structures associatives, départementales...);
- les plans d'aide financent essentiellement des heures de travail, faute d'une réévaluation financière suffisante, le maintien du volume d'heures, voire son augmentation si nécessaire, n'est pas garanti ;
- le tarif consenti, de 18 à 25 euros de l'heure selon le type de structure semble insuffisant pour garantir la pérennité du secteur²⁰.

Une évolution encore insuffisante de l'accueil en établissement

Transformation des structures afin d'augmenter l'offre de places médicalisées

Depuis 2002, certains établissements pour personnes âgées ont signé des conventions tripartites avec le conseil général et l'assurance maladie pour devenir des EHPAD. Ce conventionnement et la réforme de la tarification en 2002 ont favorisé la médicalisation des structures et l'amélioration de la qualité grâce à un taux d'encadrement et à la professionnalisation des personnels. En 2010, 54 % de la capacité d'accueil est publique, 28 %, est privée à but non lucratif (associations) et 18 % est privée à but lucratif.

Une augmentation de l'offre moins rapide que celle de la population de plus de 75 ans

Des places en EPHAD ont certes été créées, dans le cadre du Plan solidarité grand âge (2008-2012), mais l'augmentation de la population âgée de 75 ans (+ 14 % de 2004 à 2008) s'est traduite par une dégradation continue du taux d'équipement global pour cette population. Il est ainsi passé, pour 1 000 personnes, de 166 places en 1996, à 140 en 2003 et enfin 122 en 2010. Ces évolutions sont à mettre en regard du recul de l'âge à l'entrée en dépendance, et du développement de l'accompagnement à domicile²¹.

Une offre mal connue et mal répartie sur le territoire

Disposer d'une vision, à jour, des places réellement installées est malaisée. En effet, si le fichier national des établissements sanitaires et sociaux géré par le ministère de la Santé (FINESS) et alimenté par les ARS comptabilise au fil de l'eau les places existantes, hors USLD ; il faut attendre l'enquête annuelle de la CNSA²², voire quadriennale de la DREES²³ pour disposer d'un suivi fin des places en établissement.

Répondre aux besoins, un gisement en termes d'emplois mais un vrai défi en termes d'attractivité du secteur

Les personnels des établissements médico-sociaux : un effort réel a été consenti en termes de taux d'encadrement des personnes âgées. Il a progressé de 6 points entre 2003

19 En 2010, le rapport de la Cour des Comptes soulignait le besoin de coordination entre la prise en charge des soins médicaux et l'assistance liée à la perte d'autonomie.

20 Le tarif est fixé par le conseil général pour les services bénéficiant d'une autorisation (généralement 18,20 euros soit le tarif CNAV), il est libre pour les services titulaires de l'agrément qualité).

21 Rapports de la Cour des Comptes de 2005 et de 2009.

22 Enquête SELIA de la CNSA produit chaque année un rapport de suivi de la réalisation des places nouvelles en EHPAD, en accueil de jour, hébergement temporaire et en SSIAD.

23 Enquête quadriennale « EPHA » de la DREES (la dernière date de 2007 et la prochaine « EPHAD 2011 » est en

(43,7 %) et 2007 (49,7 %), grâce à l'embauche d'infirmiers et d'aides-soignants. Durant cette période, le nombre d'équivalents temps plein (ETP) a ainsi progressé de 45 000 dont environ 30 000 ETP en personnel médical. Les aides soignants forment la majorité du personnel soignant et, toutes professions confondues, les femmes représentent 88 % du personnel des établissements²⁴.

Les personnes employées à domicile²⁵ auprès des personnes fragilisées : en 2008, ce secteur employait 515 000 personnes, soit 84 % des emplois à domicile, intervenant selon différentes modalités : salariat d'organismes prestataires, mode mandataire, emploi direct ou sous plusieurs de ces modes à la fois. L'augmentation de la demande corrélée à une moyenne d'âge relativement élevée des salariés (elle est de 45 ans voire 47 ans pour les emplois directs, dont 50 % entre 41 et 55 ans) en font un secteur très porteur en termes d'emploi. Cependant ce secteur demeure très peu attractif en raison de la précarité des conditions de travail : temps partiel avec de multiples employeurs, faibles salaires... Pour répondre aux besoins d'une population âgée estimée²⁶ à 1,06 million à l'horizon 2025, ce sont 342 000 à 360 000 postes qui devront d'ores et déjà être pourvus entre 2005 et 2015. La croissance des besoins en personnel est, à terme, beaucoup plus forte à domicile qu'en établissement. Selon une étude de la Drees, le salaire moyen mensuel d'une aide à domicile est de 832 € ; 1 190 € pour un temps plein et 717 € pour un temps partiel. Le salaire médian à temps plein varie selon le mode d'exercice : 1 197 € pour les salariées d'organismes prestataires, 1 167 € pour les salariées en emploi direct, 1 200 € pour les salariées en mode mandataire ou mixte (ie relevant au moins de l'emploi prestataire, de l'emploi mandataire ou de l'emploi direct).

Les aidants familiaux : des acteurs incontournables

La solidarité familiale joue un rôle important dans le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes. Cette prise en charge est le plus souvent assumée par le conjoint et dans une moindre mesure par les enfants²⁷. La France comptait, en 2009, environ 8 millions d'aidants familiaux²⁸ ou plutôt d'aidantes car les trois quarts sont des femmes. L'âge moyen des aidants est de 52 ans, mais le groupe d'âge « pivot », celui des 45-64 ans est le plus sollicité (ils assurent le soutien aux parents et aux enfants)²⁹. Près de la moitié des aidants occupent un emploi, 7 % sont au chômage et 33 % sont retraités. 8 % des aidants déclarent ne pas occuper d'emploi en raison de leur présence auprès d'un aîné mais 15 % d'entre eux ont réorganisé leur vie professionnelle (changement ou réduction des heures de travail, changement de nature de travail...). Différents congés existent (congé de soutien familial, congé de solidarité familiale, congé de présence parentale) mais seuls 20 % des aidants connaissent au moins l'un de ces dispositifs.

Afin de rompre leur isolement et de les soulager dans leurs tâches, il convient de développer des structures de répit.

cours de préparation).

24 Dernière enquête EPHAD 2007.

25 DREES n° 741 octobre 2010, n° 728 juin 2010 et CAS juillet 2006 ; Avis sur *Les services à la personne* présenté au nom de la section des affaires sociales du CES en 2007 et 2008.

26 En 2025, la population serait inscrite dans une fourchette de 1 055 000 personnes à 1 072 500 (contre 610 000 personnes, estimation 2005).

27 Michel Duée et Cyril Rebillard (2006).

28 Enquête handicap santé auprès des aidants informels.

29 Selon le centre d'analyse stratégique (juillet 2010).

Des facteurs comme, l'éloignement géographique des enfants dû à une plus grande mobilité, la séparation des couples, l'emploi des femmes... influent sur la baisse du nombre d'aidants familiaux potentiels d'ici 2040³⁰.

La question de la maltraitance

La maltraitance envers les personnes âgées est difficile à appréhender. Dans sa nature tout d'abord, les violences sont d'ordre physique, psychologique ou financière mais résulte également de la simple omission. La victime hésite souvent à dénoncer les faits lorsque l'auteur est un proche ou une personne dont elle estime dépendre. Les personnes âgées sont en outre plus exposées à la maltraitance financière (vols, escroqueries, abus de faiblesse, pratiques abusives de l'entourage - abus de procuration, détournement des aides sociales, de la pension...).

La faiblesse des plans d'aide et le manque de personnel contribuent à expliquer cette situation.

L'ORGANISATION DU PARCOURS DE LA PERSONNE ÂGÉE DÉPENDANTE : UNE COORDINATION DIFFICILE DES ACTEURS

La timidité des réponses apportées en termes de prévention, l'absence de transversalité, sont des points de fragilité fondamentaux de notre approche de la prise en charge des personnes âgées.

- **La prévention, une dimension à développer**

La prévention de la perte d'autonomie demeure insuffisante. Si l'objectif principal d'une politique dans ce domaine est la qualité de vie de la population, des travaux récents de l'OCDE sur le vieillissement en bonne santé évaluent ainsi que la progression des dépenses publiques serait inférieure d'un demi-point de PIB si la moitié des gains d'espérance de vie prenait la forme de gains d'espérance de vie en bonne santé. Il apparaît très important de mobiliser les personnes à travers des activités sociales et citoyennes. Rompre l'isolement social de la personne âgée et développer la mobilité par le bénévolat et le service civique notamment, sont des enjeux dans la prévention de la perte d'autonomie.

- **Une articulation exigeante**

Les besoins d'une personne âgée sont évolutifs. Bien gérer, souvent dans l'urgence, une brusque dégradation, afin de préserver toutes les chances de récupération, est un enjeu majeur. Ainsi, pour 40 % des personnes âgées, la sortie de l'hospitalisation se traduit par une entrée dans la dépendance. La fréquence d'un recours inadapté aux urgences est emblématique du coût humain et financier. Or, organiser une « chaîne fluide » des parcours de prise en charge des personnes âgées est un défi pour une organisation « en tuyau d'orgue » où chaque acteur a sa propre logique d'intervention. Ainsi, une prise en charge à domicile mobilise souvent des interventions combinées : aide pour les actes de la vie quotidienne, soins d'hygiène et soins médicaux. La sortie de l'hôpital est encore mal préparée. Les intervenants se croisent sans toujours coordonner leurs actions.

