

N° 2647

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

TREIZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 23 juin 2010.

RAPPORT D'INFORMATION

DÉPOSÉ

en application de l'article 145 du Règlement

PAR LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

en conclusion des travaux de la mission
sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes

ET PRÉSENTÉ
PAR MME VALÉRIE ROSSO-DEBORD,

Députée.

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	7
I.- DES DONNÉES SOCIO-ÉCONOMIQUES BIEN CONNUES	11
A. UNE PYRAMIDE DES ÂGES VIEILLISSANTE	11
1. L'accélération du vieillissement de la population au cours des prochaines années	11
2. Les liens entre le vieillissement et la perte d'autonomie	13
a) <i>L'augmentation mathématique du nombre des personnes âgées dépendantes</i>	13
b) <i>L'ampleur du phénomène</i>	15
c) <i>L'émergence d'une meilleure longévité des enfants handicapés</i>	16
B. UN EFFORT PUBLIC D'AIDE À L'AUTONOMIE EN FORTE CROISSANCE	17
1. L'augmentation continue du nombre des bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie	17
a) <i>Les prévisions d'origine</i>	18
b) <i>La montée en charge continue du dispositif</i>	18
2. Le poids de la solidarité nationale	19
a) <i>Les dépenses de sécurité sociale</i>	19
b) <i>L'apport des départements</i>	20
c) <i>Les financements dédiés complémentaires</i>	22
d) <i>Les exonérations fiscales et sociales</i>	23
C. UN CONTEXTE DE FINANCES PUBLIQUES EXSANGUES	26
1. Les contraintes du contexte budgétaire de l'État	26
a) <i>Les déficits publics croissants</i>	26
b) <i>Le niveau trop élevé des prélèvements obligatoires</i>	28
2. Les difficultés financières des collectivités territoriales	28
3. Les déficits des organismes de la protection sociale	29
II.- DES CONSTATS PARTAGÉS	31
A. UNE COMPENSATION INÉQUITABLE DE LA PERTE D'AUTONOMIE	31
1. Les évaluations incertaines de la dépendance	31
a) <i>Les insuffisances de la grille AGGIR</i>	32

<i>b) L'absence de formation à l'utilisation de l'outil AGGIR</i>	33
<i>c) La multiplicité des évaluateurs</i>	34
2. Les disparités départementales de la gestion des aides	35
<i>a) L'inégalité territoriale de la charge financière</i>	35
<i>b) L'hétérogénéité de la gestion des compensations de la perte d'autonomie des personnes âgées</i>	37
<i>c) La diversité des politiques de récupération des fonds</i>	38
3. L'importance des restes à charge financiers pesant sur les personnes âgées dépendantes	40
<i>a) Un coût très élevé</i>	41
<i>b) Les différences de tarification des secteurs sanitaire et médico-social</i>	43
<i>c) Une charge pesante pour les classes moyennes</i>	43
B. UN MAINTIEN À DOMICILE MENACÉ	44
1. La prévention insuffisante de la perte d'autonomie	44
2. La diminution programmée des aidants naturels	45
3. Les difficultés du secteur professionnel de l'aide à domicile	46
<i>a) L'offre de soins à domicile</i>	46
<i>b) Le secteur des aides à domicile</i>	47
C. UNE OFFRE D'HÉBERGEMENT EN INSTITUTION DISPARATE	51
1. La complexité de la planification des besoins	52
<i>a) La multiplicité des autorités de tutelle et des opérateurs</i>	52
<i>b) L'éclatement du pilotage national ou territorial</i>	54
2. Le manque de lisibilité des financements	55
3. L'inadaptation de l'offre d'hébergement	59
<i>a) La tarification inéquitable des forfaits hébergement</i>	59
<i>b) L'inadéquation de l'offre</i>	61
<i>c) Le déploiement insatisfaisant des structures d'hébergement temporaire</i>	62
III.- LES PROPOSITIONS DE LA MISSION	64
A. UNE PRÉVENTION PLUS DYNAMIQUE DES PERTES D'AUTONOMIE	64
1. Accroître l'efficacité des actions de prévention des pertes d'autonomie	65
<i>a) Mettre en place une consultation gratuite de prévention</i>	65
<i>b) Assurer un suivi du plan « national nutrition santé » au sein des établissements d'hébergement pour personnes âgées.</i>	66
<i>c) Prévenir les accidents indésirables évitables</i>	67

2. Renforcer l'efficacité des actions des intervenants auprès des personnes âgées	69
<i>a) Former les aidants professionnels et informels intervenant au domicile des personnes âgées</i>	69
<i>b) Accroître la sensibilisation du corps médical</i>	70
<i>c) Coordonner les parcours de soins</i>	72
3. Encourager le recours aux nouvelles technologies	73
<i>a) Recenser et diffuser les expérimentations en cours</i>	73
<i>b) Encourager la recherche et le développement</i>	74
<i>c) Prôner l'usage de la télémédecine en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes</i>	75
B. UNE POLITIQUE PLUS COHÉRENTE DE PRISE EN CHARGE	76
1. Conforter le rôle des agences régionales de santé dans le secteur médico-social	76
2. Poursuivre l'actuel ajustement des dépenses	77
<i>a) Améliorer la gestion de l'allocation personnalisée d'autonomie</i>	77
<i>b) Poursuivre les efforts de médicalisation et de convergence</i>	79
3. Assurer une prise en charge plus équitable	80
<i>a) Redéfinir le système de péréquation de la distribution de l'allocation personnalisée d'autonomie sur le territoire national</i>	81
<i>b) Réduire le reste à charge en établissement</i>	82
<i>c) Assurer une même obligation de contribution des familles sur l'ensemble du territoire</i>	83
C. DES LEVIERS DIVERS POSSIBLES	85
1. Créer une assurance universelle spécifique de la perte d'autonomie	85
<i>a) Définir un cahier des charges des contrats perte d'autonomie du grand âge</i>	87
<i>b) Assurer l'ensemble des dépendances</i>	88
2. Maintenir à titre transitoire une prise en charge publique	88
<i>a) Étendre le champ des contributeurs au financement public</i>	88
<i>b) Redéployer l'allocation personnalisée d'autonomie</i>	89
<i>c) Inciter dès à présent les plus de cinquante ans à mieux utiliser leur épargne actuelle pour s'assurer contre l'aléa de la dépendance</i>	91
3. Confier la gouvernance du nouveau dispositif à une Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie aux pouvoirs renforcés	92
PROPOSITIONS DE LA MISSION	95
CONTRIBUTIONS DES MEMBRES DE LA MISSION	97

TRAVAUX DE LA COMMISSION	103
ANNEXES	117
ANNEXE 1 : COMPOSITION DE LA MISSION D'INFORMATION	117
ANNEXE 2 : LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES PAR LA MISSION	118
ANNEXE 3 : GRILLE AGGIR ET GROUPES ISO-RESSOURCES	124
ANNEXE 4 : L'OUTIL PATHOS ET LA PATHOSSIFICATION.....	127

INTRODUCTION

Au cœur du débat public depuis les années 1980, la question du grand âge offre avant tout à chacun une occasion de se réjouir de la richesse qu'apportent à notre société l'allongement de l'espérance de vie – de 1946 à nos jours, l'espérance de vie à la naissance est passée de soixante-cinq à quatre-vingt-quatre ans et demi pour une fille et de soixante à soixante-dix sept ans et huit mois pour un garçon – ainsi que les progrès sanitaires et sociaux qui permettent à nos aînés de vieillir en meilleure santé et de nous rassurer sur les conditions de notre propre vieillissement.

Avant de traiter plus avant certaines des conséquences difficiles de cet allongement du vieillissement, il doit tout d'abord être rappelé que les personnes de plus de soixante ans sont des acteurs essentiels de la vie sociale et économique de notre pays ⁽¹⁾ :

– les seniors contribuent fréquemment à un renforcement des liens sociaux en s'impliquant dans des activités associatives bénévoles (dont ils représentent 50 à 80 % des effectifs) ou en acceptant les charges de la conduite des affaires communales, tels 30 % des maires de petites communes ou 50 % des conseillers municipaux non indemnisés ;

– ils sont des acteurs importants de la solidarité intergénérationnelle en assistant financièrement leurs enfants – selon l'enquête Patrimoine 2004, un Français sur deux avait aidé ou aidait ses enfants sous la forme de dons, de versements ou de prêts d'argent ou encore de mise à disposition d'un logement ⁽²⁾ –, en gardant leurs petits-enfants ou en assumant la charge d'un parent en perte d'autonomie ;

– ils acquièrent des biens et des services – les personnes de plus de soixante-dix ans représentent 37 % des particuliers employeurs de salariés à domicile et consomment 54 % des heures travaillées de ces salariés – et génèrent des activités économiques nouvelles et donc, des emplois. Ainsi, d'ici 2015, les métiers du grand âge devraient créer près de 200 000 emplois et, pour peu que des moyens soient consacrés à leur recherche et à leur développement, les technologies liées à la perte d'autonomie peuvent prendre un élan très important (nouvelles technologies de l'information et de la communication – NTIC –, domotique, robotique mais aussi neurosciences ou biogérontotechnologies ⁽³⁾).

(1) Voir l'article de M. François Bellanger, président de la Confédération française des retraités, « Réforme des retraites : les bons apôtres de l'injustice sociale », Le Monde du 19 mai 2010.

(2) Audition du 25 février 2010 de M. Luc Arrondel, auteur de l'article « Le patrimoine en France : état des lieux, historique et perspectives », Économie et statistique, n° 417-418, juin 2009.

(3) Table ronde syndicale du 10 janvier 2010 – Intervention de M. Yves Vérollet, secrétaire confédéral de la CFDT.

Toutefois, cette longévité, qui constitue un phénomène d'une ampleur sans précédent, s'accompagne parfois de diverses pathologies conduisant certaines personnes à des pertes d'autonomie plus ou moins graves. Cette « dépendance »⁽¹⁾, dont l'importance est principalement estimée au travers du nombre des allocataires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), n'est pas un phénomène inéluctable puisque 92 % des personnes de plus de soixante ans n'en sont pas frappées. De fait, sa survenue constitue un aléa qui touche diversement les uns et les autres mais qui s'accroît sensiblement avec l'âge.

Dès lors, la progression régulière des personnes en perte d'autonomie en parallèle de l'accroissement de la part des plus de soixante ans au sein de la population, soulève de nombreuses questions sur ses conséquences tant aujourd'hui que dans les années à venir. Si un consensus national existe quant à la nécessité d'une prise en charge spécifique de personnes ayant rarement anticipé certaines des conséquences médicales, sociales et financières d'une longévité qu'il leur était difficile de prévoir à leur époque, les moyens qui ont commencé d'être mis en œuvre pour ce faire doivent être réévalués et redéfinis.

Les diverses réponses apportées aux personnes âgées en perte d'autonomie ont tout d'abord été conçues comme des aides sociales (allocation compensatrice tierce personne pour les personnes âgées en 1975, prestation spécifique dépendance en 1997 puis allocation personnalisée d'autonomie en 2002) avant qu'un début d'institutionnalisation ne procède de la loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées : ce texte crée en effet la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) dont le champ d'action s'étend à l'ensemble de la perte d'autonomie et accroît les sources de financement affectées à la prise en charge de la dépendance et du handicap en lui attribuant une fraction de la contribution sociale généralisée (CSG) perçue sur les revenus d'activité et en instituant une contribution solidarité autonomie.

C'est dans ce contexte qu'en 2007, le candidat Nicolas Sarkozy a inscrit dans son projet sa volonté de « *créer, dans notre organisation administrative et sociale, un organisme dont le but sera de préparer notre pays au défi de la dépendance, et de veiller à ce que, sur tout le territoire, de manière égale, il existe les structures suffisantes pour prendre en charge les personnes en perte d'autonomie* »⁽²⁾. Cette création d'un « cinquième risque » – en référence aux quatre risques couverts par les différentes branches de la Sécurité sociale –, a été constamment réaffirmée par le Président de la République comme un axe fort de sa politique, et devrait faire l'objet d'un projet de loi dont la discussion est reportée après la résolution plus que prioritaire du problème des retraites.

(1) Un terme spécifiquement français, les étrangers parlant éventuellement de handicap ou de « soins prolongés ».

(2) Mon Projet - Rencontre « Femmes et égalité des chances » du 6 avril 2007.

Afin de rassembler des éléments d'information préalables à la discussion du futur projet de loi, le bureau de la Commission des affaires sociales a décidé la création, le 15 juillet 2009, d'une mission d'information. Celle-ci, constituée le 22 juillet 2009, était composée de dix membres⁽¹⁾ reflétant la composition politique de l'Assemblée⁽²⁾.

Lors de sa première réunion du 23 septembre 2009, elle a décidé de centrer ses travaux sur le financement de la prise en charge de la perte d'autonomie des seules personnes âgées. Sans renoncer au principe clairement affiché dans la loi précitée du 30 juin 2004 d'une convergence des politiques de compensation des situations de handicap quel que soit l'âge de celui qui les subit, la mission a en effet considéré que la survenue de la crise financière majeure de 2008 rendait actuellement impossible la recherche d'une telle convergence. Elle a donc choisi de se préoccuper de la situation la plus urgente, celle qui résulte du vieillissement inéluctable de la population dont les premiers effets, qui apparaissent d'ores et déjà, vont sérieusement s'accroître avec l'entrée dans le quatrième âge des premières classes d'âge du baby-boom dans dix ans et culminer dans quarante ans.

Au cours de ses huit mois effectifs de travaux, la mission a organisé cinquante-quatre auditions et deux tables rondes, et effectué trois déplacements afin d'aller à la rencontre des représentants sur le terrain des administrations, des professionnels et des associations assumant au quotidien les besoins et les soins à apporter aux personnes âgées⁽³⁾. Après avoir pris acte du contexte socioéconomique spécifique au sein duquel cette prise en charge s'effectue actuellement et pour plusieurs années encore (I), elle a répertorié divers constats quasi unanimement dressés par ses différents interlocuteurs et représentatifs de divers freins au fonctionnement satisfaisant de la prise en charge des personnes en perte d'autonomie (II), avant de tenter de répondre aux nombreuses questions que poserait une réforme du dispositif actuel : par quelles institutions assurer la couverture du risque de dépendance pour nos concitoyens ? Comment soutenir au quotidien les personnes âgées, leurs aidants et les différents acteurs de terrain, tant au niveau social que médico-social ? Comment prévenir leur fragilité et accompagner leur perte d'autonomie ? Le rôle dévolu aux conseils généraux permet-il d'assumer la prise en charge des plus faibles ? Quelle que soit la valeur des interventions de l'assurance maladie, de l'assurance vieillesse ou des institutions de retraite et de prévoyance, comment réduire l'importance des sommes qui restent dues par les familles ? (III)

(1) Voir, *infra*, l'annexe Composition de la mission.

(2) Toutefois, le groupe de la Gauche démocrate et républicaine n'a pas présenté de candidat.

(3) Voir, *infra*, l'annexe Liste des personnes auditionnées par la mission.

I.- DES DONNÉES SOCIO-ÉCONOMIQUES BIEN CONNUES

La pyramide des âges de la France permet de constater que depuis 2007, la population a commencé à vieillir : ce phénomène d'augmentation des classes les plus âgées est appelé à se développer au cours des prochaines décennies et devrait entraîner une augmentation proportionnelle des personnes atteintes d'une ou plusieurs pathologies les conduisant progressivement à des pertes d'autonomie (A). La nécessité d'une prise en charge de ces personnes les plus fragiles n'étant pas contestable, le législateur et les pouvoirs publics ont conçu divers dispositifs d'accompagnement dont le financement atteint aujourd'hui ses limites (B) mais dont la pérennité doit s'inscrire dans un contexte actuel de finances publiques dégradé (C).

A. UNE PYRAMIDE DES ÂGES VIEILLISSANTE

En 2010, Eugénie, née le 16 février 1896, est devenue, à cent quatorze ans, la doyenne de l'humanité. Depuis plus d'un quart de siècle, elle réside au sein d'un établissement comme 42,5 % des personnes de plus de quatre-vingt-quinze ans.