- **Une articulation en construction ?**

Offrir, dans un lieu unique, une orientation et un suivi aux personnes âgées et à leur famille, cette idée de dispositif « intégratif », même si c'est encore insuffisant se développe

³⁰ Ce nombre devrait passer, pour les hommes de 2,8 en 2000 à 2,3 en 2040 et pour les femmes de 2,2 en 2000 à 2 en 2040.

en France avec les Centres locaux d'information et de coordination (CLIC), structures départementales d'orientation et de suivi ou plus récemment les Maisons pour l'Intégration et l'autonomie des malades d'Alzheimer (Maia), mis en place pour les malades d'Alzheimer. La mise en place d'un coordonnateur constitue une avancée. Cependant, les CLIC sont développés de façon inégale sur le territoire et n'ont d'intérêt que lorsqu'ils proposent les trois niveaux d'intervention (prévention, coordination, évaluation et établissement des plans d'aide).

En termes de structuration de l'offre et de programmation des crédits les Agences régionales de santé (ARS) devraient contribuer à une meilleure coordination entre la partie sanitaire (établissement de soins, hospitalisations à domicile...) et la partie sociale (établissements médico-sociaux). Il est encore trop tôt pour dresser un bilan mais nul doute que la construction de relations étroites avec les conseils généraux est certainement l'une des clefs du succès.

D'une façon générale, l'action de l'ensemble des acteurs intervenant dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes nécessite d'être mieux coordonnée dans les territoires, avec le double souci de simplifier et d'optimiser l'orientation et le suivi de la personne qui doit être placée au centre d'un véritable parcours coordonné. Cela suppose également un mode de gouvernance clair de la gestion de la dépendance des personnes âgées.

Annexe 2 : contribution présentée au nom de la délégation aux droits des Femmes et à l'égalité par Mme Geneviève Bel, présidente

Pour son information, la délégation a entendu :

- Mesdames Anne-Sophie Bouttier-Ory, directrice des relations institutionnelles et mutualistes, Catherine Touvre, directrice générale, et M. Alain Petitjean, vice-président, de Macif Mutualité ;
- le professeur Alain Franco, président du Centre national de référence « *Santé à domicile et autonomie* ».

La présidente et l'ensemble des membres de la délégation remercient vivement toutes ces personnes pour leur précieux concours³¹.

*
* *

PROPOS LIMINAIRES

Qu'elles soient confrontées à la dépendance des autres en qualité de personnes aidantes, tant salariées que dans l'environnement familial, ou à leur propre dépendance, contrepartie de leur plus grande longévité, les femmes sont tout particulièrement concernées sous de multiples aspects par la problématique de « *la dépendance des personnes âgées* ».

Cette question s'inscrit également dans une approche systémique de l'égalité entre femmes et hommes.

Retards ou interruptions dans les parcours professionnels de celles-ci (liés le plus souvent à la maternité et à l'éducation des enfants) et/ou précarité des emplois se répercutent sur le niveau de leurs retraites que beaucoup seront désormais contraintes de liquider encore plus tard (67 ans) pour bénéficier d'un taux plein. De plus, c'est avec un montant moyen de retraite égal à 62 % de celui des hommes, cet écart restant désespérément stable dans toutes les projections statistiques sur vingt ans, que les femmes devront affronter, seules pour la majorité d'entre elles, leur propre dépendance.

Par ailleurs, **savoir à qui incombe la charge des parents vieillissants illustre aussi les représentations des rôles des femmes et des hommes dans la société.**

Conjointes, filles, belles-filles ou parentes proches constituent aujourd'hui plus de 75 % des aidants familiaux, mais les mentalités pourraient évoluer puisqu'une récente étude de l'INSEE³² révèle que huit personnes sur dix pensent que ce n'est pas plus à la fille qu'au fils de s'occuper des parents âgés.

Parallèlement, la surreprésentation des femmes dans le secteur des services à la personne (98 % de femmes dans les métiers d'aide à domicile et d'aides ménagères, 91 % dans ceux d'aides soignants) s'accompagne d'une dévalorisation de ces emplois, par ailleurs

31 Cette contribution a été adoptée le 13 avril 2011 à l'unanimité par 16 voix représentant 11 groupes (voir le résultat des votes ci-après).

32 *Couple, famille, parentalité : travail des femmes – les modèles évoluent avec les générations*. INSEE Première n° 1339, mars 2011.

porteurs de précarité. Les deux tiers des aidants professionnels sont en effet employés à temps partiel, avec un salaire médian de 840 euros par mois.

Ainsi, économiquement et socialement, la structure par sexe des emplois, l'augmentation du travail à temps partiel féminin et l'évolution plus discontinue des carrières professionnelles des femmes ont un impact important sur les inégalités persistantes de salaire et de retraite, avec un risque fort de basculement dans la pauvreté d'une partie de la population féminine au grand âge.

La délégation aux droits des Femmes et à l'égalité se félicite à cet égard de l'engagement pris par la ministre des Solidarités et de la cohésion sociale, lors du 15^e anniversaire de l'Observatoire de la Parité le 13 décembre 2010, d'organiser en 2011 une table ronde tripartite sur le temps partiel et d'aborder plus largement la question du partage des responsabilités familiales entre les femmes et les hommes dans le cadre du grand débat national sur la dépendance.

En tout état de cause, pour la délégation aux droits des Femmes et à l'égalité, rendre enfin effectives les dispositions relatives à l'égalité professionnelle et salariale s'inscrit pleinement dans ce débat et le bilan de l'application des dispositifs en la matière constitue d'ailleurs son prochain thème d'étude.

Dans l'immédiat, sur le fondement de l'étude rapportée en septembre 2010 par Mme Dominique Hénon sur La santé des femmes en France, la délégation aux droits des Femmes et à l'égalité souhaite mettre en exergue plusieurs conditions et recommandations pour favoriser un vieillissement en bonne santé et répondre aux besoins du grand âge des femmes, plus spécifiquement concernées par certaines d'entre elles, mais aussi des hommes.

UNE PRÉVENTION ORGANISÉE ET CIBLÉE EST INDISPENSABLE POUR RÉDUIRE LES RISQUES DE DÉPENDANCE

Il convient tout d'abord de dédramatiser la question. Ainsi que le souligne la professeure de gériatrie Françoise Forette, **le taux global de dépendance demeure peu élevé** : 7 % de la population totale de plus de 60 ans est dépendante donc, *a contrario*, 93 % est autonome.

En revanche, plusieurs pathologies bien identifiées auxquelles les femmes sont particulièrement exposées induisent des risques de dépendance : maladies cardiovasculaires, augmentant notamment l'incidence des accidents vasculaires cérébraux, ostéoporose, maladie d'Alzheimer et formes apparentées. La prévalence de la maladie d'Alzheimer, cause la plus fréquente de dépendance, augmente nettement après 85 ans et touche davantage les femmes que les hommes. 30 % de la population masculine de plus de 90 ans est dépendante pour à peu près 50 % des femmes de cette tranche d'âge.

Mieux prévenir la perte d'autonomie

Concernant les maladies de l'appareil circulatoire, le dépistage et le traitement de l'hypertension devraient encore être améliorés pour les deux sexes. Quant à l'insuffisance cardiaque, plus fréquente chez la femme après 75 ans, elle est moins diagnostiquée dans la population féminine du fait d'une symptomatologie différente. Il importe donc de :

- **Mettre en œuvre une surveillance et des traitements plus spécifiques des pathologies cardiovasculaires chez les femmes en sensibilisant les médecins à affiner leur diagnostic et la prise en charge correspondante.**

Autre prévention largement perfectible, celle de l'ostéoporose dont le diagnostic est souvent fait lors de la survenue de fractures, en particulier du col du fémur, conséquence la plus grave et source majeure de handicap et d'incapacités. Outre une prévention très en amont grâce à des comportements hygiéno-diététiques (voir ci-dessous), **la délégation aux droits des Femmes et à l'égalité recommande de :**

- **Mettre en œuvre une politique systématique de dépistage de l'ostéoporose au moment de la ménopause.**

Il est en particulier indispensable de **réévaluer les conditions de prise en charge de l'ostéodensitométrie et de rembourser les médicaments reconnus efficaces dans la prévention, avant toute fracture.**

Il convient également de **mieux déceler les états de fragilité qui affecteraient au moins 25 % des personnes âgées de plus de 85 ans.** Les médecins traitants et les auxiliaires médicaux doivent être sensibilisés au repérage des signes évocateurs : anorexie, perte musculaire, peur de tomber, fatigue chronique, qui sont réversibles grâce à une prise en charge appropriée. À cet égard, il conviendrait de :

- **Développer la recherche en physiothérapie en y associant les professionnels concernés.**

Enfin, facteur majeur de dépendance, la maladie d'Alzheimer et formes apparentées sont trop tardivement prises en charge. D'après la Professeure Françoise Forette, 850 000 personnes, majoritairement des femmes, sont aujourd'hui atteintes, dont une moitié des cas n'est pas diagnostiquée et seulement 17 % sont traités. Or, si l'efficacité des traitements proposés est modérée, elle est néanmoins significative sur les fonctions cognitives et les activités de la vie quotidienne.

La délégation aux droits des Femmes et à l'égalité recommande de :

- **Former les médecins généralistes et les auxiliaires médicaux (formation initiale et continue) à la détection des premiers symptômes des maladies neurodégénératives.**
- **Développer et encourager le recours aux « consultations mémoire » prévues dans le Plan Alzheimer 2008-2012 afin de prendre en charge précocement les déficits décelés.**

Il est également indispensable d'amplifier la recherche fondamentale et clinique sur la maladie d'Alzheimer, ainsi que de recenser et évaluer les thérapies proposées y compris non médicamenteuses.

Lutter contre les inégalités et promouvoir les conditions d'un vieillissement en bonne santé

Le niveau d'éducation est le premier facteur de protection contre le vieillissement cognitif, en lien direct avec le maintien prolongé d'une activité intellectuelle. L'accès à la culture pour tous doit donc être encouragé, de même que toutes les initiatives confortant le lien social, telles les universités du 3e âge.

La délégation aux droits des Femmes et à l'égalité souligne également l'impact des atteintes à la santé au travail sur le déclin des capacités physiques et cognitives. L'étude rapportée par Dominique Hénon en septembre 2010 sur *La santé des femmes en France* souligne que près d'une femme sur trois est exposée à des tensions au travail (à peine un homme sur cinq), qu'elles soient psychiques ou physiques. Les femmes sont davantage

concernées par les **troubles musculosquelettiques**, en particulier dans l'industrie agroalimentaire, le commerce et les services aux personnes. Elles sont aussi plus exposées à des **contraintes fortes dans l'organisation du travail** : emplois précaires, temps partiel subi, horaires éclatés...

Pour la délégation aux droits des Femmes et à l'égalité, **une prévention plus ciblée implique de :**

- **Prendre en compte le genre dans la définition des normes ergonomiques.**
- **Développer les outils encore expérimentaux impliquant les intéressées dans le recensement des situations à risques pour la santé tout au long de leur parcours professionnel.**

Enfin, la **promotion inlassable d'une bonne hygiène de vie** constitue un élément essentiel permettant d'associer longévité et autonomie. La délégation aux droits des Femmes et à l'égalité recommande à cet égard que des campagnes d'information relayées par les professionnels de la santé mettent régulièrement l'accent sur la contribution d'une alimentation équilibrée et stimulante physiquement et psychiquement au bien-être et à l'entretien des capacités cognitives au grand âge.

L'amélioration des stratégies préventives passe aussi par le maintien d'une activité physique quotidienne. Il convient en outre de :

- **Délivrer des conseils nutritionnels scientifiquement avérés pour prévenir l'ostéoporose.**

Il importe aussi, au fur et à mesure du vieillissement, de lutter activement contre la déshydratation, source d'inflammations multiples mais aussi de perte de mémoire.

Sur tous ces aspects, **la délégation aux droits des Femmes et à l'égalité réitère sa recommandation de :**

- **Mettre en place une « consultation médicale de longévité » proposée dès 55 ans et organisée soit dans le cadre de la médecine du travail soit, pour les personnes qui n'en relèvent pas, assurée par le médecin traitant et prise en charge par l'assurance maladie.**

LA QUALITÉ DE L'ENVIRONNEMENT MATÉRIEL ET HUMAIN EST UNE CONDITION IMPÉRATIVE DE LA PRISE EN CHARGE À DOMICILE DES PERSONNES ÂGÉES EN PERTE D'AUTONOMIE

Le maintien le plus longtemps possible dans leur cadre de vie habituel répond aux souhaits des intéressé(e)s. De fait, près de 95 % des 80-85 ans et plus de 70 % des plus de 90 ans vivent à leur domicile. Toutefois, vieillir chez soi en étant très âgé nécessite un environnement approprié en termes d'habitat et de logement, d'accès à des services d'aide et de soins à domicile et de professionnalisation des personnels d'intervention, mais aussi de soutien des aidants familiaux, rouage essentiel de la prise en charge à domicile des personnes âgées dépendantes.

Promouvoir un habitat adapté favorisant la solidarité intergénérationnelle

Anticiper la restriction de mobilité devrait en amont être pris en compte dans le cadre du logement et de la conception des bâtiments dans une politique d'accessibilité et de conception universelle (loi du 11 février 2005). Certaines municipalités proposent à leurs

résidents âgés des expertises à domicile débouchant sur un meilleur aménagement du logement, afin de réduire en particulier les risques de chutes. Trois rapports récents³³ ont mis en relief des propositions pragmatiques sur le thème autonomie et habitat. Parmi celles-ci, la délégation aux droits des Femmes et à l'égalité recommande en particulier de :

- **Mettre en œuvre un diagnostic** « *Vivre chez soi* » en utilisant un outil commun construit à partir de dispositifs existants (évaluateur conseil de la CNAV, grille de repérage des risques d'accidents domestiques de l'Agence nationale des services à la personne, interventions des associations PACT de lutte contre le mal-logement, etc.).
- **Encourager le déploiement d'une offre de travaux labellisés** permettant aux personnes âgées d'identifier des professionnels du bâtiment disposant de compétences techniques et offrant des conseils sur mesure en matière d'adaptabilité et d'accessibilité du logement. À ce titre, les démarches initiées d'une part, par la CAPEB (Confédération de l'artisanat et des petites entreprises du bâtiment), conjointement avec des acteurs partenaires représentant notamment les personnes âgées retraitées ou dépendantes à travers la marque « *Handibat* », et d'autre part, par la FFB (Fédération française du bâtiment) sous la dénomination « *Les pros de l'accessibilité* », méritent d'être soulignées. Ces références correspondent à un label accordé à des artisans du bâtiment volontaires ayant suivi une formation spécifique et s'étant engagés à proposer une offre technique adaptée aux besoins de chaque personne âgée, assortie de garanties en termes de qualité et de respect des délais et des coûts. Cette démarche est en cours de déploiement sur tout le territoire. Selon l'Agence nationale pour l'habitat, reporter d'une année l'entrée en institution permet de réaliser une économie de plus de 22 000 euros, alors que le coût moyen de la rénovation des logements s'élève à 5 000 euros.
- **Soutenir la recherche et le développement des gérontechnologies**

Diverses technologies déjà existantes sont d'un apport considérable pour apporter une aide à l'autonomie et prévenir la dépendance : visiophonie pour maintenir le contact avec les proches ou l'équipe médicale, détecteurs de chute, dispositifs de télésurveillance, déambulateurs munis de capteurs pour éviter les obstacles... Certains de ces équipements font l'objet d'une prise en charge par quelques municipalités ou mutuelles. La délégation aux droits des Femmes et à l'égalité recommande de soutenir les entreprises innovantes dans ce secteur, de recenser les outils technologiques, de diffuser leurs apports et d'encourager leurs prises en charge afin de les rendre accessibles au plus grand nombre.

- **Favoriser la mixité intergénérationnelle dans les quartiers**

Lutte contre la solitude et l'isolement, maintien d'un lien social contribuent de manière essentielle à la prévention de la dépendance. La délégation aux droits des Femmes et à l'égalité souligne tout particulièrement l'intérêt des quartiers intergénérationnels qui intègrent des logements sociaux au bénéfice de familles avec de jeunes enfants, des logements pour retraités autonomes, des structures d'hébergement et de soins pour les personnes dépendantes et des espaces communs de convivialité, tous les résidents s'engageant à respecter une charte d'entraide.

33 *L'adaptation de l'habitat au défi de l'évolution démographique : un chantier d'avenir* (7 octobre 2009) et *Bien vieillir à domicile* (2 juin 2010). Rapports et propositions remis au Secrétaire d'État au logement et à l'urbanisme par Muriel Boulmier.

Vivre chez soi (juin 2010). Rapport de la mission maintien à domicile coordonnée par le Professeur Alain Franco remis à la Secrétaire d'État en charge des Aînés.

À l'instar de la municipalité d'Alicante en Espagne qui a réalisé plus de 500 logements répondant à cet objectif où des jeunes (célibataires ou en couple) s'engagent par contrat à rendre des services à leurs voisins âgés en échange d'un loyer minoré, la loi du 25 mars 2009 a ouvert cette possibilité d'habitat intergénérationnel aménagé aux bailleurs sociaux. Les premières expériences : Chambéry, Longwy, Saint Apollinaire près de Dijon, sont très concluantes. Elles méritent d'être encouragées et soutenues.

Professionaliser et rendre attractifs les métiers d'aide et de soins à domicile

À une écrasante majorité (98 %) composée de femmes, la population des intervenants à domicile³⁴ est également constituée pour près des deux tiers par des personnes sans qualification. Ce secteur est en pleine expansion (selon une étude du Centre d'analyse stratégique : « Les métiers en 2015 », publiée en 2007, il représenterait un quart des créations d'emplois d'ici 2015), mais la qualité et la continuité des services à domicile ne sont pas toujours garanties. Ces métiers où les conditions de travail et de rémunération sont peu attractives, souffrent en effet d'un déficit de structuration, de reconnaissance et d'un manque de professionnalisation.

Élaborer des référentiels métiers, compétences, formations, favoriser le travail en commun des différents intervenants dès le début de la perte d'autonomie et coordonner les aides apportées permettraient de valoriser le secteur des services à la personne pour le plus grand bénéfice des personnes aidées.

La délégation aux droits des Femmes et à l'égalité recommande de :

- **Mettre au regard de la polyvalence des besoins des certifications suffisamment ouvertes et reliées entre elles**, permettant de construire des parcours professionnels diversifiés et évolutifs.
- **Renforcer l'encadrement intermédiaire** : mise en cohérence et suivi des interventions, accompagnement et soutien des intervenants, fonctions nécessaires qui contribueront à la valorisation de la filière des métiers de l'aide.
- **Assurer la coordination des intervenants** en développant les expériences en cours dans le cadre du projet Prisma (programme de recherche sur l'intégration des services de maintien de l'autonomie). Il s'agit d'une réponse individualisée et multidimensionnelle aux besoins de la personne organisée par un « *coordinateur de projet de vie* ». Celui-ci est un professionnel issu des différentes structures sanitaires et sociales impliquées dans la prise en charge, qui assure le rôle de personne ressource coordinatrice pour la personne en perte d'autonomie et son entourage familial.

Une meilleure structuration de l'aide professionnelle à domicile apparaît aussi comme un élément essentiel du nécessaire soutien aux aidants familiaux.

Répondre aux besoins des aidants familiaux

Selon l'enquête nationale Macif/LH2 réalisée en juin 2009, la population des aidants familiaux avoisine les 3 millions et est constituée à plus de 70 % de femmes ayant une moyenne d'âge de 57 ans (contre 62 ans pour les hommes), ce qui signifie que beaucoup d'entre elles cumulent aide au parent âgé et fin de vie professionnelle. L'enquête a révélé par

34 L'offre de services est essentiellement associative : les associations représentent 75 % des structures intervenant au domicile des personnes âgées, les entreprises à but lucratif en constituent 5 %, les 20 % restants sont des établissements publics essentiellement des CCAS.

ailleurs que dans 47 % des cas, le revenu déclaré par les aidants est inférieur à 2 000 euros par mois et par foyer, moindre donc que le revenu médian des Français (2 260 euros).