Elle avait à sa naissance une espérance de vie de quarante-sept ans. À cette date, les 100 Français qui avaient atteint ou dépassé l'âge de cent ans, avaient eux-mêmes une espérance de vie à leur naissance (en 1800) de trente-trois ans pour les hommes et de trente-huit ans pour les femmes.

Aujourd'hui, Eugénie fait partie d'une classe d'âge qui compte près de 14 950 personnes et qui devrait doubler en 2030 (30 000 centenaires) et quadrupler en 2050 (60 000).

Le vieillissement de la population française (1) croît désormais en raison de la coexistence de deux phénomènes qui sont l'entrée des classes d'âge du *baby boom* dans le troisième âge et l'augmentation continue de l'espérance de vie. Cette dernière rend en parallèle, inéluctable, la multiplication des cas de pertes d'autonomie (2) en permettant le maintien en vie tant des personnes fragilisées par l'âge que le vieillissement des personnes lourdement handicapées à leur naissance (3).

1. L'accélération du vieillissement de la population au cours des prochaines années

Afin de caractériser le vieillissement de notre société et de le mesurer, les démographes comparent le poids démographique de trois groupes d'âge : les jeunes de moins de vingt ans, les actifs de vingt à cinquante-neuf ans et les retraités de soixante ans et plus. Le vieillissement résulte des variations de ce dernier groupe, sans qu'il soit tenu compte des évolutions de la société qui

conduisent de plus en plus de personnes à rester en activité au-delà de soixante ans et sans considérer qu'aujourd'hui un senior de soixante ou de soixante-quinze ans n'a pas les mêmes capacités qu'il y a cinquante ans ni qu'à l'avenir, il aura vraisemblablement des activités encore différentes.

Quoi qu'il en soit, les projections démographiques permettent de prévoir un accroissement significatif des personnes de plus de soixante ans sous les effets conjugués du *baby-boom* et de l'augmentation de l'espérance de vie.

Le baby boom, phénomène de rattrapage des naissances commun à de nombreux pays occidentaux après cinq ans de guerre, a été particulièrement important en France puisqu'il a duré près de trente ans (1945-1975). Le vieillissement de ces générations va déferler en plusieurs vagues au cours des cinquante prochaines années : les premiers « *papy-boomers* » atteignant aujourd'hui l'âge de la retraite entreront dans le quatrième âge vers 2025 et s'éteindront au cours des années 2040 ; les générations nées dans les années soixante et soixante-dix connaîtront le même cheminement vingt et trente ans plus tard jusqu'à leur disparition dans les années 2060 et 2070.

Partant de ces constats et considérant que les tendances démographiques actuelles devraient se maintenir, l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) a établi les projections suivantes de population pour la France métropolitaine :

Projections de population

	Population au 1^{er} janvier (en millions)	Moins de 20 ans (en %)	20 ans à 59 ans (en %)	Plus de 60 ans (en %)	Dont 75 ans ou plus (en %)
2010	62,8	24,4	52,7	22,9	8,8
2020	65	23,7	50,1	26,2	9,1
2030	67,2	22,6	48,1	29,3	12
2040	69	22,1	46,9	31	14,3
2050	70	21,9	46,2	31,9	15,6

Source : INSEE – Tableaux 2010 de l'économie française

Il peut être constaté qu'en 2050 :

– le nombre des personnes âgées de soixante ans ou plus devrait s'accroître de près de 50 % par rapport à aujourd'hui, la hausse la plus forte se produisant dans les années 2030. En conséquence, près d'un habitant sur trois aurait alors plus de soixante ans contre près d'un sur cinq en 2010 et d'un sur quatre à compter de 2020 ;

– on compterait sept habitants âgés de soixante ans ou plus pour dix habitants de vingt à cinquante-neuf ans. Ce ratio qui était d’un peu moins de quatre sur dix en 2000 devrait donc quasiment doubler en cinquante ans.

L’augmentation de l’espérance de vie à la naissance ⁽¹⁾ constitue un autre facteur de l’accroissement du vieillissement puisque chaque année nous gagnons un trimestre d’espérance de vie. Ce gain annuel est aujourd’hui principalement dû aux progrès de la lutte contre les maladies cardio-vasculaires et les cancers et devrait encore perdurer, selon le professeur Étienne-Émile Baulieu ⁽²⁾.

L’espérance de vie des enfants nés en 2009 est de quatre-vingt-quatre ans et cinq mois pour les filles – supérieure de deux ans à la moyenne de l’Union européenne – et de soixante-dix-sept ans et huit mois pour les garçons – niveau de la moyenne des principaux pays européens.

2. Les liens entre le vieillissement et la perte d’autonomie

Qu’elles soient qualifiées de « perte d’autonomie » ou de « dépendance », les conséquences plus ou moins importantes et plus ou moins progressives de diverses pathologies et incapacités, et de leurs séquelles, sur les personnes de plus de soixante ans sont généralement surestimées quant à leur ampleur. Il convient donc tout d’abord de dédramatiser une situation qui peut certes générer de véritables drames familiaux mais qui, mesurée au travers des 1,1 million de bénéficiaires de l’allocation personnalisée d’autonomie (APA), ne touche que 6,7 % des 16,4 millions de personnes de plus de soixante ans.

Survenant de plus en plus tardivement et étant de plus en plus courtes, les pertes d’autonomie régressent objectivement mais du fait de l’augmentation des classes d’âge de plus de soixante-dix ans et de l’apparition d’une longévité plus importantes des personnes handicapées, les personnes âgées dépendantes devraient être de plus en plus nombreuses au cours des prochaines années.

a) L’augmentation mathématique du nombre des personnes âgées dépendantes

Les maladies et les incapacités fonctionnelles augmentant avec l’âge, le lien entre le vieillissement de la population et l’augmentation des cas de perte d’autonomie s’identifie aisément :

– d’une part, l’actuelle répartition des bénéficiaires de l’allocation personnalisée d’autonomie (APA) par tranche d’âge nous indique que les probabilités d’entrer en état de dépendance s’accroissent à partir de soixante-quinze ans et s’élèvent fortement entre quatre-vingts et quatre-vingt-dix ans ainsi

(1) Elle est égale à la durée de vie moyenne d’une génération fictive qui connaîtrait tout au long de son existence les conditions de mortalité par âge de l’année considérée.

(2) Audition du 17 décembre 2009.

que le démontre une étude récente de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques ⁽¹⁾.

Durée moyenne de perception de l'APA et répartition des bénéficiaires selon leur sexe et leur âge à l'entrée dans le dispositif

Âge à l'entrée dans le dispositif	Durée de perception de l'APA			Répartition des entrants 2007		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
60-64 ans	3 ans et 10 mois	5 ans et 5 mois	4 ans et 8 mois	4 %	3 %	3 %
65-69 ans	3 ans et 10 mois	5 ans et 6 mois	4 ans et 8 mois	6 %	4 %	4 %
70-74 ans	3 ans et 8 mois	5 ans et 5 mois	4 ans et 8 mois	10 %	8 %	8 %
75-79 ans	3 ans et 7 mois	5 ans et 5 mois	4 ans et 8 mois	18 %	16 %	16 %
80-84 ans	2 ans et 7 mois	4 ans et 6 mois	3 ans et 11 mois	27 %	26 %	26 %
85-89 ans	2 ans et 7 mois	4 ans et 5 mois	3 ans et 10 mois	22 %	25 %	24 %
90-95 ans	2 ans et 2 mois	3 ans et 7 mois	3 ans et 2 mois	10 %	13 %	13 %
95 ans et plus	2 ans et 1 mois	3 ans et 6 mois	3 ans et 2 mois	3 %	5 %	6 %
Ensemble	2 ans et 11 mois	4 ans et 5 mois	4 ans	100 %	100 %	100 %

Champ • France métropolitaine, extrapolation à partir des données de 22 départements.
Source : • *Données individuelles APA 2006-2007, DREES.*

– d'autre part, les premiers résultats de l'enquête Handicap-Santé 2008 ⁽²⁾ indiquent que les pertes modérées d'autonomie touchent 13,7 % des personnes âgées de soixante à soixante-dix neuf ans mais 25 % des personnes âgées de quatre-vingts ans ; de même la dépendance frappe 3,3 % des premières et 13,7 % des secondes ;

– enfin, la prévalence de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées ⁽³⁾ se constate majoritairement auprès des personnes de plus de

(1) La durée de perception de l'APA : 4 ans en moyenne - Premiers résultats des données individuelles APA 2006-2007, DREES, Études et Résultats, n°724, avril 2010.

(2) Réalisée par l'INSEE et la DREES, l'enquête Handicap-Santé a interrogé 28 500 personnes de tous âges vivant en ménages ordinaires en 2008. Ses premiers résultats ont été publiés dans Études et Résultats, n° 718, février 2010.

(3) Voir le rapport de Mme Cécile Gallez, La maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées, Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé, n° 2454, 6 juillet 2005.

soixante-quinze ans. Ainsi, en 2004, sur les 856 662 personnes atteintes par une maladie dégénérative en France métropolitaine, 89,5 % étaient âgées de plus de soixante-quinze ans et 73,4 % de quatre-vingts ans et plus.

**Estimation du nombre de personnes atteintes de démence en 2004
en France métropolitaine**

Âge	Hommes	Femmes	Ensemble
65-69	9 149	16 561	25 710
70-74	19 711	44 816	64 527
75-79	65 798	71 349	137 147
80-84	71 217	164 112	235 329
85-89	40 491	121 165	161 656
90 et +	31 841	200 452	232 293
Total 65 et +	238 207	618 455	856 662
Total 75 et +	209 347	557 078	766 425

Source : rapport La maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées remis par Mme Cécile Gallez, le 6 juillet 2005 (n° 2454 - Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé).

Dans l'hypothèse d'une prévalence constante de la maladie, le nombre de nouveaux cas annuels de démences pourrait être estimé à 225 263. Dès lors, les personnes de plus de soixante-cinq ans atteintes de démence seraient au nombre de 1 276 147 – dont 1 152 835 de plus de soixante-quinze ans – en 2020 et de 2 156 618 – dont 2 022 834 de plus de soixante-quinze ans – en 2040.

b) L'ampleur du phénomène

S'il existe un lien réel entre le vieillissement de la population et la probabilité d'entrer en dépendance et s'il est certain que le doublement des personnes de plus de soixante ans d'ici 2050 aura par conséquent un réel impact sur l'accroissement des cas de pertes d'autonomie, l'ampleur de ce dernier demeure difficile à quantifier.

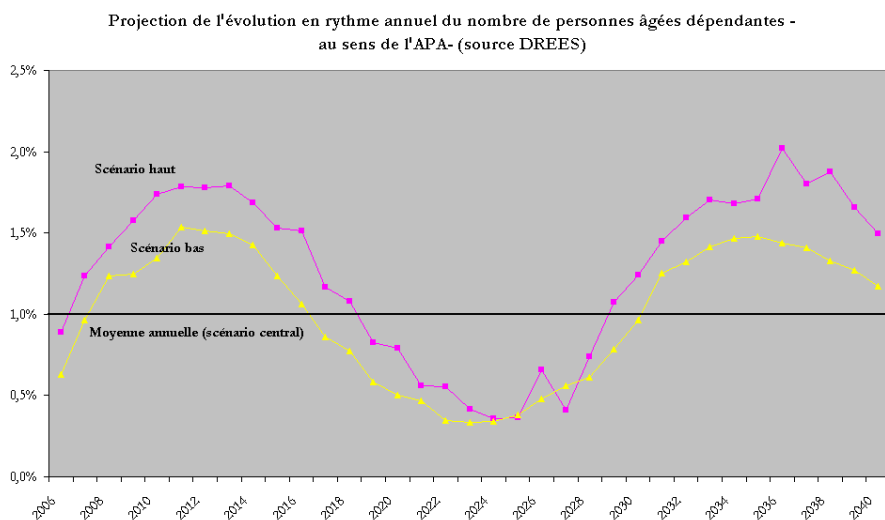
Il doit tout d'abord être rappelé que l'augmentation de l'espérance de vie s'est accompagnée d'une augmentation de la durée de vie sans incapacité. Ainsi, en 2003, l'Institut national d'études démographiques ⁽¹⁾ a calculé qu'à soixante ans pour des espérances de vie respectives de dix sept ans pour les hommes et de vingt et un ans et cinq mois pour les femmes, les années de vie gagnées s'accompagnent davantage de troubles fonctionnels (onze et quinze ans) que de situations lourdes de dépendance (deux et quatre ans). Selon le professeur Étienne-Émile Baulieu ⁽²⁾, cette tendance favorable devrait encore se maintenir quelque temps car les expérimentations animales démontrent que lorsque la longévité augmente, l'apparition des pathologies liées au vieillissement est retardée en conséquence.

(1) Audition du 19 novembre 2009 de Mme Emmanuelle Cambois.

(2) Audition du 17 décembre 2009.

Par ailleurs, nul ne peut aujourd'hui prédire quelle influence pourront exercer les politiques de prévention sur les évolutions des pathologies les plus responsables d'un état de dépendance – accidents vasculaires cérébraux (AVC), maladies cardio-vasculaires, chutes, démences... – ni quels résultats pourrait obtenir la recherche médicale dans le traitement ou à tout le moins dans la possibilité de retarder la survenue des maladies dégénératives.

En 2006, tenant compte de ces incertitudes, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) a estimé qu'entre les hypothèses d'un scénario bas et celles d'un scénario haut, le nombre de personnes âgées dépendantes, au sens de l'allocation personnalisée d'autonomie, devrait progresser dans une fourchette allant de 21,2 % à 28,5 % entre 2000 et 2020 et de 21 % à 26 % dans les vingt années suivantes, soit une augmentation moyenne de 1 % par an jusqu'en 2040, sans toutefois que cette évolution soit linéaire ⁽¹⁾.



c) L'émergence d'une meilleure longévité des enfants handicapés

Le vieillissement des populations des jeunes les plus gravement handicapés, s'il apparaît comme un événement heureux pour les familles, constitue un phénomène nouveau pour lequel les données sont peu nombreuses et fragmentées ⁽²⁾.

(1) Voir le rapport de Mme Hélène Gisserot,, Perspectives financières de la dépendance des personnes âgées à l'horizon 2025.

(2) Voir l'avis sur le projet de loi de finances 2010 – Tome IV : solidarité, insertion et égalité des chances, handicap et dépendance – déposé par M. Paul Jeanneteau (Assemblée nationale – n° 1971).

Au cours de leurs auditions respectives, les représentants de l'Union nationale des associations de parents et amis des personnes handicapées mentales (Unapei)⁽¹⁾ et de l'Association pour l'autonomie des jeunes handicapés (APAJH)⁽²⁾ ont appelé l'attention de la mission sur les problèmes que pose ce vieillissement qui va de pair avec celui des aidants, lesquels sont bien souvent les parents des intéressés.

L'allongement de l'espérance de vie des personnes handicapées est aujourd'hui mal appréhendé, les données les plus récentes datant de plus de dix ans et ayant été collectées au cours d'une enquête fondée sur les déclarations des personnes interrogées⁽³⁾. 280 000 à 350 000 personnes intellectuellement déficientes vieillissantes ayant pu être décomptées au début des années 2000, leur accroissement au cours des années, lié aux progrès médicaux et à une meilleure connaissance des familles concernées, semble certaine ; néanmoins, aucune donnée prospective n'a été établie sur ce point et ne permet d'en préciser les contours.

Considérant les nombreuses incertitudes pesant sur les renseignements relatifs aux personnes dépendantes de plus de soixante ans et l'ancienneté des données servant de base à d'éventuelles projections démographiques, il conviendrait de procéder à une réactualisation de ces informations, afin de notamment contribuer à une meilleure visibilité de l'effort public consenti pour cette prise en charge et de définir, en toute connaissance de causes, quelles actions mettre en place.

B. UN EFFORT PUBLIC D'AIDE À L'AUTONOMIE EN FORTE CROISSANCE

Bien que faisant aujourd'hui l'objet d'aides et de financements conséquents à travers multiples circuits et divers contributeurs, la compensation de la perte d'autonomie des personnes âgées semble nécessiter un effort public toujours plus grand.