Ainsi, la prise en charge de la dépendance par les proches révèle et renforce les inégalités entre femmes et hommes avec, à la clé pour celles-ci, une fragilisation économique et des droits sociaux.

La charge est ressentie comme lourde, voire excessive, par 75 % des aidants et a des retentissements importants sur leur santé physique ou psychique (dépression, épuisement, risque cardiovasculaire et retard au dépistage, notamment de cancers...).

Deux besoins fondamentaux ressortent : le besoin de répit et d'évasion d'un huis clos étouffant dont pâtit aussi la personne aidée, exprimé par 65 % des aidants, ainsi que le besoin de repères, d'information et de soutien.

Dans le double souci de préserver la dignité de la relation aidant/aidé et de prévenir la marginalisation des aidant(e)s, la délégation aux droits des Femmes et à l'égalité préconise de :

- **Développer une palette diversifiée de structures de répit** (gardes itinérantes de jour ou de nuit, hébergement temporaire, etc.) et en faciliter l'accès en créant une plate-forme d'information unique.
- **Faciliter le maintien de l'activité professionnelle des aidants** grâce à des solutions d'aménagement du temps de travail, dans la mesure du possible.
- **Prévenir l'épuisement physique et psychique des aidants familiaux** en développant des groupes de soutien leur permettant de se ressourcer hors du domicile et en leur assurant un suivi personnalisé sous forme d'une consultation annuelle avec leur médecin traitant.
- Mettre en place, **en cas d'interruption partielle ou totale d'activité professionnelle**, une compensation financière couvrant le maintien à taux plein des droits à protection sociale (**assurance maladie et retraite**).

*
* *

En agissant simultanément sur la prévention et la qualité de l'environnement matériel et humain, il apparaît possible de réduire les risques et d'humaniser l'accompagnement de la perte d'autonomie, mais aussi d'optimiser les moyens qui y sont consacrés afin que la longévité soit davantage perçue comme une chance plutôt qu'une charge.

Résultat des votes par groupe en réunion de délégation
le mercredi 13 avril 2011

Groupes	Noms	Pour
<i>Agriculture</i>	Mme Karen Serres	X
	M. Philippe Pinta	
<i>Artisanat</i>	Mme Catherine Foucher	X
	Mme Monique Amoros-Schwartz	X
<i>Associations</i>	Mme Christel Prado	
	M. André Leclercq	
<i>CFDT</i>	Mme Dominique Hénon	
	Mme Adria Houbairi	X
<i>CFE-CGC</i>	Mme Isabelle Couturier	X
<i>CFTC</i>	Mme Gabrielle Simon	
	Mme Marie-Josèphe Parle	
<i>CGT</i>	Mme Maryse Dumas	X
	M. Alain Delmas	
<i>CGT-FO</i>	Mme Françoise Nicoletta	X
	Mme Brigitte Perrot	
<i>Coopération</i>	Mme Amélie Rafael	
<i>Entreprises</i>	Mme Geneviève Bel	X
	Mme Dominique Castera	X
	Mme Eveline Duhamel	X
<i>Environnement et nature</i>	Mme Anne-Marie Ducroux	
	M. Sébastien Genest	
<i>Mutualité</i>	Mme Pascale Vion	
<i>Organisations étudiantes</i>	Melle Claire Guichet	X
<i>Outre-Mer</i>	Mme Daourina Romouli	X
<i>Personnalités qualifiées</i>	Mme Sylvie Brunet	X
	Mme Sylvia Graz	X
	Mme Marie-Claude Tjibaou	
<i>Professions libérales</i>	Mme Dominique Riquier-Sauvage	
<i>UNAF</i>	Mme Francine L'Hour	X
	M. Henri Joyeux	X

**La contribution a été adoptée à l'unanimité par 16 voix,
représentant 11 groupes**

Annexe 3 : contribution présentée au nom de la délégation à l’Outre-mer par M Gérard Grignon, rapporteur

Par lettre du 17 mars 2011, M. David Gordon-Krief, président de la commission temporaire chargée d’élaborer, à la demande du gouvernement, un avis sur *La dépendance des personnes âgées*, a sollicité de la délégation à l’Outre-mer une contribution intitulée *La dépendance des personnes âgées de 60 ans et plus dans les départements et collectivités d’Outre-mer : un défi majeur*.

La délégation à l’Outre-mer a désigné M. Gérard Grignon pour en être le rapporteur.

Afin de parfaire leur information, les membres de la délégation ont entendu :

- M. Claude-Valentin Marie, chercheur à l’Institut national des études démographiques (INED) ;
- M. Didier Breton, maître de conférences à l’université de Strasbourg ;
- M. Vincent Bouvier, délégué général à l’Outre-mer ;
- M. Marc Del Grande, directeur du service des politiques publiques à la Délégation générale à l’Outre-mer (DéGéOM) ;
- Mme Véronique Deffrasnes, chef du département de la cohésion sociale, de la santé, de l’enseignement et de la culture à la DéGéOM.

La délégation a également reçu en audition M. Yves Vérollet, corapporteur avec Mme Monique Weber, du projet d’avis sur *La dépendance des personnes âgées*, au nom de la commission temporaire.

Le président et l’ensemble des conseillers de la délégation à l’Outre-mer remercient vivement toutes ces personnes pour leur précieux concours³⁵.

*
* *

PROPOS LIMINAIRES

L’image collective que nous avons des territoires ultramarins était celle de sociétés très jeunes caractérisées par une démographie dynamique. De fait, la question des jeunes en Outre-mer continue d’être aujourd’hui un sujet majeur de préoccupation pour l’avenir et le développement économique, social et environnemental de l’ensemble des départements et des collectivités d’Outremer.

Mais cette préoccupation légitime et fondamentale ne doit pas masquer les enjeux posés par la réflexion nationale conduite par les pouvoirs publics sur la question de la dépendance des personnes âgées. La problématique des jeunes en Outre-mer est liée à celle du vieillissement rapide de la population dans les territoires d’Outre-mer. Certes le vieillissement est une chance pour une société notamment lorsqu’il se traduit par une longévité accrue en bonne santé au bénéfice du plus grand nombre de personnes. Mais la violence de la transition démographique dans certains territoires d’Outre-mer, l’allongement

³⁵ Cette contribution a été adoptée le 26 avril 2011 par 12 voix, représentant 9 groupes (voir le résultat des votes ci-après).

de la durée de vie notamment font que le défi majeur du vieillissement accéléré de la population ultramarine se profile et risque de surprendre l'ensemble des décideurs locaux et nationaux.

Les départements et collectivités d'Outre-mer présentent de nombreuses spécificités par rapport à la métropole : éloignement géographique, insularité, conditions climatiques, etc. Mais ces territoires présentent aussi entre eux d'importantes différences sur les plans culturel, démographique, institutionnel entre autres. Ce double constat doit permettre de mettre en lumière les spécificités de la problématique de la prise en charge des personnes âgées dépendantes dans les territoires ultramarins, à ce jour non abordées par les pouvoirs publics.

L'objectif de cette contribution de la délégation à l'Outre-mer à l'avis rendu par la commission temporaire du Conseil économique, social et environnemental (CESE) sur la dépendance des personnes âgées n'est pas de faire une synthèse exhaustive de la situation des personnes âgées dans les territoires ultramarins ni de produire une série de propositions ou préconisations formelles et définitives car chaque territoire mériterait une étude particulière. De plus, le format de cette contribution ne permet pas la réalisation d'un tel travail. Il faut surtout souligner la carence de véritables évaluations de politiques publiques en Outre-mer.

Dans ce contexte, l'enjeu pour la délégation à l'Outre-mer consiste donc plutôt à dresser une première approche de la situation en mettant en exergue les principaux enjeux sur ce sujet majeur et d'esquisser des pistes de réflexion pour l'avenir. Il s'agit *in fine* d'alerter les pouvoirs publics sur l'urgence d'engager un véritable travail en profondeur autour de cette problématique essentielle pour le développement économique, social et environnemental de territoires aux nombreux atouts, mais encore très fragiles.

DES ENJEUX PROPRES ET DES CARACTÉRISTIQUES TRÈS FORTES DANS LES TERRITOIRES ULTRAMARINS

Une population encore jeune aujourd'hui mais qui connaît un vieillissement accéléré à l'horizon 2040

2,7 millions d'habitants dans les collectivités d'Outre-mer au 1^{er} janvier 2011

Au 1er janvier 2011, la population française dépasse pour la première fois les 65 millions d'habitants : 63,1 millions de personnes vivent en métropole et 1,9 million dans les départements d'Outre-mer (DOM). Avec les 795 000 habitants des collectivités d'Outre-mer (Polynésie française, Nouvelle-Calédonie, Mayotte, Saint-Pierre et Miquelon, Wallis-et-Futuna, Saint-Martin et Saint-Barthélemy), la population de l'ensemble des territoires français atteint 65,8 millions.

Pour disposer de données détaillées pour l'ensemble des territoires, il faut se reporter à des estimations effectuées avant 2011 ou aux données des derniers recensements pour les collectivités d'Outre-mer. La Réunion est de loin le territoire ultramarin le plus peuplé (près de 833 000 habitants en 2010), viennent ensuite la Guadeloupe et la Martinique (près de 400 000 habitants en 2010). Puis un troisième groupe est constitué de la Polynésie française, de la Nouvelle-Calédonie, de la Guyane et de Mayotte (entre 186 000 et 260 000 habitants). Enfin les autres territoires ont des populations moins nombreuses (Moins de 40 000 habitants).