1. L'augmentation continue du nombre des bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie

Créée par la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001, l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) s'adresse aux personnes âgées de soixante ans et plus, résidant à domicile ou en établissement. Son dispositif leur offre la prise en charge, qui n'est pas soumise à conditions de ressources, d'un plan d'aide comprenant les divers services et aides qui répondent aux besoins particuliers de chacune de leurs situations de perte d'autonomie. Gérée par les départements, l'allocation est calculée en fonction des revenus des bénéficiaires et de leur degré

(1) Audition du 25 février 2010.

(2) Audition du 25 février 2010.

(3) Enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance (HID) menée en 1998-2001 par l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) et la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES).

de dépendance mesuré à l'aide des six niveaux de perte d'autonomie de la grille nationale AGGIR (Autonomie gérontologie groupes iso-ressources) dits GIR 1 à 6, l'APA ne compensant que les GIR 1 à 4 ⁽¹⁾, c'est-à-dire les dépendances les plus lourdes.

Dès sa création, l'APA a été plébiscité par ses bénéficiaires et depuis lors sa montée en charge est progressive mais continue.

a) Les prévisions d'origine

Appelée à remplacer la prestation spécifique dépendance (PSD) très critiquée en raison de ses aspects restrictifs et dissuasifs ⁽²⁾, l'APA a été sous-estimée dès l'origine quant au nombre de ses bénéficiaires potentiels – le nombre des personnes classées en GIR 4 intégrées dans le nouveau dispositif ne pouvant être connu ⁽³⁾ – et, quant à la rapidité de la montée en charge du système.

Sur une population estimée à 800 000 personnes en perte d'autonomie, il était prévu que 500 000 à 550 000 d'entre elles demanderaient à bénéficier de l'allocation dans les deux premières années de son application et que le coût de cette mesure serait compris entre 2,29 et 2,59 milliards d'euros. En fait, dès la seconde année, les dépenses atteignaient plus de 3 milliards d'euros et le nombre des bénéficiaires était déjà de 792 000.

b) La montée en charge continue du dispositif

Après des taux de progression annuelle proches de 7 à 10 % entre 2002 et 2007, la montée en charge semble se ralentir : depuis 2007, le nombre des bénéficiaires augmente de 2 à 3 % par an. Au contraire, les dépenses semblent poursuivre leur dynamique de croissance.

Évolution des dépenses d'APA

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009 (prévisions)	2010 (prévisions)
Nombre de bénéficiaires au 31 décembre	605 000	792 000	865 000	938 000	1 008 000	1 070 000	1 100 000	1 128 000 (au 30 septembre)	Non déterminé
Dépenses d'APA (en millions d'euros)	1 855	3 205	3 591	3 930	4 244	4 555	4 855	5 116	5 397

Sources : CNSA et rapport d'information de la mission commune d'information du Sénat sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque (n°447, juillet 2008).

(1) Voir, infra, l'annexe Grille AGGIR et groupes iso-ressources.

(2) Réservée aux personnes classées en GIR 1 à 3 et récupérable sur leur succession, elle n'était servie qu'à 135 000 personnes en septembre 2000.

(3) Les intéressés ne ressortant d'aucun dispositif spécifique ne pouvaient pas, alors, être comptabilisés.

2. Le poids de la solidarité nationale

À la mi-2008, le montant de l'effort public consacré à la compensation des pertes d'autonomie des personnes âgées était estimé à près de 21 milliards d'euros par la mission commune d'information du Sénat sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque⁽¹⁾. Principalement abondée par les organismes de sécurité sociale, puis par les départements et l'État, la dépense publique consacrée à la dépendance atteint aujourd'hui près de 22 milliards d'euros et équivaut à plus de 1,1 % du produit intérieur brut (PIB)⁽²⁾.

a) Les dépenses de sécurité sociale

Les différentes branches de la sécurité sociale participent à hauteur de 13,45 milliards d'euros au financement de la perte d'autonomie des personnes âgées avec des apports plus ou moins importants des unes et des autres.

La branche Maladie est le principal financeur de cette prise en charge de la dépendance. Sur les 22 milliards des dépenses publiques engagées à ce titre en 2009, elle semble avoir consacré plus de 11 milliards d'euros (soit 50,2 % du total des dépenses) pour les soins prodigués aux personnes âgées dépendantes que ce soit par un établissement hospitalier ou par la médecine de ville (4,738 milliards d'euros) ou au sein d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (6,267 milliards d'euros).⁽³⁾

Si les premières dépenses sont assez difficiles à identifier dans la masse des dépenses hospitalières ou des dépenses de médecine de ville, les dépenses au sein des établissements d'hébergement sont inscrites dans un des six sous-objectifs nationaux d'évolution des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) définis chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale. Ce dernier, consacré aux « établissements et services personnes âgées », vient abonder les crédits mis à la disposition de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 a ainsi prévu une base de 6,3 milliards d'euros pour l'ONDAM « personnes âgées », en hausse de 10,9 % par rapport à 2009 afin de permettre la mise en œuvre des mesures nouvelles, pour un montant de plus de 550 millions d'euros, permettant le déploiement des plans Solidarité-Grand âge et Alzheimer.

En sus de cette enveloppe globale de plus de 11 milliards d'euros, il convient de rappeler que l'assurance maladie contribue également indirectement au coût de la prise en charge de la dépendance par le biais de diverses exonérations de cotisations sociales (cf., *infra*).

(1) Voir le rapport d'information de la mission, déposé par M. Alain Vasselle le 8 juillet 2008 (Sénat, n° 447).

(2) En 2009, le PIB avait un montant de 1 920 milliards d'euros – Audition du 8 avril 2010 de M. Philippe Josse, directeur du budget.

(3) Voir, *infra*, le tableau des estimations de dépenses publiques dressé par M. Philippe Josse, directeur du budget lors de son audition précitée.

La branche Vieillesse, en compensation de la prise en charge par l'allocation personnalisée d'autonomie des personnes en perte moyenne d'autonomie (dites en GIR 4) dont elle s'occupait jusqu'à la création de cette prestation, verse chaque année une contribution à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Revalorisé en fonction de l'évolution prévisionnelle de l'indice des prix à la consommation hors tabac, le montant de cette contribution s'élève à 65,8 millions d'euros en 2009 (*in* budget 2009 exécuté de la CNSA) et devrait atteindre 67 millions d'euros en 2010 (*in* projet de budget primitif 2010 de la CNSA).

Par ailleurs, la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) ⁽¹⁾ mène auprès des retraités en situation de fragilité économique, sociale ou physique (personnes en GIR 5 et 6) une politique d'action sociale visant à améliorer leurs conditions d'existence et à prévenir ou à retarder chez eux la survenue du risque de perte de l'autonomie. En 2009, son budget total d'intervention a été de 394 millions d'euros dont 329,5 millions d'euros de prestations individuelles ⁽²⁾ et 64,5 millions d'euros de prestations collectives ⁽³⁾.

La branche Famille et la Mutualité sociale agricole (MSA) allouent sous condition de ressource des aides personnelles au logement qui, sans leur être spécifiquement destinées, peuvent être versées aux personnes âgées dépendantes résidant en institution ou à leur domicile. Le montant de ces interventions en 2009 est estimé à 568 millions d'euros par la Direction du budget.

En outre, la Caisse centrale de mutualité sociale agricole ⁽⁴⁾ propose des actions de prévention (Pac Eurêka d'activation cérébrale visant à entretenir la mémoire, Ateliers du Bien Vieillir), apporte un soutien aux aidants familiaux (groupes de formation et de parole, aides au répit...), expérimente depuis 2005 des réseaux Alzheimer destinés à coordonner l'offre de soins et de services aux malades et à leurs aidants et a contribué à l'ouverture de 130 maisons d'accueil rurales pour personnes âgées (Marpa), qui sont des unités de vie non médicalisées offrant un « chez soi » autonome à forte plus-value de services.

b) L'apport des départements

Depuis les lois de décentralisation, les départements ont, sauf exception, la charge de l'ensemble des prestations d'aide sociale au nombre desquelles l'aide sociale aux personnes âgées qui recouvre les dépenses de compensation de la perte

(1) Audition du 19 novembre 2009 de MM. Pierre Mayeur, directeur la CNAV et Claude Périnel, directeur national de l'action sociale.

(2) Aide ménagères à domicile, aide au retour à domicile après hospitalisation, aide à l'amélioration de l'habitat...

(3) Subventions d'investissement ou de fonctionnement accordées à des structures ou des établissements apportant une aide ou hébergeant des personnes âgées.

(4) Audition du 26 novembre 2009 de MM. Gérard Pelhate, président de la Mutualité sociale agricole, Bruno Lachesnaie, directeur de l'action sanitaire et sociale et Christophe Simon, chargé des relations parlementaires.

d'autonomie (allocation personnalisée d'autonomie), celles de l'aide sociale à l'hébergement (ASH) et plus marginalement, celles de l'aide à domicile.

De 2004 à 2008, après la déduction éventuelle de récupérations, recouvrements et remboursements de certaines prestations obtenus auprès d'autres collectivités territoriales ou auprès des familles, ces dépenses nettes ont progressé de 22 %, passant de 4,6 milliards d'euros à 6,1 milliards d'euros⁽¹⁾. Il convient de relever que ce taux de progression est moindre (16,9 %) lorsque sont comparées sur cette même période les dépenses brutes lesquelles passent de 5,7 milliards d'euros à 7,2 milliards d'euros.

L'allocation personnalisée d'autonomie (APA), financée en majeure partie par les conseils généraux qui en assument la gestion et le service, bénéficie à une population plus large et plus nombreuse que l'ancienne prestation spécifique dépendance (PSD). Elle met à la charge des départements une dépense dont la croissance est régulière et qui est de moins en moins compensée par la solidarité nationale, *via* la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (cf. *infra*).

En 2008, les dépenses brutes départementales d'APA ont financé l'accueil en établissement ou en famille d'accueil de près de 424 000 personnes âgées pour un montant de 1,7 milliard d'euros et le maintien à domicile de 658 000 personnes pour un montant de 3 milliards d'euros. Représentant 40 % de la dépense totale, les dépenses d'accueil en établissement ont progressé de 4 % entre 2007 et 2008 tandis que cette progression était de 6 % pour les dépenses de maintien à domicile.

L'aide sociale à l'hébergement (ASH), attribuée sous condition de ressources vise à prendre en charge les frais d'hébergement des personnes âgées de plus de soixante-cinq ans accueillies en établissement. En 2008, l'ASH a été versée à 115 000 personnes en établissement pour un montant de 2 milliards d'euros et à 1 480 personnes âgées logées en familles d'accueil pour un montant de 12,1 millions d'euros.

Sous conditions d'une participation de l'intéressé au coût de son hébergement à concurrence de 90 % de ses ressources, la prise en charge par le département peut être totale ou partielle, mais les sommes laissées à la disposition de la personne âgée ne doivent pas être inférieures à 1 % du montant annuel du minimum vieillesse.

À domicile, les 82 millions d'euros affectés à différentes aides en 2008 – aides ménagères, portage de repas... – sont en diminution de 10 % par rapport à l'année précédente, essentiellement en raison du recul du nombre de bénéficiaires d'aides ménagères qui est passé en moyenne annuelle de 24 800 personnes en 2007 à 23 100 en 2008⁽²⁾.

(1) Voir Les dépenses d'aide sociale départementale, DREES, Études et résultats, n° 714, janvier 2010.

(2) Ibidem.

c) Les financements dédiés complémentaires

Deux ressources fiscales, gérées par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), ont été spécifiquement affectées par la loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées au financement de la prise en charge de toute perte d'autonomie : la contribution solidarité autonomie (CSA) ⁽¹⁾ et une fraction de 0,1 % de la contribution sociale généralisée (CSG) perçue sur les revenus d'activité.

Assis sur les masses salariales et pour partie, sur les revenus du patrimoine et les produits de placements, ces financements ont naturellement subi de plein fouet les effets du ralentissement économique dû à la crise que traverse actuellement l'économie mondiale, ce qui s'est traduit par une moindre augmentation des recettes en 2008 et par une baisse des encaissements en 2009. Toutefois, escomptant un rétablissement de la conjoncture économique dès cette année puis un retour à la croissance à partir de 2011, la CNSA ⁽²⁾ augure une augmentation de ses financements dédiés de 0,6 % en 2010 et de 2 % en 2011 puis en 2012.

Tableau des recettes CSA-CSG depuis 2007

(En millions d'euros)

	Exécuté 2007	Exécuté 2008	Évolution 2008/2007	Budget prévisionnel 2009	Évolution 2009/2008	Budget prévisionnel 2010	Évolution 2009/2010
CSG sur les revenus d'activité et de remplacement	937,7	977,8	4,27 %	978,4	0,1 %	983,2	0,5 %
CSG sur les revenus du patrimoine	67,8	71,7	5,74 %	50,4	-29,7 %	51,4	2,0 %
CSG sur les revenus des placements	66,8	67,9	1,60 %	60,9	-10,3 %	61,5	1,0 %
CSG sur les revenus des jeux	5,8	5,2	-10,87 %	5,4	4,3 %	5,4	0,0 %
Total CSG	1 078,2	1 122,6	4,12 %	1 095,1	-2,4 %	1 101,5	0,6 %
CSA sur les revenus d'activités	1 844,0	1 886,6	2,31 %	1 865,9	-1,1 %	1 869,8	0,2 %
CSA sur les revenus du patrimoine	201,5	214,6	6,52 %	151,1	-29,6 %	154,0	1,9 %
CSA sur les revenus des placements	174,1	194,3	11,62 %	182,7	-6,0 %	185,0	1,3 %
Total CSA	2 219,6	2 295,5	3,42 %	2 199,7	-4,2 %	2 208,8	0,4 %
Total CSG et CSA	3 297,8	3 418,1	3,65 %	3 294,8	-3,6 %	3 310,3	0,5 %

Source : CNSA – Rapport d'activité 2009 – Conseil du 30 mars 2010

(1) Composée de trois contributions : une contribution de 0,3 % des rémunérations versées par les employeurs privés et publics, en contrepartie d'une journée supplémentaire de travail non rémunéré pour les salariés dite « journée de solidarité » ; une contribution additionnelle de 0,3 % au prélèvement social de 2 % assis sur les revenus du patrimoine ; et une contribution additionnelle de 0,3 % au prélèvement social de 2 % assis sur les produits de placement.

(2) Voir le rapport d'activité 2009 et les comptes prévisionnels 2010, présentés au Conseil de la CNSA le 30 mars 2010.

La CNSA ayant la responsabilité de la prise en charge des pertes d'autonomie tant des personnes handicapées que des personnes âgées, elle répartit ses recettes entre ces deux actions. Ainsi, aux termes de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles, la CNSA doit consacrer au secteur des personnes âgées :

- 40 % des ressources de la contribution solidarité autonomie (CSA) aux établissements et services qui accueillent des personnes âgées et 20 % de cette même contribution au financement de la prestation d'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ;

- une fraction de CSA fixée chaque année par arrêté des ministres à diverses dépenses (animation, prévention, frais d'études), soit 10 millions d'euros en 2009 (arrêté du 18 novembre 2009) ;

- 5 à 6 % des recettes provenant de la contribution sociale généralisée (CSG) à la promotion des actions innovantes, à la formation des aidants et accueillants familiaux et à la professionnalisation des métiers de services ;

- 94 % du produit de la CSG au financement de l'APA.

Par ailleurs, la caisse affecte 50 % des produits financiers générés par ses placements de trésorerie au financement de l'APA, soit 22,7 millions d'euros en 2009 (crédits exécutés) et 15 millions d'euros en 2010 (projet de budget primitif). À la suite de la crise économique, ce financement a subi une baisse sérieuse si on le compare avec celui de 2008 qui atteignait un montant de 31 millions (crédits exécutés).

Il doit être noté que la contribution de la CNSA au financement de l'APA diminue au cours des années laissant à la charge des départements une part de plus en plus importante du financement ⁽¹⁾.