Cette grande disparité en termes de taille de population rend nécessaire d'adapter à chaque territoire les politiques publiques en faveur des personnes âgées.

Concernant la part des plus de 60 ans dans les populations ultramarines, à l'exception de la Martinique, de la Guadeloupe et de Saint-Pierre et Miquelon, les personnes âgées de 60 ans et plus sont notablement moins nombreuses dans les territoires d'Outre-mer qu'en métropole en 2008. Mayotte, Saint-Martin et la Guyane sont parmi les territoires les plus jeunes. Les autres territoires sont dans une situation intermédiaire.

Ces importantes disparités, en termes de taille de population et de structure de population, montrent d'ores et déjà toute la difficulté et la complexité d'envisager des politiques publiques globales en faveur des personnes âgées, non adaptées aux contextes locaux.

Population de plus de 60 ans dans les territoires d'Outre-mer et en métropole

		Population de plus de 60 ans (estimation 2008)
<i>Départements d'Outre-mer</i>	Guadeloupe	17,8 %
	Guyane	6,0 %
	La Réunion	11,3 %
	Martinique	19,1 %
	Mayotte	3,7 %
<i>Collectivités d'Outre-mer</i>	Nouvelle-Calédonie	9,4 %
	Polynésie française	8,7 %
	Saint-Barthélemy	12,8 %
	Saint-Martin	5,8 %
	Saint-Pierre-et-Miquelon	17,8 %
	Wallis et Futuna	8,9 %
Métropole		21,1 %

Source : Insee – IEOM

À l'horizon 2040, un vieillissement accéléré singulièrement pour la Guadeloupe et la Martinique

Si les tendances démographiques récentes perdurent³⁶, la France sera peuplée de 73 millions d'habitants au 1er janvier 2040, dont près de 71 millions en France métropolitaine. La France comptera alors 15 % d'habitants de plus qu'en 2007. Dans les régions d'outre-mer, la croissance démographique devrait être très forte en Guyane et à La Réunion, plus modérée en Guadeloupe et à la Martinique.

En Guadeloupe et en Martinique, le vieillissement de la population s'annonce rapide et brutal à l'horizon 2040 car en effet, les études démographiques montrent que les quatre grandes séries de cause qui concourent au vieillissement d'une population se vérifient en Guadeloupe et surtout en Martinique. D'une part, ces départements connaissent une diminution des naissances avec un indice de fécondité qui est proche de celui de la métropole et les effets du baby-boom avec l'arrivée aux grands âges des générations les plus nombreuses aujourd'hui. D'autre part, l'amélioration des conditions de vie favorise un

³⁶ Toutes les données des projections démographiques utilisées dans cette contribution reposent sur les hypothèses du scénario central mis au point par l'INSEE, à l'exception de celles utilisées pour la Polynésie française.

vieillessement par « le haut » et le désir de nombreux retraités ou de personnes en fin de vie active de s'installer dans ces îles provoquerait un vieillissement plus rapide de la région. Par ailleurs, le départ des jeunes adultes pour se former ou trouver un emploi continuerait. Ainsi en 2040 près de 4 habitants sur 10 auraient 60 ans ou plus. Ces deux régions seraient alors parmi les trois régions les plus âgées de France derrière la Corse.

La prise en compte de la brutalité de la transition démographique en Guadeloupe et en Martinique et son impact sur les sociétés concernées est essentielle dans la définition des enjeux propres à l'Outre-mer et des politiques publiques qui devront être mise en œuvre dans le cadre de la prise en charge des personnes en perte d'autonomie.

À l'horizon 2040, la structure de la population réunionnaise se modifie, amplifiant le vieillissement de la population. Le nombre de personnes âgées de plus de 60 ans devrait augmenter de 185 000 personnes, et elles seraient trois fois plus nombreuses qu'aujourd'hui. Comme les plus jeunes, elles représenteraient plus d'un quart de la population, contre 11 % aujourd'hui. En 2040, La Réunion, demeurant un des plus jeunes départements de France avec la Guyane et Mayotte, devra relever deux défis : la prise en charge à la fois de ses jeunes et de ses personnes âgées.

En 2040, la Guyane demeurerait la région française la plus jeune avec un âge moyen de 30 ans, 10 ans de moins que la seconde région la plus jeune (La Réunion) et 13 ans de moins qu'au niveau national. Le poids des personnes âgées serait deux fois plus important en 2040 qu'en 2007. Mais à 12 % de la population régionale, il serait près de trois fois moindre que celui de la population de la France.

En 2027, la Polynésie française comptera 320 000 habitants, soit 60 000 personnes de plus qu'en 2007. Elle sera passée rapidement d'une population jeune où la moitié des habitants avait moins de 20 ans en 1988 à une population où les seniors prennent et prendront de plus en plus d'importance : 17 % des habitants auront plus de 60 ans en 2027. Jusqu'à la fin des années 80, la proportion de personnes âgées dans la population a faiblement augmenté, restant en-dessous de 5 %. Au début des années 90, le vieillissement s'amorce et va en s'accéléralant. Au final, entre 1988 et 2027, le nombre de personnes âgées sera multiplié par 5,6 et celui de la population par 1,7.

À l'horizon 2040, la population des personnes âgées de 80 ans et plus, population la plus concernée par la dépendance, sera multipliée par 3,7 en Guadeloupe ; 3,5 en Martinique ; 4,8 à La Réunion et 7,7 en Guyane contre 2,3 pour la métropole. Ces progressions plus fortes qu'en métropole poseront de façon aigüe la question de la prise en charge de ces seniors.

Ces évolutions démographiques brossées de manière succinctes - dont l'étude complète pour l'ensemble des territoires ultramarins reste à réaliser - doivent inciter à l'élaboration d'une politique vigoureuse en faveur des personnes âgées. Il faudrait par ailleurs noter le rôle clé des diverses migrations dans ces évolutions démographiques notamment aux Antilles, à La Réunion, en Guyane et à Mayotte.

Projection de population en 2030 et 2040

	2007		2030		2040		Variation de population entre 2007 et 2040
	Effectif	En % de la population totale	Effectif	En % de la population totale	Effectif	En % de la population totale	
<i>Personnes de 60 ans et plus</i>							
Guadeloupe	68 770	17,2	145 000	35,4	163 000	40,3	2,4
Martinique	74 151	18,6	153 000	36,2	169 000	40,0	2,3
Réunion	89 200	11,2	225 619	22,6	273 724	25,8	3,1
Guyane	12 623	5,9	47 000	10,6	71 000	12,4	5,6
France métropolitaine	13 260 161	21,5	20 177 739	29,4	21 930 724	31,0	1,7
<i>Personnes de 80 ans et plus</i>							
Guadeloupe	13 514	3,4	34 000	8,3	50 000	12,4	3,7
Martinique	14 673	3,7	35 000	8,3	52 000	12,3	3,5
Réunion	13 200	1,7	36 798	3,7	62 824	5,9	4,8
Guyane	1 811	0,9	7 000	1,6	14 000	2,4	7,7
France métropolitaine	3 002 726	4,9	5 161 721	7,5	6 868 935	9,7	2,3
<i>Population totale</i>							
Guadeloupe	400 588		410 000		404 000		1,0
Martinique	397 733		423 000		423 000		1,1
Réunion	794 100		997 059		1 060 835		1,3
Guyane	213 033		442 000		574 000		2,7
France métropolitaine	61 795 238		68 531 811		70 734 048		1,1

Source : Insee, Omphale 2010 (scénario central)

Apparition d'incapacités en Outre-mer plus précoce qu'en métropole

Lors de son audition, M. Didier Breton³⁷, maître de conférences à l'université de Strasbourg, a indiqué que l'enquête « Handicapsincapacitésdépendance » (HID) avait permis de mesurer qu'à La Réunion, dès 50-59 ans, les niveaux de dépendance seraient équivalents à ceux observés à 7079 ans en métropole. Cette apparition d'incapacités à un âge plus précoce qu'en métropole serait également confirmée par une enquête menée par l'Institut national des études démographiques en Guadeloupe, Martinique, Guyane et Réunion et actuellement en cours d'exploitation³⁸. La précarité des conditions de vie et de travail (y compris informel) peut créer une logique de précarisation de la santé de certaines populations des territoires ultramarins. En conséquence, la prise en charge des personnes âgées les plus dépendantes devrait être envisagée dans ces territoires à un âge plus précoce qu'en métropole. Une politique forte de prévention de l'apparition de ces incapacités devrait également être mise en œuvre, ciblée par domaines (alimentation, santé, etc.) et par publics (populations fragiles, vulnérables, etc.).

Une proportion de familles monoparentales plus importante en Outre-mer qu'en métropole

La solidarité intergénérationnelle repose en partie sur les structures familiales. Au 1^{er} janvier 2007, selon le recensement, les ménages³⁹ métropolitains sont constitués de

37 Audition de MM. Claude-Valentin Marie (INED) et Didier Breton (Université de Strasbourg), devant les membres de la délégation à l'Outre-mer, le 8 mars 2011.

38 Enquête « Migration, Famille et Vieillesse », conduite à l'Institut national des études démographiques (INED), sous la responsabilité scientifique de M. Claude-Valentin Marie.

39 De manière générale, un ménage, au sens statistique du terme, désigne l'ensemble des occupants d'un même logement sans que ces personnes soient nécessairement unies par des liens de parenté. Un ménage peut être composé d'une seule personne.

personnes seules (33 %), de couples sans enfants (27 %), de couples avec enfants (29 %) et plus rarement de familles monoparentales (8 %). Dans les départements d'Outre-mer, même si des nuances existent entre les territoires, les ménages sont composés de couples avec enfants, de familles monoparentales dans une proportion plus importante qu'en métropole (au moins 20 % de l'ensemble des ménages) et de couples sans enfant, dans une proportion moindre que dans l'Hexagone. Dans les territoires ultramarins, on pourrait considérer que c'est l'enfant qui fait la famille plus que le couple.

Ces différences de schémas familiaux doivent être prises en compte dans les dynamiques d'entraide qui peuvent se mettre en œuvre entre les différentes générations, notamment aux âges avancés.

Faiblesse des taux d'équipement en établissement et service

Le taux d'équipement en établissement pour personnes âgées

Les taux d'équipements en établissements pour personnes âgées dans les collectivités d'Outre-mer sont notablement inférieurs aux taux de la métropole. C'est le même constat pour les taux d'équipement en lits médicalisés destinés aux personnes âgées dépendantes. Au 1er janvier 2010, ce dernier taux est égal à 101,3 lits pour 1000 habitants en métropole âgés de 75 ans et plus contre 19,3 pour La Réunion, 21,7 pour la Guadeloupe, 23,9 pour la Martinique et 52,7 pour la Guyane.

À Saint-Barthélemy, l'hôpital est le seul établissement sanitaire de l'île et il est doté d'un service de soins de suite dans lequel sont hébergées des personnes âgées très dépendantes. Un établissement pour personnes âgées dépendantes devrait ouvrir en 2013 ou 2014. À Saint-Martin, l'offre sanitaire et médicosociale pour les personnes âgées est en sous-capacité. À Saint-Pierre et Miquelon, la prise en charge en établissement des personnes âgées dépendantes devrait s'ordonner aujourd'hui autour du schéma gérontologique 2011-2015 élaboré par le conseil territorial. Les objectifs sont de rassembler l'ensemble des acteurs locaux pour la mise en place d'actions coordonnées axées sur le « bien vieillir » à Saint-Pierre et Miquelon ainsi que l'amélioration de la qualité d'accueil en institution à Saint-Pierre et l'organisation de la prise en charge des personnes dépendantes sur la commune de Miquelon. La réalisation de ce plan ambitieux risque cependant d'être ralenti par les capacités budgétaires de la collectivité territoriale. Actuellement, 25 lits médicalisés sont disponibles. À Wallis-et-Futuna, aucun établissement pour personnes âgées n'a été créé à ce jour. La Nouvelle-Calédonie et la Polynésie française, dont les gouvernements disposent de la compétence en matière de prise en charge des personnes âgées présentent un paysage très contrasté. En Nouvelle-Calédonie, le taux d'équipement serait satisfaisant. En Polynésie française la prise en charge des personnes âgées n'est pas coordonnée par les services publics et relève d'entreprises privées. Ces éléments mériteraient d'être précisés grâce à un état des lieux précis et complet des structures qui restent à réaliser.

De toute évidence, les données disponibles montrent la nécessité d'envisager un plan de rattrapage pour la plupart des collectivités d'Outre-mer étant donné l'écart entre le taux d'équipement en métropole et ceux constatés dans les territoires ultramarins.

Le taux d'équipement en services de soins infirmiers à domicile

Les services de soins infirmiers à domicile assurent, sur prescription médicale, aux personnes âgées de 60 ans ou plus, malades ou dépendantes, des soins infirmiers et d'hygiène générale et apportent également des aides à l'accomplissement des actes

essentiels de la vie quotidienne. Ils ont pour mission de contribuer au soutien à domicile des personnes en prévenant ou en différant l'entrée en institution.

Au 1er janvier 2010, les taux d'équipement en services de soins infirmiers à domicile dans les départements d'Outre-mer sont hétérogènes : la Guyane et la Guadeloupe ont des taux d'équipement supérieurs à celui de la métropole, celui de La Réunion est un peu inférieur tandis que celui de la Martinique est le plus faible. Il n'y a pas de service de soins infirmiers à domicile à Saint-Barthélemy.

Établissements et services pour l'accueil des personnes âgées - Taux d'équipements au 1^{er} janvier 2010 pour 1 000 habitants de 75 ans et plus

	Guadeloupe	Martinique	Guyane	Réunion	France métropolitaine
Taux d'équipement en structures d'hébergement complet pour personnes âgées (lits maison de retraite, logements de logements-foyers, et lits hébergement temporaire)	15,9	46,9	85,1	43,0	121,7
Taux d'équipement en places de services de soins à domicile	25,7	13,8	26,3	17,6	19,1
Taux d'équipement en lits médicalisés (lits d'EHPAD, lits de soins de longue durée)	21,7	23,9	52,7	19,3	101,3

Source : DREES - ARS - FINISS/STATISS 2010

Une faible densité médicale

Les départements et collectivités d'Outre-mer présentent en général une faible densité médicale par rapport à la métropole. Le CESE a abordé en partie ce sujet dans l'avis intitulé *L'offre de santé dans les collectivités ultramarines*, adopté le 24 juin 2009⁴⁰. La Guyane est dans une situation particulièrement défavorisée. Pour remédier à ce constat, une réflexion devrait se poursuivre notamment sur le *numerus clausus* en Antilles-Guyane, sur la formation des internes, sur les critères d'attractivité de ces territoires pour l'installation.

Densité médicale au 1^{er} janvier 2008 pour 100 000 habitants

	Guadeloupe	Guyane	Martinique	Réunion	France métropolitaine
Médecins généralistes	82	38	83	107	111
Médecins spécialistes	60	22	48	53	85
Infirmiers diplômés d'Etat	191	73	224	148	110
Chirurgiens-dentistes	42	18	38	54	61
Masseurs kinésithérapeutes	68	24	69	99	80

Source : STATISS 2009 Antilles-Guyane et Réunion

40 « *L'offre de santé dans les collectivités ultramarines* », avis du CESE sur le rapport présenté par Mme Jacqueline André-Cormier au nom de la section des affaires sociales, adopté le 24 juin 2009.

Une prise en charge des personnes âgées traditionnellement assurée par l'entourage familial mais ces solidarités s'effritent

Comme l'a souligné Claude-Valentin Marie⁴¹, conseiller pour l'Outre-mer auprès de la direction de l'INED, dans les trois régions insulaires (Martinique, Guadeloupe et Réunion), peu de personnes âgées vivent en institution. L'immense majorité vit avec son (ou ses) enfant(s) ou dans son propre logement, signe du maintien des solidarités familiales compensant le manque de structures d'hébergement décrit ci-dessus. Néanmoins, cette situation pourrait-elle durer compte tenu du vieillissement croissant, de l'individualisation rapide des modes de vie, du recul des cohabitations familiales intergénérationnelles et du risque de maintien de la précarité sociale aussi bien des enfants ou aidants potentiels que des personnes âgées elles-mêmes ? À titre d'exemple, la proportion d'allocataires du minimum vieillesse dans la population des 60 ans et plus est de 4 % en 2006 en métropole contre 32 % à La Réunion, 31 % en Guadeloupe, 27 % à la Martinique et 20 % en Guyane⁴².

S'attacher à comprendre et analyser le vieillissement de la population en Outre-mer doit se faire à l'observation de cette problématique de la solidarité intergénérationnelle au sein des familles. La dimension sociale et culturelle des schémas de pensées traditionnels vis-à-vis de la solidarité entre générations, encore très présents dans certains territoires ultramarins, constitue un élément essentiel pour envisager le vieillissement de la population et la prise en charge de la dépendance de manière pertinente.

Les freins au développement d'une politique en faveur des personnes âgées

Comme l'a souligné lors de son audition, M. Vincent Bouvier⁴³, délégué général à l'Outre-mer, la mise en place d'une véritable politique en faveur des personnes âgées dans chacun des territoires d'Outre-mer permettrait de créer des emplois mais elle est confrontée à certains obstacles.

Des freins socio-économiques

Les grandes difficultés économiques et sociales auxquelles sont confrontés les départements et collectivités d'Outre-mer fragilisent notamment la situation financière des collectivités locales. Ces dernières ne disposent donc pas nécessairement des moyens pour mettre en œuvre des politiques fortes à l'attention des personnes âgées.

En outre, la situation des jeunes en Outre-mer marquée par un chômage important et une précarité préoccupante ne favorise pas la prise en charge de personnes âgées qui ont elles-mêmes connue des trajectoires professionnelles discontinues. Les forts taux d'inactivité couplés à des niveaux de pauvreté importants chez les jeunes adultes, notamment dans les départements d'Outre-mer constituent un vrai frein pour l'avenir. En effet, ces populations, en situation de précarité durant leur vie active liée au manque d'emploi et parfois au travail

41 Audition de MM. Claude-Valentin Marie (INED) et Didier Breton (Université de Strasbourg), devant les membres de la délégation à l'Outre-mer, le 8 mars 2011.

42 Didier Breton, Stéphanie Condon, Claude-Valentin Marie, Franck Temporal, « Les départements d'Outre-mer face aux défis du vieillissement démographique et des migrations », in *Population et Sociétés* n° 460 (octobre 2009).

43 Audition de M. Vincent Bouvier, Délégué général à l'Outre-mer, de M. Marc Del Grande et de Mme Véronique Defrasnes devant les membres de la délégation à l'Outre-mer, le 22 mars 2011.

illégal, constituent potentiellement autant de personnes éligibles le jour venu au minimum vieillesse.

Cette question de l'organisation d'une société dans laquelle les personnes vont vivre plus longtemps avec des jeunes actifs majoritairement inoccupés constitue en enjeu fondamental.

Des freins spécifiques

Il n'y a pas suffisamment en Outre-mer les capacités d'ingénierie des porteurs de projet que l'on peut trouver en métropole. Il manque également d'opérateurs susceptibles de prendre le risque de créer des établissements, leur rentabilité étant incertaine. Sur ces sujets, l'action des Agences régionales de santé (ARS) et l'implication des opérateurs associatifs devraient être examinées. Enfin des difficultés pour récupérer le foncier disponible demeurent. Les causes sont multiples : coût élevé du foncier lorsqu'il est rare, problèmes juridiques liés au repérage compliqué des propriétaires, absence de cadastre dans certains territoires notamment. Tous ces facteurs sont de nature à retarder, voire à compromettre le développement de projets.