Contributions de la CNSA et des départements au financement de l'APA

	<i>(En millions d'euros)</i>								
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009(p)	2010(p)
Dépenses d'APA*	1 855	3 205	3 591	3 930	4 244	4 555	4 854	5 116	5 397
Concours de la CNSA*	798	1 323	1 339	1 331	1 412	1 513	1 599	1 529	1 538
Couverture de la solidarité nationale	43 %	41,3 %	37,3 %	33,9 %	33,3 %	33,2 %	32,9 %	29,9 %	28,5 %
Charge brute des départements**	1 057	1 882	2 252	2 599	2 832	3 042	3 255	3 587	3 858
Progression annuelle de la part départementale	/	78 %	19,7	15,4 %	9 %	7,4 %	7 %	10,2 %	7,6 %

Source : * CNSA

** Rapport sur les finances départementales de M. Pierre Jamet (avril 2010)

d) Les exonérations fiscales et sociales

En 2009, les exonérations fiscales et sociales centrées sur la dépendance des personnes âgées ⁽¹⁾ ont représenté un montant total de 2,101 milliards d'euros,

(1) Lors des débats parlementaires relatifs à l'institution de l'APA, il avait été indiqué que la solidarité nationale pourrait participer à son financement à hauteur de la moitié ou du tiers de la dépense des départements mais le législateur n'a jamais repris cette proposition qui ne reste qu'un accord informel.

soit des montants respectifs de 600 millions d'euros pour les premières et de 1,501 milliard d'euros pour les secondes.

Les dépenses fiscales recouvrent trois dispositifs : une réduction d'impôt sur le revenu – plafonnée à 10 000 euros par an – de 25 % des frais de dépendance et d'hébergement pour les résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) représentant 155 millions d'euros au profit de 298 000 ménages ; une exonération de l'impôt sur le revenu de l'allocation personnalisée d'autonomie (soit 100 millions d'euros au profit de 1,115 million de ménages) et un taux de TVA à 5,5 % pour la fourniture de logement et de nourriture dans les EHPAD (représentant 345 millions d'euros au profit de 2 400 entreprises).

Diverses autres dépenses fiscales peuvent par ailleurs bénéficier aux personnes âgées en perte d'autonomie mais elles ne leur sont pas spécifiques et la part qu'elles y représentent est difficile à déterminer ⁽²⁾.

Les exonérations de cotisations patronales de sécurité sociale bénéficient aux particuliers dépendants – mais également aux personnes âgées non dépendantes de plus de soixante-dix ans – et aux accueillants familiaux de personnes dépendantes employant des aides à domicile (861 millions d'euros) ainsi qu'aux associations ou entreprises proposant des services d'aide à domicile pour les personnes dépendantes (640 millions d'euros).

Ce financement public de la perte d'autonomie – dont les différents chapitres sont résumés dans le tableau ci-après – paraît d'autant plus important qu'il s'inscrit dans une conjoncture désastreuse pour les finances publiques.

(1) *Audition du 7 avril 2010 de M. Philippe Josse, directeur du budget.*

(2) *Voir le rapport d'information précité de M. Alain Vasselle.*

Estimation des dépenses publiques 2009 en faveur de la dépendance

(En millions d'euros)

	État	Dépenses fiscales	Administrations de sécurité sociale	CNSA	Administrations publiques locales	Totaux
Soins	—	—	6 267	985	—	7 252
	—	—	4 738	—	—	4 738
	—	—	568	—	—	568
Hébergement	—	—	—	344	—	344
	—	—	—	—	1 170	1 170
Aide à la personne	—	—	380	—	170	550
	—	255	1 501	—	—	1 756
	—	—	—	1 529	3 587	5 116
Autres	33	—	—	58	—	91
	33	255	13 454	2 916	4 927	21 585

Source : Estimations de la Direction du budget (avril 2010)

C. UN CONTEXTE DE FINANCES PUBLIQUES EXSANGUES

Comme les autres pays industrialisés, la France souffre depuis 2008 des effets de la crise mondiale : ainsi, alors qu'il n'avait progressé que de 0,4 % en 2008, le produit intérieur brut (PIB) a reculé de 2,2 % en 2009 subissant ainsi la plus forte baisse depuis l'après-guerre ⁽¹⁾. Mais l'impact de la crise a également conduit à une dégradation de la dépense publique française, laquelle inclut les dépenses de l'État, celles de la sécurité sociale et celles des collectivités locales.

1. Les contraintes du contexte budgétaire de l'État

Alors même que les prélèvements obligatoires français sont parmi les plus élevés des pays industriels, l'écart croissant entre les recettes et les dépenses est à l'origine d'un déficit chronique et l'endettement de la France s'est accru en conséquence au fil des années.

Dès lors entre une dette publique dont la hausse a été amplifiée par une importante diminution des recettes fiscales liée à une baisse de l'activité aggravée par la crise et un taux élevé de prélèvements obligatoires, il n'existe pas de véritable marge de manœuvre pour financer les politiques publiques.

a) Les déficits publics croissants

La dépense publique française ⁽²⁾, la plus élevée de l'Union européenne, atteint 55 % du PIB en 2009. N'étant pas suffisamment compensée par les recettes existantes, elle crée chaque année un déficit qui, à la suite de la récession, s'est établi à un niveau record de 7,5 % du PIB en 2009 – soit 144,8 milliards d'euros – alors que le déficit prévisionnel pour 2010 devrait atteindre plus de 8 % du PIB soit 152 milliards d'euros ⁽³⁾.

Évolution des dépenses et recettes publiques en parts du PIB (2002-2009)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Dépenses	52,6 %	53,3 %	53,2 %	53,4 %	52,7 %	52,3 %	52,8 %	56,0 %
Recettes	49,5 %	49,2 %	49,6 %	50,4 %	50,4 %	49,6 %	49,5 %	48,4 %
Déficit au sens de Maastricht	- 3,1 %	- 4,1 %	- 3,6 %	- 2,9 %	- 2,3 %	- 2,7 %	- 3,3 %	- 7,5 %

Source : Comptes nationaux - Base 2000, Insee

Mais, l'endettement de notre pays ne résulte pas seulement de la crise économique ; les déficits n'ayant pas été résorbés au fil des années ont accru la

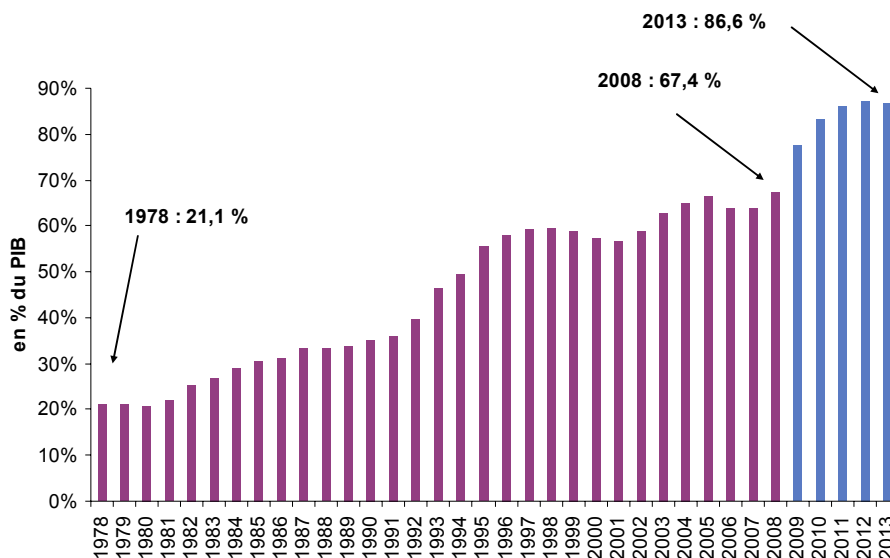
(1) Voir Informations Rapides n° 85 du 30 mars 2010 – INSEE Conjoncture.

(2) Voir la rubrique « Une conférence pour tourner la page du déficit » sur le site internet du ministère du budget, des comptes publics et de la réforme de l'État : http://www.budget.gouv.fr/actus/suite/100228_conference_deficit.htm.

(3) Voir le projet de loi de finances rectificative pour 2010 – Assemblée nationale, n° 2452 – Avril 2010.

dette publique globale qui s'élève fin 2009 à 1 489 milliards d'euros, soit 77,6 % du produit intérieur brut contre 67,5 % fin 2008. Si ce taux d'endettement n'est pas extrêmement éloigné des niveaux de dette d'autres pays européens, il est plus inquiétant de constater que la France accroît constamment son stock de dettes et que, même dans l'hypothèse d'une reprise de la croissance, cet endettement ne devrait pas cesser d'augmenter ; il pourrait atteindre 86,6 % du PIB en 2013.

Évolution de la dette publique de 1978 à 2013



19/8/2008 : INSEE/2009 – 2013 : prévision programme de stabilité
Source : Direction du Budget

L'évolution de cette dette risque d'être aggravée par l'adoption du « Grand emprunt » dont les 35 milliards d'euros sont destinés aux dépenses d'avenir et structurantes : l'enseignement supérieur, la formation et la recherche (19 milliards d'euros), l'industrie et les PME (6,5 milliards d'euros), le développement durable (5,1 milliards d'euros) et le numérique (4,5 milliards d'euros). Les dépenses liées à cet emprunt ne seront financées qu'à hauteur de 13 milliards d'euros par le remboursement des sommes prêtées par l'État aux banques afin de renforcer leurs fonds propres au moment de la crise financière. Le reste le sera par appel aux marchés financiers à hauteur de 22 milliards d'euros.

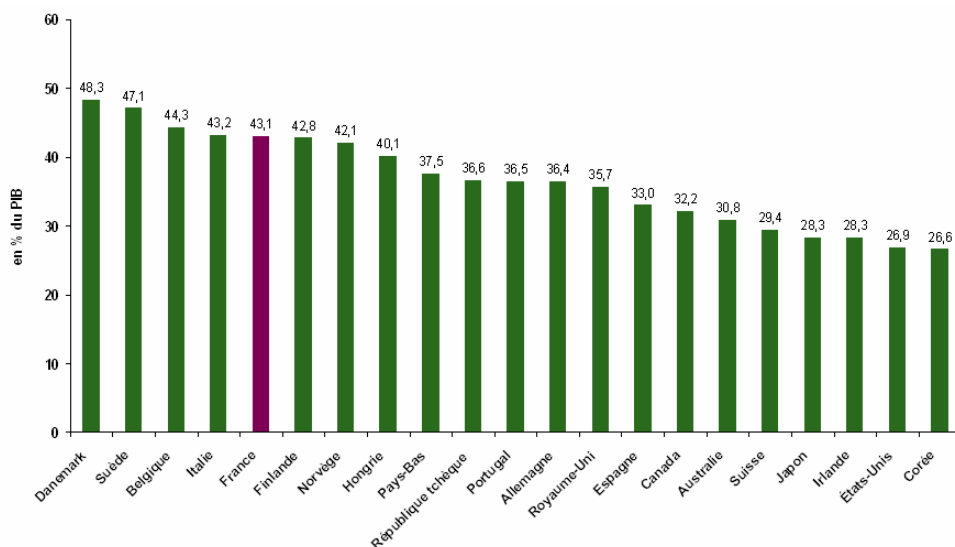
De fait, ainsi que le note la Cour des comptes⁽¹⁾ « même si ces investissements exceptionnels sont choisis avec discernement, il est donc peu probable que les administrations publiques en tirent rapidement des recettes suffisantes pour en amortir le coût. Il en résultera un surcroît de charges d'intérêt qui préemptera une part des économies à réaliser sur les dépenses de l'État. »

(1) Voir « Finances publiques : au-delà de la crise, l'aggravation du déficit structurel » dans le Rapport annuel 2010 de la Cour des comptes.

b) Le niveau trop élevé des prélèvements obligatoires

Recouvrant les impôts, les taxes et les cotisations sociales obligatoires versées aux administrations publiques, les prélèvements obligatoires représentent 43,1 % du PIB, situant ainsi la France dans le peloton de tête des pays industrialisés.

Taux de prélèvements obligatoires en 2008



2. Les difficultés financières des collectivités territoriales

Dans son rapport sur l'état des lieux 2009 des finances des collectivités locales, l'Observatoire des finances locales⁽¹⁾ observe que la crise du crédit bancaire survenue à l'automne 2008 s'est notamment traduite par des difficultés d'accès au crédit des collectivités locales mais que la situation financière des communes et des régions, restait encore relativement saine à la différence de celle des départements ; l'observatoire constate en effet que, pour ces derniers, la récession avait « *des répercussions particulièrement importantes* » puisqu'elle a entraîné une hausse des dépenses sociales – qui représentent la moitié de leurs dépenses – et qu'elle a diminué certaines de leurs ressources fiscales tels les droits de mutation à titre onéreux⁽²⁾ et la taxe intérieure sur les produits pétroliers (TIPP)⁽³⁾.

(1) Voir le site internet de l'observatoire :

http://www.dgcl.interieur.gouv.fr/sections/les_collectivites_te/finances_locales/le_cfl/observatoire_des_fin/

(2) Cette recette, ayant pâti de la chute des transactions immobilières, pourrait passer de 8 milliards d'euros en 2007 à 6 milliards d'euros en 2009, soit revenir à son niveau 2004-2005.

(3) La baisse de la consommation de pétrole entraînée par la contraction de l'économie a conduit à une perte des recettes provenant de cette taxe.

En janvier 2010, remarquant que la crise économique avait particulièrement fragilisé certains départements « *confrontés depuis dix-huit mois à une croissance des dépenses sociales plus rapide que celle de leurs recettes* », le Premier ministre confiait à M. Pierre Jamet, directeur général des services du conseil général du Rhône une mission de diagnostic et de proposition sur la consolidation des finances des départements fragilisés. Dans son rapport, remis le 20 avril 2010, ce dernier souligne que :

– les départements connaissent des situations budgétaires tendues mais différenciées, liées notamment à un effet de ciseaux entre la croissance des recettes et celle des dépenses ⁽¹⁾ ainsi qu'à une baisse tendancielle de la capacité d'autofinancement ;

– le processus de décentralisation dans le champ social contraint fortement les marges de manœuvre des départements puisque les dépenses sociales (29,8 milliards d'euros en 2009, en augmentation de 7,8 % par rapport à 2008) représentent près de 48 % de la dépense totale (66,5 milliards d'euros) et que 90 % de ces dépenses sociales (allocation de revenu minimum d'insertion, protection sanitaire de la famille et de l'enfance, aide sociale à l'enfance et aide aux personnes handicapées adultes et aux personnes âgées) se caractérisent par un effet mécanique d'augmentation : ainsi, dans le cas de l'allocation personnalisée d'autonomie, « *outre le fait que ses conditions et barèmes sont définis au niveau national, les dépenses qui en résultent sont également contraintes par un effet de progression mécanique d'une partie de leurs bénéficiaires potentiels* ».

Il convient donc de veiller à ne pas contribuer à de nouveaux alourdissements de la charge de la dette afin de ne pas perdre toute marge de manœuvre financière, comme certains pays européens en font aujourd'hui la très amère expérience mais aussi comme l'expose la Cour des comptes dans son dernier rapport public annuel, afin de ne pas faire peser sur les actifs des générations futures, « *une charge indue qui s'ajoutera aux coûts résultant d'une population vieillissante* ».

3. Les déficits des organismes de la protection sociale

Présentés en mai 2010, par le secrétariat général de la Commission des comptes de la sécurité sociale ⁽²⁾, les comptes du régime général de la Sécurité sociale pour 2009 font apparaître un déficit de 20,3 milliards d'euros ce qui représente une dégradation de plus de 10 milliards d'euros par rapport au résultat enregistré en 2008 (moins 10,2 milliards d'euros).

Ce déficit, aggravé par la crise et ses conséquences sur la masse salariale – dont la diminution entraîne *de facto* une baisse du versement des cotisations et

(1) Sur la période 2000-2008, le différentiel entre les recettes et les dépenses en taux annuel de croissance est de 1,3 % en moyenne ; sur cette même période, il passe à deux points par an si l'on s'en tient aux seules recettes (+ 7,3 %) et dépenses (+ 9,3 %) de fonctionnement en moyenne annuelle entre 2000 et 2008.

(2) Voir le site internet : http://www.securite-sociale.fr/chiffres/ccss/notesconji/conj201005_2.pdf

donc des recettes – devrait s’accroître en 2010, atteignant 30 milliards d’euros, et même perdurer au-delà. Selon les projections actuelles, même dans le cadre de l’hypothèse relativement optimiste d’une croissance de la masse salariale privée de 5 % par an, le déficit se maintiendrait à 30 milliards d’euros jusqu’en 2013 ⁽¹⁾.

De fait, comme le soulignait Philippe Séguin, Premier président de la Cour des comptes, en présentant à la Commission des affaires sociales ⁽²⁾, le rapport annuel 2009 de la Cour relatif à l’application des lois de financement de la sécurité sociale : « *Rien ne serait plus dangereux à nos yeux que de tirer prétexte de la situation conjoncturelle pour ne pas voir qu’avant même la crise, la sécurité sociale faisait face à un déficit structurel de plus de 10 milliards d’euros – dans l’hypothèse la plus favorable – et à une dette cumulée de plus de 100 milliards.* »

Rappelant que pour résorber les milliards de la dette cumulée et répondre à une explosion de dépenses générée par le vieillissement de la population, le progrès médical, et l’attention accrue de chacun portée à la santé, le Premier président appelait de ses vœux l’adoption de mesures de fond « *douloureuses pour beaucoup et (...) à n’en pas douter, impopulaires* » tant pour les retraites que pour l’organisation et le fonctionnement du système de santé.

Ce souhait trouve aujourd’hui un commencement d’exécution avec les deux chantiers de réformes que le Président de la République a initiés : le sauvetage des régimes de retraite et la création d’un dispositif de prise en charge de la perte d’autonomie des personnes âgées qui puisse relever le défi d’une couverture non seulement de la population actuelle de ces personnes mais également de celles, très nombreuses des générations à venir.

Les dispositifs actuels ne sauraient en effet perdurer en l’état tant en raison d’un risque d’implosion sous le poids du nombre grandissant de ses bénéficiaires que de ses imperfections dont le constat a été largement et communément partagé par la majorité des interlocuteurs la mission.

(1) Audition du 1^{er} avril 2010 de M. Dominique Libault, directeur général de la sécurité sociale et de Mme Julienne Katia, sous-directrice du financement du système de soins.

(2) Audition du 16 septembre 2009.

II.- DES CONSTATS PARTAGÉS

À quatre-vingt-six ans, Jean est en pleine possession de ses moyens intellectuels et physiques, à l'exception d'une certaine surdité qui s'est aggravée avec les années.

Veuf, il vit à son domicile comme 73,3 % des gens de sa classe d'âge et reçoit deux fois par semaine, grâce à l'aide que lui a attribuée sa caisse de retraite, une employée de maison qui constitue son seul contact avec l'extérieur avec les commerçants de son quartier et ses deux petits enfants de trente et vingt-cinq ans, dont les parents sont décédés cinq ans auparavant dans un accident de voiture.

C'est cette aide à domicile qui l'a retrouvé allongé dans son salon après une chute consécutive à une fracture du col du fémur et qui a appelé les secours. Hospitalisé à la suite de cet accident comme le sont - pour les mêmes raisons - 1,7 % des hommes de sa génération, Jean a pu ensuite rentrer chez lui mais s'est retrouvé très handicapé malgré diverses séances de kinésithérapie.

Ne pouvant plus assumer son quotidien à son domicile, il a décidé d'entrer dans une maison de retraite mais n'ayant pas les moyens d'en assumer le coût, il a sollicité une aide sociale à l'hébergement. Désagréablement surpris d'apprendre que les services sociaux auxquels il s'était adressé, se retournaient vers ses petits-enfants pour leur demander une participation financière à son hébergement au titre de leur obligation alimentaire à son égard, il a finalement renoncé à son projet.

Inéquitable (A) entre ses bénéficiaires, la prise en charge de la compensation de la perte d'autonomie rencontre diverses difficultés qu'elle se fasse au domicile de la personne (B) ou au sein d'un établissement d'hébergement (C).

A. UNE COMPENSATION INÉQUITABLE DE LA PERTE D'AUTONOMIE

Une perte d'autonomie, avant d'être prise en charge de façon extrêmement hétérogène par les départements, doit être évaluée. Cette évaluation, malgré ses difficultés, conduit à une compensation qui varie en fonction du degré de dépendance ainsi déterminé mais qui ne parvient pas à diminuer les restes à charge pesant sur les personnes concernées.

1. Les évaluations incertaines de la dépendance

Depuis 1997, la grille AGGIR⁽¹⁾ mesure l'autonomie d'un individu dans ses activités mentales (cohérence, orientation et communication avec autrui), corporelles (alimentation, élimination, toilette, habillage, transfert des positions

(1) Voir, infra, l'annexe Grille AGGIR et groupes iso-ressources.

corporelles, déplacement à l'intérieur et à l'extérieur) domestiques et sociales (gestion personnelle de son patrimoine, cuisine, ménage, transports, achats, suivi d'un traitement, activités de temps libre).

Tout demandeur d'une allocation personnalisée d'autonomie est ainsi évalué par des équipes médico-sociales qui classent la personne âgée dans l'un des six groupes homogènes en termes de ressources employées et de coûts (groupes iso-ressources dits GIR). Cette évaluation est importante puisque lorsqu'une personne ressort d'un GIR 1 à 4, l'allocation pourra lui être attribuée dans la limite d'un montant mensuel maximum respectivement fixé au 1^{er} avril à 1 235,65 euros, (GIR 1), 1 059,13 euros (GIR 2), 794,35 euros (GIR 3) et 529,56 euros (GIR 4) ; lorsque la personne est classée en en GIR 5 ou 6, elle peut prétendre, en fonction de ses ressources, au versement des prestations d'aide ménagère servies par son régime de retraite ou par l'aide sociale départementale.

a) Les insuffisances de la grille AGGIR

Cette grille sert de socle commun à l'ensemble des départements, même si sa qualité est souvent discutée, notamment par les différents représentants d'associations ou de services à domicile intervenus devant la mission. Ces critiques, latentes depuis 2001 ⁽¹⁾, portent principalement sur le fait que cet outil d'évaluation ne permet pas de décrire la complexité de la situation de la personne dans son environnement : ainsi, les variables « cohérence » et « orientation » seraient insuffisantes pour décrire l'état psychique (troubles du comportement, agitation et difficultés relationnelles). Les maladies dégénératives, telle la maladie d'Alzheimer, seraient mal évaluées dans la plupart des cas d'autant que certains de ces troubles peuvent ne pas être aisément décelables ou sont évolutifs dans le temps, et parfois à l'intérieur d'une même journée.

Par ailleurs, les frontières entre les différents groupes iso-ressources (GIR) seraient si ténues qu'« *un utilisateur averti peut aisément faire basculer une personne d'un GIR à un autre selon la façon dont il remplit la grille* » ⁽²⁾.

Mais les choses semblent s'être améliorées depuis l'élaboration par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) d'un nouveau guide de remplissage de la grille AGGIR dont la Direction générale de l'action sociale, assistée du comité de pilotage des études sur la reproductibilité de la grille AGGIR, a décidé de valider et d'accompagner la diffusion en l'insérant dans les dispositions réglementaires du code de l'action sociale et des familles

(1) *Rapport du Comité scientifique pour l'adaptation des outils d'évaluation de l'autonomie, présidé par le docteur Alain Colvez, directeur de recherches à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (2003) ; rapport n° 186 sur la proposition de loi relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie de M. André Lardeux (Sénat - 2002-2003) ; étude sur la fiabilité de l'instrument AGGIR réalisée pour la Direction générale de l'action sociale (2005) ; rapport précité de Mme Hélène Gisserot (2007) ; rapport sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque de M. Alain Vasselle (Sénat, n° 447 -2008) ; rapport sur la gestion de l'APA (IGAS -2009).*

(2) *Rapport précité de M. Alain Vasselle (2008).*

(décret du 21 août 2008). Ces nouvelles modalités de saisie « *ont permis d'homogénéiser les pratiques d'évaluation des professionnels* » selon M. Éric Woerth, ministre du travail, de la solidarité et de la fonction publique ⁽¹⁾.

Toutefois, les améliorations de cet outil de mesure des pertes d'autonomie resteront toujours insuffisantes si elles ne sont pas accompagnées d'une formation des évaluateurs.

b) L'absence de formation à l'utilisation de l'outil AGGIR

Ainsi que le rappelait à la mission M. Jean-Marie Vetel, président d'honneur du Syndicat national de gérontologie clinique, membre du Conseil de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) ⁽²⁾, c'est moins la grille AGGIR qui pose problème – elle est jugée tout aussi fiable qu'un autre outil de mesure par le comité scientifique pour l'adaptation des outils d'évaluation de l'autonomie – que son utilisation par des gens non formés à sa pratique.

De fait, diverses inégalités de classement dans des GIR ont pu être constatées sur l'ensemble du territoire au sujet de personnes atteintes à un même degré d'une perte d'autonomie ; après enquête, il est apparu qu'un certain nombre d'évaluateurs vérifiaient effectivement si l'individu qu'ils examinaient menait « habituellement, correctement et totalement » ⁽³⁾ ses activités mais oublièrent de rechercher s'il le faisait « spontanément », excluant de la sorte nombre de demandeurs d'une allocation personnalisée d'autonomie débutant diverses démences. Afin de résoudre ce grave problème d'inéquité entre les personnes, la CNSA a mis en place des stages de formation à l'utilisation de la nouvelle grille AGGIR par l'intermédiaire des directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS) et à destination de deux personnes par département : un médecin et un infirmier coordonnateurs.

Néanmoins, même si 75 % des DDASS ont effectivement organisé ces stages, ces formations ne suffisent pas à réguler le facteur humain d'une évaluation lequel intervient davantage quand l'évaluateur a une formation plus sociale que sanitaire. Une étude sur la fiabilité de l'instrument AGGIR réalisée en 2005 pour la Direction générale de l'action sociale a ainsi testé dans cinq départements la validité de l'affectation en GIR d'un nombre significatif de personnes, en réalisant une seconde évaluation : un tiers des résultats des nouvelles affectations en GIR différaient de la première évaluation, notamment lorsque des personnels administratifs s'en étaient chargés (seuls 58 % avaient établi un classement identique alors que 73 % des personnels infirmiers avaient un même taux de concordance).

Afin de rendre plus homogènes les évaluations des pertes d'autonomie au sein des départements et d'en renforcer la fiabilité, l'inspection générale des

(1) Réponses du 30 avril 2010 au questionnaire que lui avait adressé la présidente-rapporteuse.

(2) Audition du 6 avril 2010.

(3) Voir, infra, l'annexe Grille AGGIR et groupes iso-ressources.

affaires sociales ⁽¹⁾ propose quant à elle de généraliser la soumission des dossiers repérés comme délicats à des équipes médico-sociales, de favoriser au sein des conseils généraux et entre eux, la tenue de séminaires et de réunions d'échanges (sur leurs pratiques internes, les évolutions de la grille AGGIR, la formation gérontologique), de systématiser l'analyse dans la durée des résultats des évaluations des classements moyens par GIR de chaque unité territoriale ou de chaque évaluateur (ainsi que des taux de refus) et de diffuser et débattre au sein du service des écarts éventuellement constatés.

Mais s'il paraît essentiel d'organiser ces conditions d'une évaluation la plus juste possible de la situation de la personne en perte d'autonomie, il est également nécessaire d'assurer une homogénéité des décisions des différents évaluateurs qu'elle pourra rencontrer.

c) La multiplicité des évaluateurs

Avant de parvenir à une étape avancée de la perte de son autonomie, une personne âgée passe généralement par différents stades qui donnent lieu à des évaluations par différents intervenants : médecin référent, évaluateur de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV), évaluateur du conseil général et, dans le cas où elle aurait souscrit une assurance, évaluateur de la compagnie d'assurance.

La plupart de ces évaluateurs utilisent la grille AGGIR mais leur interprétation de ses indicateurs d'évaluation manque d'homogénéité non seulement sur les territoires mais parfois au sujet d'une même personne. Comment alors expliquer à un individu et à sa famille déjà souvent accablée par une aggravation de l'état physique ou psychique de l'intéressé, que, contrairement à l'avis de la CNAV qui estimerait qu'il doit désormais entrer dans la catégorie des GIR 4, le conseil général considère qu'il doit être maintenu en GIR 5 ? Comment une personne pourrait-elle accepter que le conseil général évalue son état comme correspondant à un GIR 2 et que l'évaluateur de sa compagnie d'assurance la classe en GIR 3 ?

Déplorant cet état de fait, nombre des personnes entendues par la mission ⁽²⁾ ont donc souhaité que les définitions de la dépendance soient communes à la sphère publique et à la sphère privée, que des modules nationaux de formation à l'utilisation de cet outil d'évaluation soient conjointement mis en place et même que puissent être formées des équipes d'évaluation mixtes ou éventuellement labellisées et que puisse être obtenu le principe d'une évaluation unique et coordonnée des différents acteurs.

Afin de parvenir à un tel rapprochement des évaluateurs publics et privés, un groupe de travail technique, animé par la CNSA, a été constitué le 11 février

(1) Voir le rapport précité, La gestion de l'allocation personnalisée d'autonomie.

(2) Notamment la Fédération française des sociétés d'assurances (audition du 5 novembre 2009), la Mutualité française (audition du 18 novembre 2009) et l'Union nationale des associations de soins et de services à domicile UNA (audition du 17 décembre 2009).

dernier afin d'analyser les référentiels existant à l'heure actuelle et d'en pointer leurs intérêts mais aussi leurs insuffisances. Au vu de ses futurs constats, il devra ensuite apprécier si les conditions sont réunies pour construire un référentiel d'éligibilité unique afin que les pertes d'autonomie soient identiquement reconnues à l'aide d'un même outil de mesure par des acteurs publics, des assureurs ou des mutuelles. Le groupe de travail devrait prochainement rendre ses premières conclusions.

2. Les disparités départementales de la gestion des aides

Les conseils généraux définissant et mettant en œuvre l'action sociale en faveur des personnes âgées, aux termes de la loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales, coordonnent les actions des différents intervenants de la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie et assument la gestion de l'allocation personnalisée d'autonomie et de diverses autres aides sociales dont ils supportent tout ou partie du financement.

Contributeurs majeurs de la prise en charge des personnes âgées dépendantes à laquelle ils consacrent près de 9 milliards d'euros⁽¹⁾, les départements n'assurent pas toutefois cette dépense de façon homogène en raison non seulement des différences intrinsèques des charges qui pèsent sur chacun d'eux mais aussi des diverses définitions des politiques d'aides à la personne et de sollicitation des solidarités familiales qu'ils ont mises en place.

a) L'inégalité territoriale de la charge financière

Les départements diffèrent en termes de socio-démographie – part de la population de plus de soixante-quinze ans, importance respective des différentes classes socio-professionnelles –, de revenu moyen des ménages imposables, de développement économique, de taux de chômage et de dépenses obligatoires. Il apparaît donc inéluctable que des gradients territoriaux rendent hétérogène la part financière qu'ils doivent consacrer à la prise en charge de la dépendance des personnes âgées.

Le financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) constitue par exemple une source d'extrême difficulté pour certaines collectivités qui se retrouvent face à une dépense qui ne cesse de croître et dont ils ne maîtrisent pas les paramètres : les conditions et les barèmes de l'APA sont en effet définis au niveau national alors que le nombre annuel des bénéficiaires sur leur territoire est difficile à prévoir – quel pourcentage de la population des plus de soixante ans nécessitera-t-il une aide à l'autonomie ? Quel pourcentage de personnes déjà aidées quittera le dispositif d'aide ? Quel sera l'impact sur le département, des flux migratoires de personnes retraitées venant s'y installer (retour à un lieu d'origine ou transformation d'une résidence secondaire en résidence principale) ?

(1) Voir, supra, à la fin du B de la première partie, le tableau « Dépenses publiques 2009 en faveur de la dépendance ».