QUELLES PISTES D' ACTIONS POUR L'AVENIR ?

Les Outre-mer, c'est :

- une jeunesse majoritairement en situation de précarité ;
- un vieillissement accéléré, à l'horizon 2040, de la population de certains territoires ;
- une apparition singulièrement plus précoce d'incapacités par rapport à la métropole ;
- une situation matérielle précaire des personnes âgées résultant de parcours professionnels discontinus ;
- un sous-équipement en termes d'établissements, de services sanitaires et médico-sociaux et de personnels médicaux.

Sans entrer dans une liste exhaustive de préconisations ou de solutions, ce qui n'aurait pas de sens compte tenu du format adopté pour cette contribution, quelques pistes d'actions peuvent néanmoins être avancées. Nous préconisons :

- des mesures actives et innovantes pour garantir le maintien à domicile des personnes âgées le plus longtemps possible en renforçant les liens intergénérationnels car ce mode de prise en charge répond à la fois à leurs aspirations et au contexte culturel des territoires ultramarins ;
- une politique forte de prévention du vieillissement et de la dépendance pour tenir compte de la pyramide des âges et de l'état de santé des populations, dépendantes bien plus précocement qu'en métropole ;
- un plan prioritaire de rattrapage pour renforcer les équipements sanitaires et médico-sociaux dans les territoires d'Outre-mer en privilégiant les projets innovants qui favorisent le maintien et le développement du lien social ;
- la mise en œuvre d'un cursus spécifique pour favoriser l'installation d'un nombre plus importants de jeunes médecins (revoir le numerus clausus pour les Antilles-Guyane, la formation des internes, les mesures d'attractivité pour l'installation...) ;
- un renforcement de la professionnalisation des personnels des établissements et services ;

- une amélioration de l'accompagnement des personnes âgées dans leurs démarches (administratives, etc.) et des aidants (familiaux, voisinage, etc.) dont l'apport dans certains territoires ultramarins est déterminant ;
- la création d'un Observatoire du vieillissement et de la dépendance pour collecter et réaliser toutes les études et statistiques nécessaires, élaborer des plans d'actions spécifiques et assurer leur suivi et leur évaluation dans le temps.

La question du financement de la dépendance, au regard des évolutions démographiques brutales succinctement dressées, de son poids futur pour les budgets des collectivités territoriales notamment, devra faire l'objet de toute l'attention des pouvoirs publics, tant les enveloppes nécessaires risquent d'être hors de portée des possibilités budgétaires des collectivités locales. Cette situation est aggravée par la grande précarité et le chômage qui touchent l'ensemble des territoires. Le traitement de la dépendance Outre-mer exigera donc des financements supplémentaires qui devront reposer sur une maîtrise d'ouvrage publique prenant appui sur une solidarité large assurée par tous les revenus et un rééquilibrage de la part nationale de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et celle des collectivités territoriales.

Les éléments avancés ci-dessus montrent que la question de la dépendance des personnes âgées dans les territoires ultramarins exige un traitement particulier et approfondi de la part des pouvoirs publics. Il s'agit d'un défi majeur pour l'avenir de nos sociétés en Outre-mer.

*
* *

Résultats des votes par groupe en réunion de délégation
le mardi 26 avril 2011

Groupe	Nom	Pour
<i>Agriculture</i>	M. Jean-Michel LEMÉTAYER	
	Mme Françoise HENRY	X
<i>Artisanat</i>	M. Pierre MARTIN	
<i>CFE-CGC</i>	M. Jean-Claude DELAGE	
<i>CGT</i>	Mme Françoise GENG	
	Mme Pierrette CROSEMARIE	X
<i>CGT-FO</i>	M. Didier BERNUS	X
	Mme Marie-Alice MEDEUF-ANDRIEU	
<i>Coopération</i>	Mme Marie de L'ESTOILE	X
<i>Entreprises</i>	Mme Joëlle PRÉVOT-MADÈRE	X
<i>Environnement et nature</i>	M. Jacques BEALL	X
	Mme Marie-Paule JEANNEL DABRY de THIERSANT	
<i>Outre-mer</i>	M. Gérard GRIGNON	X
	M. René ARNELL	
	M. Rémy-Louis BUDOC	X
	M. Eustase JANKY	X
	M. Marcel OSENAT	
<i>Personnalités qualifiées</i>	M. Jean-Pierre FRÉMONT	X
	Mme Laura FLESSEL-COLOVIC	X
<i>UNAF</i>	Mme Christiane THERRY	X
	Mme Christiane BASSET	

**La contribution a été adoptée à l'unanimité par 12 voix,
représentant 9 groupes sur 11 au sein de la délégation**

Liste des personnalités entendues par la commission temporaire

Afin de parfaire son information, la Commission a auditionné :

- ✓ **Anne-Marie Brocas**
Directrice de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees)
- ✓ **Florence Leduc**
Présidente de l'Association française des AIDANTS
- ✓ **Dominique Lery**
Présidente Réseau Adhap Services
- ✓ **Marie-Béatrice Levaux**
Présidente de la Fédération des particuliers-employeurs (Fepem)
- ✓ **Aude Muscatelli**
Adjointe au sous-directeur chargée des personnes âgées, sous-direction de l'autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées
- ✓ **Etienne Caniard**
Président de la Fédération nationale de la mutualité française (FNMF)
- ✓ **Bernard Devy**
Président de l'Organisme commun des institutions de rente et de prévoyance (OCIRP) accompagné de M. Kupiec et de M. Keller ;
- ✓ **Denis Piveteau**
Président du Haut Conseil de l'avenir de l'assurance maladie (Hcaam)
- ✓ **Bernard Spitz**
Président de la Fédération française des sociétés d'assurances (FFSA)
- ✓ **Emmanuel Verny**
Directeur de l'Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles (UNA)
- ✓ **Laurent Vachey**
Directeur de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)

Assemblée des départements de France :

- ✓ **Jean Marie Rolland**
Député et président du Conseil général de l'Yonne
- ✓ **Luc Broussy**
Conseiller général du Val d'Oise, vice-président de la Commission « Politiques familiales » de l'Assemblée des départements de France (ADF)

Liste des personnes rencontrées

- ✓ **M. Pierre Mayeur**
Directeur de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV)
- ✓ **M. Gilles Duthil**
Économiste, président de l'Institut Silverlife
- ✓ **Docteur J.P. Aquino, gériatre - Santé publique**
Médecin-chef d'établissement, clinique médicale de La Porte verte
- ✓ **M. Henri de Castries**
Président directeur général d'AXA
- ✓ **M. Claude Le Pen**
Économiste de la santé
- ✓ **M. Gérard Pelhate**
Président de la Mutuelle sociale agricole
- ✓ **Mme Lydia Brovelli, Mme Marie-Thérèse Andreux, Jacques Duron**
Membres du Conseil d'administration de l'Amicale du Conseil économique, social et environnemental

Par ailleurs, à l'initiative du Président du Conseil économique, social et environnemental, Mme Monique Weber et M. Yves Vérollet, rapporteurs, ont rencontré les responsables des groupes de travail ministériels, Annick Morel, pour « société et vieillissement », Mme Evelyne Ratte, pour « accueil et accompagnement des personnes âgées », M. Bertrand Fragonard, pour « stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées » ; Jean-Michel Charpin, pour « enjeux démographiques et financiers de la dépendance ».

*
* *

Les rapporteurs souhaitent exprimer leurs remerciements aux membres de la Commission temporaire, aux personnalités rencontrées pour leur concours et aux Conseils économiques, sociaux et environnementaux régionaux pour la qualité de leur contribution.

Table des sigles

AAH	Allocation adultes handicapés
ACOSS	Agence centrale des organismes de sécurité sociale
ADEHPA	Association des directeurs d'établissements d'hébergement pour personnes âgées
ADF	Assemblée des départements de France
ADMR	Aide à domicile en milieu rural
ANAH	Agence nationale de l'habitat
ANGELE	Application nationale pour guide L'Évaluation des conventions
AGGIR	Autonomie gérontologique des groupes Iso Ressources
AGIRC	Association générale des institutions de retraite des cadres
ALD	Affection de longue durée
ANSP	Agence nationale des services à la personne
APA	Allocation personnalisée d'autonomie
ARDH	Aide au retour à domicile après hospitalisation
ARS	Agence régionale de santé
ASH	Agent de service hospitalier ou aide sociale départementale à l'hébergement
CCAS	Centres communaux d'action sociale
CDC	Caisse des dépôts et consignations
CLEIRPPA	Centre de liaison, d'étude, d'information et de recherche sur les personnes âgées
CLIC	Centre local d'information et de coordination
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CNAVTS	Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés
CNP	Assurance maladie au comité national de pilotage
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
COG	Convention d'objectifs et de gestion
CSA	Contribution de solidarité pour l'autonomie
CSG	Contribution sociale généralisée
DIRECCTE	Directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
FEPEM	Fédération nationale des particuliers-employeurs
FESP	Fédération des entreprises de services à la personne
FIQCS	Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins
HCAAM	Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie
HID	Handicaps-Incapacités-Dépendance
HPST	Hôpital, patient, santé et territoires

IDAP	Institut de développement des services à la Personne
INED	Institut national d'études démographiques
MAIA	Maisons pour l'intégration et l'autonomie des malades d'Alzheimer
MARPA	Maisons d'accueil rurales pour personnes âgées
MDA	Maisons départementales de l'autonomie
MDPH	Maisons départementales du handicap
MSA	Mutualité sociale agricole
MSP	Maisons de santé pluridisciplinaires
ONDAM	Objectif national de dépenses d'assurance maladie
PACT	Protections amélioration, conservation et transformation de l'habitat
PRIAC	Programme régional et interdépartemental d'action sociale
PSP	Pôles de santé pluridisciplinaires
SESSAD	Service d'éducation et de soins spécialisés à domicile
SROS	Schémas régionaux d'orientation sanitaires
SSIAD	Services de soins infirmiers à domicile
UNA	Union nationale des associations de services à domicile
UNADMR	Union nationale des associations d'aide à domicile en milieu rural
USLD	Unité de soins longue durée

Bibliographie

Assemblée nationale, rapport sur *La prise en charge des personnes âgées dépendantes*, Mme Valérie Rosso-Debord, députée, juin 2010.