Indiquant à la mission qu'il paraissait difficile aux départements de continuer à financer la prise en charge de la dépendance dans ces conditions acrobatiques – il arrivera un moment où les conseils généraux les plus pauvres ne pourront plus assumer seuls ces dépenses –, les représentants de l'Assemblée des départements de France⁽¹⁾ ont souligné que l'APA pose surtout un sérieux problème d'inégalité territoriale entre les départements jeunes (Val-d'Oise) et riches (Hauts-de-Seine) et ceux vieux (Creuse) et pauvres dont les ressources fiscales ne sont pas les mêmes.

Il est vrai que la loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées a instauré un mécanisme de compensation nationale financé par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)⁽²⁾. Ce financement est réparti entre les départements selon les critères de péréquation fixés par le décret n° 2004-1384 du 22 décembre 2004 : 50 % de son montant dépend du nombre de personnes âgées de plus de soixante-quinze ans, 25 % du potentiel fiscal de chaque département, 20 % de la dépense annuelle au titre de l'APA et 5 % du nombre de bénéficiaires du revenu minimum d'insertion (RMI). Par ailleurs, un mécanisme correcteur plafonne le rapport entre la charge nette d'APA et le potentiel fiscal du département, à un taux qui ne peut être supérieur à 30 %.

Toutefois, la compensation de la CNSA n'a cessé de diminuer, passant d'une couverture de la dépense de 43 % en 2002 à 28,5 % en 2010 (taux provisoire). Par conséquent, ainsi que le constate M. Pierre Jamet dans son rapport précité sur les finances départementales, la fin du premier semestre 2010 devrait être tendue pour les départements les plus fragiles qui compte tenu, notamment, de l'envolée du coût de l'APA, ne pourront sans doute pas faire face à leurs dépenses sociales et qui, pour certains, disposeront d'un budget en déséquilibre, ce que la loi interdit formellement. Sans recenser ces départements les plus fragiles, M. Pierre Jamet a étudié la situation d'onze d'entre eux⁽³⁾ et fait apparaître que quatre éléments expliquent la dégradation des comptes : la part de la population de plus de soixante-quinze ans, le revenu moyen des ménages imposables, le taux de chômage et la densité démographique. Après avoir relevé que, dans des contextes difficiles, dans des zones rurales ou urbaines « *les départements qui en avaient la volonté étaient en mesure jusqu'à maintenant, au prix certes d'une hausse fiscale continue et grâce à la solidarité nationale, mais à condition d'avoir une gestion stricte en particulier de la section de fonctionnement, de maintenir leurs équilibres financiers jusqu'à fin 2008* », il conclut qu'au-delà de cette échéance, le

(1) Audition du 14 janvier de M. Jean-Luc Broussy, vice-président de la commission des affaires sociales de l'Assemblée des départements de France, M. Jean-Pierre Hardy, chef du service « politique sociale », M. Augustin Rossi, conseiller technique « Cinquième risque » et Mme Marylène Jouvien, attachée parlementaire.

(2) Pour mémoire, le montant du concours de la CNSA se compose d'une fraction de 20 % du produit de la CSA, d'une fraction de 94 % de la CSG, de la contribution des régimes d'assurance vieillesse et d'une fraction des produits financiers de la caisse – Cf. supra, au B de la première partie le paragraphe « Le poids conséquent de la solidarité nationale ».

(3) Ardennes, Cher, Corrèze, Creuse, Haute-Loire, Haute-Saône, Indre, Meuse, Pas-de-Calais, Seine-Saint-Denis et Val-d'Oise.

problème prend une autre dimension et plaide en faveur d'un renforcement et d'une meilleure lisibilité des systèmes de compensation / péréquation.

b) L'hétérogénéité de la gestion des compensations de la perte d'autonomie des personnes âgées

Lorsque l'exercice d'une compétence fait l'objet d'une gestion décentralisée, il n'est pas anormal que des politiques différentes soient mises en place par les collectivités territoriales concernées. Toutefois, lorsque ces différences aboutissent à des ruptures d'égalité de traitement entre personnes âgées d'un département à l'autre, il convient de s'interroger sur les modalités d'attribution et de gestion des prestations sociales par les uns et les autres.

En 2005, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques estimait ⁽¹⁾ à 170 % habitants de plus de 75 ans le nombre des bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie. Constatant que ce ratio pouvait varier à ses extrêmes de 95 % (dans l'Essonne) à 305 % (en Ariège), l'étude imputait ces écarts à la structure sociodémographique des départements (à plus de 60 %) ainsi qu'à leur politique propre en matière d'aide aux personnes âgées et à leur revenu fiscal par habitant (à près de 16 %) mais elle n'apportait aucun autre élément d'explication sur ces différences d'attribution de la prestation pour les près de 30 % des cas restants.

De même, les deux rapports récents de la Cour des comptes ⁽²⁾ et de l'Inspection générale des affaires sociales ⁽³⁾ présentent divers exemples récents de disparités départementales qu'ils expliquent principalement par les différences :

– des dates d'ouverture des droits à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) : alors que légalement ⁽⁴⁾ le demandeur de l'allocation doit recevoir une compensation forfaitaire lorsque l'instruction de son dossier n'est pas achevée dans les deux mois de son dépôt, certains départements ne la mettent pas en œuvre en dépit, parfois, de délais d'instruction extrêmement longs ; au contraire, d'autres départements attribuent l'APA dès la réception d'un dossier complet de demande et non pas à la date de notification de la décision d'attribution ;

– des durées d'attribution des prestations variant de deux à quatre ans ;

– des géométries variables des plans d'aide (présence ou non de mesures relatives aux aidants ou permettant un aménagement du logement) dont les montants mensuels moyens allaient de 432 à 533 euros en 2006 pour une moyenne nationale de 490 euros ;

(1) Voir L'allocation personnalisée d'autonomie : une analyse des disparités départementales en 2003, DREES, Études et résultats, n° 372, janvier 2005.

(2) « La prise en charge des personnes âgées dépendantes » in Rapport public annuel 2009.

(3) Rapport de Mme Annie Fouquet, Michel Laroque et Cédric Puydebois, La gestion de l'allocation personnalisée d'autonomie, juillet 2009.

(4) Loi n° 2003-289 du 31 mars 2003 portant modification de la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie.

– des versements de prestations extralégales facultatives complétant l'APA. Rarement isolés sur une ligne budgétaire spécifique (comme le fait le Val-de-Marne), ces suppléments de prestation « *se fondent sur les lignes du compte administratif dédiées à l'APA à domicile et ne peuvent être à ce jour distingués par la CNSA, qui finance une partie des dépenses à travers le fonds de compensation* ».

Ainsi que le note la Cour des comptes, ces disparités posent un véritable problème d'équité entre les départements (les moins vertueux profitant davantage de la péréquation) mais également entre les personnes (pour une moyenne nationale de 490 euros par mois, le montant mensuel moyen des plans d'aide – tous GIR confondus – varie de 432 euros dans la Drôme à 533 euros dans le Territoire de Belfort).

Or, cette inéquité entre les bénéficiaires, qui perdure, va parfois s'aggraver du poids inégal que font peser les départements sur les intéressés et sur leurs familles en matière de politique de récupération des fonds versés au titre des aides à l'autonomie des personnes âgées.

c) La diversité des politiques de récupération des fonds

Contrairement aux autres aides sociales qui peuvent être octroyées aux personnes âgées par les départements sous condition d'une participation financière des familles des intéressés ou de récupération des sommes versées sur la succession des bénéficiaires, l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) est attribuée sans condition de ressources ni de récupération ultérieure des fonds versés. Elle ne donne lieu qu'à une participation de son bénéficiaire aux frais du plan d'aide qu'elle permet de financer.

Que l'APA soit attribuée à domicile en fonction d'un plan d'aide individualisé, ou en établissement afin d'aider le résident à acquitter un tarif dépendance, une participation, dite aussi « talon » ou « ticket modérateur », est exigée du bénéficiaire : à domicile, le montant de cette participation dépend des revenus du bénéficiaire, variant progressivement de 0 % du montant du plan d'aide lorsque ses revenus sont inférieurs à 695,70 euros par mois, à 90 % de ce montant lorsqu'ils atteignent 2 772,42 euros (au 1^{er} avril 2010). En établissement, le ticket modérateur correspond, au minimum, aux tarifs dépendance demandés par ledit établissement aux personnes relevant des groupes iso-ressources (GIR) 5 et 6 et, au maximum, à 80 % du tarif dépendance appliqué à l'intéressé.

D'après les statistiques trimestrielles de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)⁽¹⁾, en décembre 2009, les montants respectifs de l'APA et du ticket modérateur s'établissaient ainsi :

(1) Voir les données statistiques L'allocation personnalisée d'autonomie au 30 décembre 2009, publiées sur le site internet : <http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/IMG/pdf/apa2009t4.pdf>.

**Montant mensuel de l'APA selon le degré de dépendance de la personne
en décembre 2009**

(Extrapolation sur la France entière à partir des départements répondants)

(En euros)

Montant mensuel à domicile						
Degré de dépendance	Montant moyen	Montant moyen du barème national (en %)	Montant à la charge des conseils généraux	Participation financière à la charge de la personne âgée	Part des bénéficiaires acquittant un ticket modérateur (en %)	Participation financière des bénéficiaires acquittant effectivement un ticket modérateur
Gir 1	1006	82 %	833	173	70	247
Gir 2	788	75 %	636	152	74	205
Gir 3	584	74 %	477	107	74	145
Gir 4	356	68 %	293	62	76	62
Ensemble	498	71 %	409	88	73	122
Montant mensuel en établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes						
	Ensemble	Part conseil général	Part bénéficiaire**	* La partie établissement ne concerne que les établissements hébergeant des personnes âgées ne faisant pas l'expérimentation de la dotation globale		
Gir 1 et 2	588	421	167	** Y compris tarif dépendance de l'établissement applicable aux Gir 5 et 6		
Gir 3 et 4	367	212	155			
Ensemble	413	255	158			

Source : DREES.

Or, certains conseils généraux semblent avoir décidé de ne plus mettre en œuvre un recouvrement du ticket modérateur lorsque la gestion de cette opération leur revient plus cher que les produits de sa perception, afin de reporter les économies ainsi réalisées sur d'autres actions ⁽¹⁾ tandis que d'autres exonèrent partiellement les bénéficiaires de l'APA d'une augmentation de ce ticket modérateur ⁽²⁾.

À ces politiques inégales appliquées à la participation des bénéficiaires de l'APA, peuvent s'ajouter les disparités des politiques d'appel aux solidarités familiales lors de l'attribution aux personnes âgées d'autres prestations sociales dont, principalement, l'aide sociale à l'hébergement (ASH). Visant à prendre en charge les frais d'hébergement des personnes âgées de plus de soixante-cinq ans résidant dans un établissement d'hébergement, cette aide n'est attribuée que subsidiairement à la participation de la personne hébergée ou, si ses moyens sont inexistantes ou insuffisants, à la participation de ses obligés alimentaires, tels que définis par les articles 205 et suivants du code civil : enfants, petits-enfants, gendre et belle-fille (sauf dans le cas d'un divorce ou d'un veuvage).

(1) Audition du 26 novembre 2009 de M. David Causse, coordonnateur du Pôle Santé-Social de la Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privée à but non lucratif (FEHAP) et de Mme Marine Darnault, directrice du secteur social et médico-social.

(2) Voir « La prise en charge des personnes âgées dépendantes » in Rapport public annuel 2009.

De ce fait, les conseils généraux qui décident d'attribuer une ASH en calculent le montant après avoir évalué celui de la participation qu'ils estiment pouvoir être consentie par les personnes tenues à l'obligation de fourniture d'aliments, étant entendu que cette participation ne peut être fixée de manière obligatoire et pour chacun des obligés que par le juge judiciaire.

Cette procédure génère là encore des distorsions dans le traitement des familles dont l'ampleur met en cause le principe de l'égalité de chacun devant la loi et qui ont été détaillées devant la mission par Mme Christiane Basset, membre du Conseil économique et social et auteure du rapport « *L'obligation alimentaire : des formes de solidarité à réinventer* » (mai 2008) ⁽¹⁾, telles :

– l'exonération de toute contribution des petits-enfants par certains départements mais pas par d'autres qui recherchent tous les obligés alimentaires, beaux-enfants y compris ;

– l'obligation de paiement à laquelle se croient astreints certains débiteurs d'aliments dès lors que le conseil général leur présente son évaluation du montant restant à leur charge. Or leur obligation ne peut être définie que par un tribunal et cette présentation ne saurait être comminatoire pour celui auquel elle est présentée.

– la charge induite qui pèse sur les obligés alimentaires d'une personne recevant une aide sociale à l'hébergement puisqu'ils doivent prendre à leur charge non pas la seule fourniture d'aliments mais également les frais d'hébergement imputés par l'établissement de résidence à leur ascendant, soit des dépenses liées à l'hôtellerie, à l'animation, à l'investissement mobilier et immobilier et aux frais d'administration générale des établissements ⁽²⁾;

– la prime offerte aux mauvais payeurs qui, contestant en justice la décision de les faire participer aux frais d'hébergement, gagnent ainsi des mois de non-paiement puisqu'en cas de perte de leur procès, la décision les obligeant à une contribution n'est pas rétroactive et ne prend effet qu'à compter de la date dudit jugement.

3. L'importance des restes à charge financiers pesant sur les personnes âgées dépendantes

Tant à domicile qu'en établissement, les personnes âgées en perte d'autonomie et leurs familles doivent souvent assumer des frais financiers importants dont le poids, en dépit de l'existence de différentes aides publiques, a été dénoncé à maintes reprises au cours des auditions de la mission.

(1) *Audition du 14 janvier 2010 de Mme Christiane Basset, membre du Conseil économique et social et de Mme Claire Ménard, chargée des relations avec le Parlement de l'Union nationale des associations familiales.*

(2) *Voir, infra, au C de cette partie, le paragraphe « Le manque de lisibilité des financements ».*

a) Un coût très élevé

Les atteintes à l'autonomie de la personne génèrent des coûts liés aux soins que nécessitent les pathologies qui en sont responsables. Bien que remboursées par l'assurance maladie, ces dépenses de santé restent pour une part importante à la charge des patients âgés. Le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie⁽¹⁾ estime ainsi à plus de 1 000 euros par an – soit plus du double du chiffre moyen sur l'ensemble de la population – la dépense moyenne non couverte par l'assurance maladie des personnes de plus de quatre-vingts ans, dont plus d'une sur deux est pourtant prise en charge à 100 % au titre d'une longue maladie.

Par ailleurs, il doit être rappelé qu'un effort financier particulièrement important est demandé aux personnes âgées en matière d'assurance complémentaire santé car les organismes complémentaires ont tendance à tarifier leurs contrats en fonction de l'âge et ne leur offrent pas les mêmes conditions d'adhésion qu'aux entreprises assurant une prévoyance collective à leurs salariés.

En fonction de leur importance, ces pertes de l'autonomie imposent à la personne des « sur-coûts » de vie quotidienne dont l'importance varie selon qu'elle vit à son domicile ou en établissement.

Les personnes en perte d'autonomie demeurant à domicile constituent la majorité des bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) (61,7 % en décembre 2009) mais leur part diminue significativement avec les aggravations de leur dépendance : pour 79,4 % des personnes en GIR 3 et 4 restant à leur domicile, on ne compte plus que 20,6 % des personnes en GIR 1 et 2. De fait, comme l'APA est une prestation plafonnée forfaitairement, en fonction du degré de dépendance, elle se révèle bien souvent insuffisante pour financer le soutien à domicile des personnes les plus fragilisées lesquelles nécessitent des heures d'aide ou de garde en nombre de plus en plus important (dont le coût moyen horaire peut varier de 10 à 20 euros), des accueils de jours dans des structures adaptées afin de laisser des temps de répit aux familles (8 à 65 euros par jour⁽²⁾), ou encore des compensations techniques de la dépendance (appareils auditifs, fauteuils roulants, protections contre l'énurésie, aménagement du domicile, téléalarme...).

Selon la Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes⁽³⁾, en 2009, ces coûts s'élèveraient en moyenne à 1 800 euros par mois alors que plus de la moitié des retraités touchent une pension mensuelle inférieure à 1 000 euros et que le montant moyen des aides d'État est de 450 euros. C'est ainsi que le plus souvent, ne pouvant plus assumer l'organisation

(1) Voir l'avis Vieillesse, longévité et assurance maladie du 22 avril 2010.

(2) Voir l'enquête dite « Mauve » sur le site internet de la CNSA : http://www.cnsa.fr/article.php3?id_article=795.

(3) Voir le site internet :

http://www.dgccrf.bercy.gouv.fr/documentation/fiches_pratiques/fiches/assurance_dependance.htm.

quotidienne de leurs pathologies multiples, les personnes âgées dépendantes prennent la décision d'entrer en établissement.

Les prix des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) se décomposent en trois tarifs journaliers successivement afférents à l'hébergement, aux soins et à la dépendance ⁽¹⁾.

Les deux derniers tarifs étant respectivement pris en charge par l'assurance maladie et par l'allocation personnalisée d'autonomie, le reste à charge des personnes concerne essentiellement l'hébergement mais comprend également « *un ensemble composite* » de dépenses (ticket modérateur, achats de biens de première nécessité...) ainsi que l'ont indiqué à la mission les membres de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) ⁽²⁾. Par conséquent, les restes à charge mensuels moyens d'un hébergement se situent entre 2 200 euros en milieu rural et périurbain et 2 900 euros en milieu urbain ; ils peuvent atteindre 5 000 euros pour les plus élevés.

Sachant que les résidents des EHPAD ont en moyenne près de quarante-quatre ans et sont majoritairement des femmes d'une génération ayant peu ou pas travaillé, on peut supposer que la majorité d'entre elles n'ont pour moyens de subsistance principale qu'une pension d'un montant évidemment bien inférieur aux 1 200 euros d'une pension moyenne et que le reste à charge constitue une dette d'autant plus insupportable pour elles lorsqu'elle est imputée sur les revenus de leurs descendants, au titre de leur obligation alimentaire.

C'est là sans doute l'une des raisons d'un phénomène récent rapporté à la mission à la fois par Mme Andrée Barreteau, responsable du pôle Organisation sanitaire et médico-sociale de la Fédération hospitalière de France ⁽³⁾ et par M. Didier Sapy, directeur de la Fédération nationale avenir et qualité des personnes âgées ⁽⁴⁾, celui d'une sortie des établissements de certains résidents des EHPAD parce qu'ils ne disposent plus des moyens de payer leur hébergement.

L'importance du reste à charge en établissement apparaît surtout intolérable parce qu'il crée une véritable disparité entre les coûts de la prise en charge des pertes d'autonomie des personnes âgées hébergées dans un établissement et ceux de la prise en charge des maladies des personnes hospitalisées.

(1) Voir, infra, au C de cette partie, le paragraphe « Le manque de lisibilité des financements ».

(2) Audition du 18 novembre 2009 de M. Pierre Boissier, chef de l'IGAS, et de Mme Christine Branchu, M. Christophe Lannelongue, et M. Cédric Puydebois, auteurs du rapport L'État des lieux relatif à la composition des coûts mis à la charge des résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), août 2009.

(3) Audition du 27 janvier 2010.

(4) Audition du 27 janvier 2010.

b) Les différences de tarification des secteurs sanitaire et médico-social

Ayant donc à sa charge un coût moyen de 2 500 euros par mois, le résident d'un EHPAD acquitte de fait, au soir de sa vie, un forfait journalier de près de 85 euros pour bénéficier d'un hébergement et des soins que ses multiples pathologies exigent ⁽¹⁾. Au contraire, une personne hospitalisée pour, elle aussi, recevoir les traitements appropriés à son état, n'aura à sa charge que le paiement du forfait hospitalier, soit 18 euros par jour, quelle que soit la durée de son hospitalisation.

Il convient d'admettre que les familles puissent être déconcertées par cette différence considérable de prise en charge des pathologies de la personne âgée entre le secteur hospitalier et le secteur médico-social alors que cette dernière a généralement payé des cotisations à l'assurance maladie durant toute sa vie.

Il s'agit véritablement d'un problème éthique, d'une injustice d'autant plus flagrante entre les personnes que son poids va davantage peser sur les classes sociales dont les revenus sans être très faibles ne sont pas non plus très élevés.

c) Une charge pesante pour les classes moyennes

L'allocation personnalisée d'autonomie, exigeant une participation des bénéficiaires dont l'importance dépend de leurs revenus, et les aides à l'hébergement, étant dégressives en fonction des revenus, bénéficient essentiellement aux personnes disposant d'un faible revenu. Au contraire, les diverses dépenses fiscales liées directement ou indirectement à la dépendance ⁽²⁾ ne s'appliquent bien évidemment qu'aux personnes possédant un revenu suffisant pour acquitter l'impôt sur le revenu et principalement à celles jouissant de revenus confortables.

Par conséquent, ainsi que l'ont successivement démontré les rapports précités de la Cour des comptes ⁽³⁾, de Mme Hélène Gisserot ⁽⁴⁾ et de M. Alain Vasselle ⁽⁵⁾, les personnes disposant de revenus moyens – qui constituent la grande majorité des résidents des EHPAD – se situent dans le bas d'une courbe dite « courbe en U » ne bénéficiant réellement d'aucune aide, ni sociale ni fiscale.

(1) *En EHPAD, les résidents très dépendants (Gir 1 et 2) cumulent en moyenne huit pathologies, contre six pour les personnes peu ou pas dépendantes (Gir 5 et 6). Ils sont plus fréquemment atteints de démence (56 %) et d'incontinence urinaire (55 %) alors que les résidents en Gir 3 et 4 (modérément dépendants) souffrent surtout d'hypertension artérielle (50 %) et d'insuffisance cardiaque (31 %). Voir, Etude sur les pathologies et la perte d'autonomie des résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées, DREES, Études et résultats n° 515, août 2006.*

(2) *Voi, supra, au B de la première partie, le paragraphe « Les exonérations fiscales et sociales ».*

(3) *2005, p. 309 et s.*

(4) *2007, p. 50 et s.*

(5) *2008, p. 145 et s.*

B. UN MAINTIEN À DOMICILE MENACÉ

En 2007, les personnes âgées demeurant à leur domicile, avec éventuellement une assistance hospitalière ou infirmière, représentaient respectivement 98,9 % des personnes de soixante-cinq à soixante-quatorze ans, 95,5 % des personnes de soixante-quinze à quatre-vingt-quatre ans, 78,6 % des personnes de quatre-vingt-cinq à quatre-vingt-quatorze ans et 57,4 % des personnes de quatre-vingt-quinze ans et plus. ⁽¹⁾

Ces chiffres illustrent parfaitement une étude de 2008 portant sur la perception des Français des enjeux de la santé publique, de la protection sociale, de la précarité, de la famille et de la solidarité ⁽²⁾ selon laquelle le nombre de Français jugeant inenvisageable le fait de vivre eux-mêmes dans un établissement pour personnes âgées atteint 60 % des sondés ⁽³⁾ ; pour leurs parents proches, seuls 17 % d'entre eux envisageraient un hébergement dans une institution spécialisée, préférant eux-mêmes s'arranger (29 %) voire, s'en occuper chez eux (25 %) ou consacrer une partie de leurs revenus à payer des aides (23 %) pour les maintenir à leur domicile.

Malgré ces souhaits et en dépit d'une politique affirmée tendant à favoriser la prise en charge des personnes en perte d'autonomie à leur domicile, diverses difficultés risquent d'apparaître.

1. La prévention insuffisante de la perte d'autonomie

Indiquant à la mission combien il était important de retarder – à défaut de pouvoir actuellement les traiter – l'âge de survenue des maladies chroniques invalidantes, le professeur Claude Jeandel ⁽⁴⁾ illustre ses propos en citant une étude du professeur Ron Brookmeyer relative à la prévalence de la maladie d'Alzheimer sur la population américaine : ses diverses simulations démontraient que si, aujourd'hui, aucune mesure de prévention n'était mise en œuvre, le nombre des malades doublerait d'ici 2050, alors que si l'âge de début de la maladie pouvait être reculé de cinq ans, ce nombre serait réduit de moitié.

C'est pourquoi, le plan Alzheimer 2008-2012 essentiellement financé par l'assurance maladie et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, englobe un volet recherche principalement destiné à découvrir et développer des méthodes diagnostiques nouvelles et des thérapeutiques susceptibles de bloquer l'évolution de la maladie ou de la prévenir. Crédité de 200 millions d'euros sur cinq ans, ce volet fait participer tous les intéressés (soignants, chercheurs, personnes malades, familles, industriels, administrations, universités) à travers l'adoption de quatorze mesures telles le développement de la recherche clinique sur la maladie

(1) *Audition du 19 novembre 2009 du professeur Françoise Forette.*

(2) *Ces études sont menées chaque année pour la DREES depuis huit ans.*

(3) *Suivi barométrique de l'opinion des Français à l'égard de la santé, de la protection sociale, de la précarité, de la famille et de la solidarité, DREES/BVA, janvier 2009.*

(4) *Audition du 25 février 2010.*

d'Alzheimer et l'évaluation des thérapies non médicamenteuses, des allocations doctorales et post doctorales, ou la formation à l'épidémiologie clinique ⁽¹⁾.

Par ailleurs, le professeur Françoise Forette ⁽²⁾ rappelait à la mission l'importance de la prévention des états de fragilité des personnes âgées lesquels touchent 7 à 10 % des personnes de plus de soixante ans (mais 25 % des personnes de plus de quatre-vingt-cinq ans) et précèdent bien souvent une perte sévère d'autonomie. Or, bien que leurs symptômes soient bien identifiés (anorexie, perte musculaire, peur de tomber, fatigue et ralentissement de l'activité physique) et qu'ils soient réversibles grâce à des traitements simples et éprouvés (kinésithérapie, traitement de l'ostéoporose...), ces états, encore mal connus des médecins généralistes ne font pas l'objet d'une véritable prévention, ni de véritables traitements.

2. La diminution programmée des aidants naturels

Une grande majorité de personnes âgées ne peut vivre à domicile qu'en raison de l'aide que leur fournissent plus de trois millions de leurs proches, tour à tour dénommés « aidants naturels », « aidants informels » « accompagnants » ou « famille ». De fait, 75 % des bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie reçoivent une aide de leur entourage, que cette dernière soit exclusive (7 % des cas) ou qu'elle soit accompagnée de l'intervention d'un professionnel (68 % des cas) ; l'aide, qui est majoritairement le fait des conjointes, des filles et des belles-filles, représente un volume quotidien moyen de 5 heures pour les bénéficiaires recevant le soutien d'une seule personne ⁽³⁾.

Toutefois, cette intervention des aidants naturels devrait vraisemblablement se réduire dans les années à venir, sous l'effet, notamment, de l'augmentation du nombre des femmes ayant un emploi dans les générations du baby-boom et de la plursollicitation actuelle des femmes jeunes seniors (entre leurs parents, leurs enfants et leurs petits-enfants) mais aussi en raison d'une tendance sociologique générale amenant les jeunes retraités à des choix de vie différents, davantage tournés vers leurs descendants ⁽⁴⁾.

Face à cette diminution progressive annoncée des aidants, les assises nationales de proximité, qui se sont tenues en avril 2010, ont défini une triple urgence : la prise en compte nécessaire du vieillissement de la population, du risque d'épuisement des aidants et de l'action des proches.

(1) Voir le site internet : <http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/recherche.htm> l

(2) Audition du 19 novembre 2009.

(3) Les effets de l'allocation personnalisée d'autonomie sur l'aide dispensée aux personnes âgées, DREES, Études et résultats, n° 459, janvier 2006.

(4) Lors de son audition du 17 décembre 2009, M. Emmanuel Verny, directeur général de l'Union nationale des associations de soins et services à domicile (UNA) illustre ce propos par l'exemple des Antilles : alors qu'auparavant, ses habitants revenaient s'y installer après une carrière en métropole afin de s'occuper de leurs ascendants, ils semblent aujourd'hui, rester en métropole afin de s'occuper de leurs petits-enfants.

Mais cette nécessaire reconnaissance et valorisation du rôle des aidants doit s'accompagner d'une mise en place progressive de leur remplacement à terme, soit par des personnels professionnels soit par des établissements d'hébergement. Dans la première hypothèse, le coût du maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie sera appelé à augmenter fortement au cours des prochaines années si l'on considère que la contribution gratuite des aidants actuels à ce maintien représenterait près de 500 000 emplois ⁽¹⁾ et que sa valeur est estimée à 8 milliards d'euros ⁽²⁾.

3. Les difficultés du secteur professionnel de l'aide à domicile

La prise en charge des personnes âgées à leur domicile recouvre à la fois des offres de soins et des aides à la vie quotidienne.

a) L'offre de soins à domicile

La fréquence des pathologies se manifestant statistiquement dès la cinquantaine et croissant ensuite régulièrement avec l'âge ⁽³⁾, une organisation structurée des soins aux personnes âgées paraît indispensable. Pourtant cette organisation se traduit par une fragmentation des parcours, de l'offre et des tarifs, déjà pointée en 2005 par la Cour des comptes ⁽⁴⁾ et sans grand changement depuis lors.

L'offre de soins est assurée par des intervenants multiples dépendant de structures d'accueil diverses : médecine ambulatoire (médecin référent, infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, pharmaciens, aides-soignants, généralistes, spécialistes), établissements hospitaliers (urgences, consultations externes, unités de soins de suite et de réadaptation, équipes mobiles gériatriques, hospitalisation à domicile...) et secteur médico-social (services de soins à domicile, accueils de jour, hébergement temporaire). Sa répartition inégale sur le territoire, avec des manques criants – les départements les moins bien dotés dans certaines offres de soins le sont également dans d'autres –, conduit à des situations de sous-efficacité ⁽⁵⁾ tandis que l'absence de communication et de coordination entre les divers intervenants emporte des conséquences préoccupantes pour les personnes âgées ⁽⁶⁾ : inexistence d'un système de remplacement des professionnels libéraux les uns par les autres en cas d'empêchement de l'un ou de vacances de l'autre, transmissions inadéquates d'informations, polymédication et pathologies iatrogènes, multiplication d'examen médicaux, parfois invasifs, redondants, recours excessifs aux urgences hospitalières, prolongation de séjours hospitaliers

(1) *Audition précitée du 17 décembre 2009 de M. Emmanuel Verny, directeur général de l'UNA.*

(2) *Voir l'article de Mme Gwénaëlle Thual « Les proches de personnes malades aujourd'hui : état des lieux », Réciproques, n° spécial, avril 2010.*

(3) *Voir l'avis du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie Vieillesse, longévité et assurance maladie, avril 2010.*

(4) *Rapport précité de novembre 2005.*

(5) *Voir l'avis précité du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie.*

(6) *Ibidem.*

en raison de difficultés à trouver une prise en charge adaptée de la personne convalescente.

Par ailleurs, la diversité de l'offre de soins se traduit par des règles de rémunération et de tarification différentes selon les prises en charges entraînant une impossibilité de reconstitution des coûts complets du parcours de soins ou d'un épisode de soins d'une personne. Cette situation est regrettable car, ainsi que le note le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie ⁽¹⁾, s'ils étaient connus, ces coûts « *pourraient donner une "échelle des coûts" payés par l'assurance maladie et les tiers financeurs pour chaque type de prise en charge, et nourrir aussi la dimension financière de l'optimisation de la réponse aux besoins de santé (fonction de programmation et de planification) et de répartition des moyens dans le cadre de l'ONDAM (fonction allocation des ressources). Ils permettraient également, en faisant apparaître la dispersion liée à la gradation des moyens mobilisés, de donner une idée des pertes liées aux prises en charges inadéquates, soit au moment de l'orientation du patient, soit en cours de prise en charge lorsque son état évolue* ».

b) Le secteur des aides à domicile

Les services délivrés aux personnes âgées se caractérisent par la diversité des prestations qu'ils recouvrent (d'une aide ménagère à un véritable accompagnement de la personne), par les différences statutaires de ses intervenants (services des collectivités territoriales, associations, sociétés prestataires ou mandataires, structures autorisées ou agréées, emploi direct) ainsi que par une inadaptation certaine de ses tarifications.