Assemblée nationale, rapport d'information sur *Les missions et l'action de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie*, Mme Bérengère Poletti, députée.

Assemblée générale des départements de France, Assises de la perte d'autonomie de l'ADF et des groupes de travail du débat national, Dossier technique, février 2011.

Assemblée générale des départements de France, *Quelles pistes d'évolution pour l'APA*, Contribution et réflexion, janvier 2011.

Hélène Gisserot, *Perspectives financières de la dépendance des personnes âgées à l'horizon 2025 : prévisions et marges de choix*, rapport à M. Philippe Bas, ministre délégué à la Sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, IGAS, 2007.

Conseil économique et social régional Auvergne, *La dépendance de la personne âgée et sa prise en charge en France et en Auvergne*, décembre 2010.

Conseil économique, social et environnemental régional Rhône-Alpes, *Pour la santé des jeunes et des personnes âgées en Rhône-Alpes*, Antoine Quadrini, rapporteur, 2^e vice-président du CESER Rhône-Alpes, Contribution n° 2010-7, novembre 2010.

Conseil économique, social et environnemental régional Rhône-Alpes, *Dépendance des personnes âgées*, Note du CESER Rhône-Alpes pour le Conseil économique, social et environnemental, n° 2011, mars 2011.

Conseil économique, social et environnemental des Pays de la Loire, *Dépendance : comment mieux vivre ensemble plus longtemps en Pays de la Loire*, Commission « Santé Social », rapporteur Mme Sandra Margerie, avril 2011.

Conseil économique et social de Bourgogne, *Vieillesse de la population bourguignonne et prise en charge de la dépendance : évolution des besoins de santé et de formation*, avis présenté par M. Charles Barrière, septembre 2002.

Conseil économique et social régional du Limousin, *Les enjeux socioéconomiques de la maladie d'Alzheimer et troubles apparentés en Limousin*, Michel Dubeck, Gilles Lefrère et Serge Villemazet, rapporteurs, avis n° 2009-03, mars 2009.

Conseil économique et social, audition de Mme Françoise Forette, médecin gériatre, conseiller technique au ministère de la Santé et des solidarités, *L'impact de l'allongement de la durée de vie sur les systèmes d'aide et de soins*, janvier 2007.

Conseil économique et social, audition de M. Bruno Dubois, neurologue, *L'impact de l'allongement de la durée de vie sur les systèmes d'aides et de soins*, février 2007.

Conseil économique et social, *L'obligation alimentaire : des formes de solidarité à réinventer*, avis du CES présenté par Mme Christiane Basset au nom de la section des affaires sociales, mai 2008.

Conseil économique et social, *L'impact de l'allongement de la durée de vie sur les systèmes d'aides et de soins*, avis du CES présenté par M. Michel Coquillion, au nom de la section des affaires sociales, septembre 2007.

Conseil économique et social, *Le développement des services à la personne*, avis du CES présenté par M. Yves Vérollet, au nom de la section des affaires sociales, janvier, 2007.

Conseil économique et social, *Les services à la personne (avis de suite)*, avis du CES présenté par M. Yves Vérollet, au nom de la section des affaires sociales, novembre, 2008.

Centre d'analyses stratégique, *Vivre ensemble plus longtemps*, travaux coordonné par Virginie Gimbert et Clélia Godot, juillet 2010.

Centre d'analyses stratégique, *Personnes âgées dépendantes : bâtir le scénario du libre choix*, rapport n° 2, juin 2006.

Ministère de l'économie, de l'industrie et de l'emploi, Trésor, Direction générale, *Prise en charge des personnes âgées dépendantes, étude comparative dans 14 pays*, Contributions des services économiques des pays suivants : Allemagne, Belgique, Brésil, Canada, Espagne, États-Unis, Italie, Japon, Norvège, Pays-Bas, Royaume-Uni, Singapour, Suède, Suisse, avril 2010.

Mouvement des entreprises de France, *Réforme de la prise en charge de la dépendance, 20 propositions du MEDEF pour concilier solidarité, innovation et responsabilité, pour un partenariat public-privé global*, avril 2011.

Caisses des dépôts, Direction des retraites, rapport *Mission « hébergement des personnes âgées »*, juillet 2010.

Cour des Comptes, *La prise en charge des personnes âgées dépendantes ?* extrait du rapport public annuel de la Cour des Comptes, 2009.

Inspection générale des affaires sociales, *Enquête sur les conditions de la qualité des services d'aide à domicile pour les personnes âgées*, établi par Michel Raymond, Bernadette Roussille, Hélène Strohl, membres de l'IGAS.

Inspection générale des affaires sociales et Inspection générale des finances, *Mission relative aux questions de tarification et de solvabilisation des services d'aide à domicile en direction des publics fragiles*, rapport établi par Anne Bruant-Bisson, Jacques-Bertrand de Reboul, membres de l'inspection générale des affaires sociales et Philippe Aube-Martin, membre de l'inspection générale des finances.

Inspection générale des affaires sociales, Synthèse 2010 sur la gestion de l'Allocation personnalisée d'autonomie, rapport établi par véronique Guillermo, Joëlle Voisin, Michel Laroque, Didier Lacaze, Membres de l'Inspection générale des affaires sociales, avril 2010.

Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (Hcaam), *L'assurance maladie face à la crise : éléments d'analyse*, rapport annuel, novembre 2010.

Direction générale des services du Département du Rhône, rapport au Premier ministre sur les finances départementales, Pierre Jamet, rapporteur, directeur général des services du département du Rhône.

Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, *Pour une politique de prévention au service de l'autonomie*, rapport 2010, avril 2011

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), *La durée de perception de l'APA est de 4 ans en moyenne*, Premiers résultats des données individuelles APA 2006-2007, Études et résultats n° 724, avril 2010

DREES, *L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007*, Études et résultats n° 689, mai 2009

DREES/ministère de la Santé, *Personnes âgées dépendantes et aidants potentiels : une projection à l'horizon 2040*, Études et résultats n° 160, 2002

Conseil économique et social, *La prise en charge des personnes vieillissantes handicapées mentales ou souffrant de troubles mentaux*, avis présenté par Mme Janine Cayet, au nom de la section des affaires sociales, novembre 1998.

Sénat, *Dépendance des personnes âgées : le sénat prépare le débat*, Mission commune d'information sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque, Alain Vasselle, rapporteur, n° 263, janvier 2011.

Rapport de la mission sur la maltraitance financière à l'égard des personnes âgées dans les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux pour Jean-Paul Delevoye, Médiateur de la République rapport établi par Alain Koskas, gérontologue, président du Conseil scientifique, Véronique Desjardins, directrice d'hôpital à l'AP-HP, Jean-Pierre Médioni, directeur d'EHPAS, février 2011.

Rapport à M. le Premier ministre sur *Les finances départementales*, Pierre Jamet, rapporteur, directeur général des services du département du Rhône, avril 2010.

INSEE, *Les revenus et le patrimoine des ménages*, Collection INSEE Références, Edition 2011.

Population et Sociétés, *Comment les personnes dépendantes seront-elles entourées en 2030 ?*, Joëlle Gaymu et l'équipe de Future Elderly Living Conditions in Europe (Félicie), n° 444, avril 2008.



Dernière publication du CESE

↘ *La future PAC après 2013*

et aussi

- *Le programme national de réforme 2011-2013*

Retrouvez l'intégralité de nos travaux sur
www.lecese.fr

Imprimé par la direction de l'information légale et administrative, 26, rue Desaix, Paris (15^e)
d'après les documents fournis par le Conseil économique, social et environnemental

N° de série : 411110030-000611 – Dépôt légal : juin 2011

Crédit photo : direction de la communication
du Conseil économique, social et environnemental



10-31-2190





**LES AVIS
DU CONSEIL
ÉCONOMIQUE
SOCIAL ET
ENVIRONNEMENTAL**



L'augmentation du nombre de personnes âgées de plus de 75 ans, 25 % d'ici 2025, appelle certes des réponses financières, 34 milliards d'euros ont été consacrés à la dépendance en 2010 mais surtout sociétales.

Pour le CESE, les politiques publiques doivent favoriser la construction de parcours de vie répondant aux besoins des personnes âgées. En amont de la survenue de la dépendance, en développant la prévention, en adaptant l'habitat et en soutenant toutes les initiatives technologiques au service de l'autonomie. Puis par la meilleure coordination du parcours de soins, le renforcement de l'aide à domicile et le soutien aux aidants. L'instauration d'une taxe sur les successions et les donations et l'évolution des taux de CSG des retraités offrent des pistes de financement.



**CONSEIL ÉCONOMIQUE, SOCIAL
ET ENVIRONNEMENTAL**
9, place d'Iéna
75775 Paris Cedex 16
Tél. : 01 44 43 60 00
www.lecese.fr

N° 41111-0003 prix : 11,70 €
ISSN 0767-4538 ISBN 978-2-11-120871-1



**Direction
de l'information légale
et administrative**
accueil commercial :
01 40 15 70 10

commande :
Administration des ventes
23, rue d'Estrées, CS 10733
75345 Paris Cedex 07
télécopie : 01 40 15 68 00
ladocumentationfrancaise.fr