Le montant global de l'aide financière publique ⁽²⁾ au secteur de l'aide à domicile pour les personnes âgées est très important puisque ce dernier bénéficie, en effet tout à la fois, de la politique de soutien public aux services à la personne (crédit ou réduction d'impôt sur le revenu pour les particuliers employeurs, exemption du paiement des cotisations patronales de sécurité sociale pour les personnes âgées de plus de soixante-dix ans) et de la politique sociale de l'aide à l'autonomie (allocation personnalisée d'autonomie).

L'aide publique aux employeurs âgés représente 3 milliards d'euros, soit près de la moitié du montant total des exonérations fiscales et sociales. Et il convient de s'interroger, avec la Cour des comptes, ⁽³⁾ sur la nécessité de procéder à un ciblage plus précis de ces dispositifs en le réservant, non pas à toute personne de plus de soixante-dix ans, mais aux personnes dont l'état nécessite une assistance particulière dans leur vie quotidienne.

(1) Voir l'avis précité du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie..

(2) Cf., supra, le B de la première partie « Un effort public d'aide à l'autonomie en forte croissance ».

(3) Voir « La politique en faveur des services à la personne » dans le Rapport public 2010 de la Cour des comptes.

L'offre de prestations de services à la personne peut être réalisée selon trois principales modalités :

– le mode prestataire offre à la personne âgée la possibilité d'acheter à un organisme (association, centre communal d'action sociale, ou société privée) un service à domicile effectué par l'un de ses salariés. Il garantit, en principe une meilleure qualité de service et des conditions d'emploi plus satisfaisantes pour le salarié (conventions collectives plus favorables, coût de transport intégré, intervenants encadrés, formés et soutenus), mais il est le mode le plus onéreux, comprenant la rémunération versée au salarié (entre 80 et 65 % du coût) et un amortissement des charges de l'organisme (entre 20 et 35 %) ⁽¹⁾.

– le mode mandataire permet à la personne âgée, tout en gardant sa qualité d'employeur, de faire appel à un organisme pour recruter et gérer (paie, déclarations sociales et fiscales) la personne qui interviendra chez elle. Ce mode porte en lui des ambiguïtés juridiquement risquées pour les personnes âgées : en effet, ces dernières n'assimilent pas le plus souvent le fait qu'en donnant un mandat de recrutement et de gestion à un organisme, elles demeurent des employeurs et nombre d'entre elles se retrouvent devant les tribunaux de prud'hommes pour n'avoir pas respecté leurs obligations. C'est pour apporter une réponse à ce problème que la convention signée en juillet 2009 entre la Fédération des particuliers employeurs de France (FEPPEM) et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) a notamment pour objectif d'améliorer la qualité des mandats et de mettre en place une labellisation des contrats de mandat, afin de mieux accompagner les structures mandataires ⁽²⁾.

– l'emploi direct d'une personne dit service de gré à gré, est utilisé par 28 % des bénéficiaires de l'APA ⁽³⁾ et par 37 % des adhérents de plus de soixante-quinze ans de la Fédération des particuliers employeurs de France (FEPPEM) ⁽⁴⁾. En raison de son coût plus faible (au minimum, celui d'un salaire minimum horaire brut, soit 8,86 euros au 1^{er} janvier 2010) que ceux des deux modes précédents (puisque'il n'y a pas de frais de fonctionnement), l'emploi direct est privilégié par les personnes qui ont besoin d'un grand nombre d'heures de soutien et d'accompagnement, soit les personnes les plus fragiles. Or, malgré leur état, leurs salariés prestataires de gré à gré ne sont soumis à aucune obligation de qualification ni à aucun contrôle de qualité. C'est pourquoi la convention précitée de juillet 2009 entre la FEPPEM (qui représente 1,7 million de salariés) et la CNSA a également pour objectif de concevoir, mettre en œuvre et promouvoir une politique innovante des ressources humaines adaptée au secteur des particuliers-employeurs et de valoriser les dispositifs de formation dédiés.

(1) Taux respectivement rapportés devant la mission par l'Inspection générale des affaires sociales (audition du 18 novembre 2009) et Mme Michèle Debonneuil, inspectrice générale des finances (audition du 27 janvier 2010).

(2) Audition du 1^{er} avril 2010 de Mme Marie-Béatrice Levaux, présidente de la FEPPEM.

(3) Voir le Rapport public 2010 précité de la Cour des comptes.

(4) Audition précitée du 1^{er} avril 2010.

La fixation des prix des prestataires de services au domicile des personnes âgées bénéficiaires d'une allocation, repose essentiellement sur le tarif dit CNAV, soit les 18,20 euros de l'heure que la Caisse nationale d'assurance vieillesse finance, depuis le 1er juillet 2008, au titre de sa prestation dite « aide ménagère à domicile ». Ce tarif sert de référence à la plupart des conseils généraux lorsqu'ils déterminent leurs propres tarifs des interventions des plans d'aides financées par l'aide personnalisée d'autonomie (APA).

Cette généralisation du tarif plafond a été dénoncée par tous les organismes prestataires de services à la personne reçus par la mission⁽¹⁾ : une telle tarification ne saurait, en effet, couvrir le coût réel d'un service dont les financeurs précités ont exigé qu'il fasse l'objet d'une démarche de qualité afin de répondre aux objectifs de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Les organismes prestataires ont de ce fait adopté des conventions collectives, ont organisé des formations qualifiantes de leurs personnels et ont revalorisé leurs rémunérations ; mais aujourd'hui, ils doivent faire face à des coûts qui ne sont plus compensés par les financements publics et qui ont déjà conduit plusieurs grandes associations à la cessation d'activité laissant des milliers de personnes âgées privées de leurs services⁽²⁾.

Les causes de cette crise ne viennent ni de la demande, ni d'un manque de dynamisme du secteur, ce dernier ayant créé 10 000 emplois équivalents temps plein en 2009 (quand la crise économique en faisait perdre 357 000 au cours de la même période) mais de la concurrence des entreprises privées qui, favorisées par le plan Borloo de 2005 relatif au développement des services à la personne, ont investi un champ d'action sur lequel les organismes associatifs se trouvaient parfois jusqu'alors dans des situations de quasi-monopole. En outre, ces entreprises utiliseraient des personnels manquant de qualification et donc moins bien rémunérés, faisant ainsi baisser les coûts de leurs prestations.

Sensibilisé à ces difficultés, le Gouvernement a engagé une concertation en réunissant, en décembre dernier, seize organisations représentant les professionnels et les usagers du secteur puis en saisissant de trois missions respectives :

– la Direction générale de la cohésion sociale, chargée d'animer un groupe de travail permettant d'établir un état des lieux territorialisé de l'offre de services d'aide à domicile afin de mieux appréhender les profils et les besoins des personnes aidées et de comparer les pratiques des départements en terme d'autorisation et de tarification. Ceci devrait permettre de disposer d'un « observatoire » sur ce secteur qui souffre d'un manque de données partagées,

(1) UNA, représentants départementaux de l'ADMR, UNCASS...

(2) En février, mise en liquidation judiciaire du Comité de développement de l'aide auprès des personnes âgées (250 salariés pour 950 personnes âgées concernées dans la région de Chartres) ; en décembre dernier, mise en redressement judiciaire de l'UNA, premier réseau national de services à domicile et services à la personne et mise sous procédure de sauvegarde de l'ADMR du Finistère (3 700 salariés pour 28 000 personnes aidées) ; en 2009, disparitions de l'Assad 77 (490 salariés pour 3 000 personnes âgées en Seine-et-Marne) et de l'Adar de Lille l'été dernier (400 salariés pour 2 000 personnes âgées).

objectivées et disponibles pour tous. Le groupe travaillera également sur l'efficacité des structures avec pour objectif de recenser et de proposer des solutions opérationnelles en termes de modernisation, de mutualisation et d'adaptation des services ;

– la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, tenue de constituer un groupe de travail sur le contenu qualitatif des plans d'aides qui sont mis en place pour le maintien à domicile des personnes âgées (ou des personnes handicapées) afin d'aboutir à des référentiels partagés entre les différents acteurs ;

– les trois inspections générales (IGAS, IGF et IGA) ⁽¹⁾ saisies d'une mission large sur le financement et la tarification des services d'aide à domicile portant sur les facteurs déterminant les coûts des prestations, les règles de tarification, la solvabilisation des besoins et des plans d'aide par l'APA (et la prestation compensatrice du handicap) et les contrôles d'effectivité des dépenses publiques d'aide à domicile.

Les conclusions opérationnelles de ces travaux sont attendues à l'automne, pour en tirer des solutions durables en termes de qualité, d'accessibilité et de soutenabilité financière de l'aide à domicile.

Les conditions de la qualité des services des organisations prestataires à domicile sont en principe assurées par les procédures d'agrément qualité (délivré pour cinq ans par le représentant de l'État dans le département aux opérateurs respectant un cahier des charges spécifiques : tarifs affichés, offre claire et de qualité, intervention personnalisée et dont la continuité est garantie, compétence nécessaire des salariés...) et d'autorisation (délivrée pour quinze ans par le président du conseil général aux prestataires présentant un projet compatible avec les objectifs du schéma d'organisation sociale et médico-sociale et répondant aux besoins sociaux et médico-sociaux qu'il a fixés).

Toutefois, lors de leur audition par la mission, les inspecteurs généraux des affaires sociales ⁽²⁾ ont indiqué que les contrôles précis et rigoureux des services de l'État et des services départementaux prévus par les textes applicables, sont, en pratique, insuffisants. Ils sont trop rares et quand ils sont menés, ils sont effectués sans coordination entre les différentes parties prenantes. De ce fait, l'IGAS préconise notamment de mettre en place un système de conventionnement avec les opérateurs ainsi qu'un système de traitement des plaintes et de recours, de simplifier les systèmes d'autorisation et d'agrément et de s'assurer de l'effectivité des prestations financées en encourageant les conseils généraux à utiliser des technologies permettant de mettre en place un suivi réel des interventions au domicile des personnes âgées.

(1) *Inspection générale des affaires sociales, Inspection générale des finances et Inspection générale de l'administration.*

(2) *Audition du 18 novembre 2009 de M. Pierre Boissier, chef de l'IGAS, et de M. Christophe Lannelongue, Mme Christine Branchu et M. Cédric Puydebois, inspecteurs à la suite de la parution de l'enquête sur Les conditions de la qualité des services d'aide à domicile pour les personnes âgées.*

Frappé par un accident vasculaire cérébral comme l'ont été plus de 100 000 personnes âgées de plus de soixante-quinze ans en 2007, **Charles***, quatre-vingt-deux ans, a été hospitalisé puis est retourné à son domicile avec une légère hémiplégie traitée par rééducation.

Trois semaines plus tard, réhospitalisé pour occlusion intestinale aiguë et insuffisance respiratoire, il est admis en réanimation, puis transféré dans un service de gériatrie aiguë, et enfin en soins de suite où il séjourne trois mois. Stabilisé, il est admis en EHPAD.

Au cours des deux mois suivants, il est pris en charge à six reprises au service des urgences pour de nouveaux syndromes occlusifs avec insuffisance rénale aiguë avant de décéder dans une unité de soins palliatifs.

**Portrait d'après les « Tranches de vies recueillies » in l'avis du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie Vieillesse, longévité et assurance maladie (avril 2010).*

C. UNE OFFRE D'HÉBERGEMENT EN INSTITUTION DISPARATE

L'hébergement des personnes âgées dépendantes se fait spécifiquement et principalement au sein du secteur médico-social dans les maisons de retraites médicalisées – les EHPAD, établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes – et en accueil temporaire (accueil de jour, de nuit et hébergement temporaire). Mais il peut également se faire au sein des services du secteur hospitalier : courts séjours gériatriques, soins de suite et de réadaptation et unités de soins de longue durée (USLD). Il est plus exceptionnel au sein des maisons de retraites et autres petites unités de vie, telles les maisons d'accueil rurales pour personnes âgées développées par la Mutualité sociale agricole et les logements foyers.

Aux termes d'une enquête menée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) au 31 décembre 2007⁽¹⁾, 657 000 personnes âgées résidaient dans 10 300 établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA), représentant un taux global d'occupation de 96 % et se répartissant ainsi :

(1) Voir, L'Offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007, DREES, Études et résultats, n° 689, mai 2009.

Établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007

		Logements foyer	Maisons de retraite	EHPAD	USLD	Places d'hébergement temporaires
Nombre de résidents 656.741		118 860 (17 %)	31 824 (5 %)	594 709 (76 %)	16 993 (3 %)	1 355 (0 %)
Âge moyen d'entrée (83 ans et 5 mois)		79 ans et 6 mois	83 ans et 10 mois	83 ans et 10 mois	83 ans et 9 mois	81 ans et 4 mois
Répartition des résidents selon les GIR (en %)	GIR 1-2	4	36	51	82	15
	GIR 3-4	21	38	33	17	42
	GIR 5-6	75	26	15	2	43
	Total	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Source : DRESS

L'âge moyen des résidents en établissement ne cesse de croître puisqu'on y entre de plus en plus tard (près de quatre-vingt-quatre ans en moyenne), avec des taux de pertes d'autonomie de plus en plus élevés : la proportion des résidents très fortement ou fortement dépendants, est passée de 47 % en 2003 à 51 % fin 2007 pour les personnes évaluées dans les GIR 1 et 2, et de 32 % à 33 % pour les personnes évaluées dans les GIR 3 et 4.

En 2007 ⁽¹⁾, les personnes âgées hébergées en établissement représentaient respectivement 1 % des personnes de soixante-cinq à soixante-quatorze ans, 4,5 % des personnes de soixante-quinze à quatre-vingt-quatre ans, 21,4 % des personnes de quatre-vingt-cinq à quatre-vingt-quatorze ans et 42,5 % des personnes de quatre-vingt-quinze ans et plus.

À l'évidence, cette transformation progressive des maisons de retraite en lieux de fin de vie comportant des prises en charge sanitaires tout autant que médico-sociales, exige une politique spécifique car les modes de gouvernance et les circuits de financement restent complexes et les résultats ne sont pas toujours des plus efficaces pour les personnes âgées.

1. La complexité de la planification des besoins

a) La multiplicité des autorités de tutelle et des opérateurs

• Outre la Caisse nationale d'assurance-maladie qui intervient essentiellement dans des fonctions de contrôle des critères du financement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), la définition des politiques d'hébergement des personnes âgées dépendantes ressort à la fois des compétences de l'État et des collectivités territoriales.

L'État définit, met en place et pilote les politiques nationales en matière d'hébergement par l'intermédiaire de la Direction générale de la cohésion sociale

(1) Audition du 19 novembre 2009 du professeur Françoise Forette.

et de la Direction générale de l'hospitalisation et des soins auxquelles peuvent s'associer la Direction générale de la santé et la Direction générale de la sécurité sociale. Pour la déclinaison territoriale de ces politiques, l'État s'appuie sur les préfets, sur les directions déconcentrées ou sur la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

Ainsi en est-il pour le plan pluriannuel « Solidarité–Grand âge » (2007-2012) et le plan « Alzheimer » (2008-2012) qui vient le compléter. En termes d'hébergement des personnes âgées en perte d'autonomie, le premier autorise la création annuelle de 2 500 places d'accueil de jour, de 1 100 places d'hébergement temporaire supplémentaires et de 7 500 places médicalisées en EHPAD en 2008 et 2009 ; le second ouvre la possibilité sur les prochaines années de créer ou d'identifier des unités adaptées pour les patients souffrant de troubles comportementaux tant au sein des EHPAD (738 millions d'euros) qu'au sein des services de soins de suite et de réadaptation (70 millions). Le plan Solidarité–Grand âge ⁽¹⁾ comprend, par ailleurs, tout un ensemble de dispositions destinées à encourager un effort accru de l'encadrement des résidents des établissements : augmentation des effectifs de personnels soignants, adoption d'un ratio d'encadrement d'un professionnel pour chaque résident dans les établissements accueillant les personnes les plus dépendantes, poursuite de la médicalisation, poursuite de la tarification des établissements avec le développement de la « coupe Pathos » ⁽²⁾.

Enfin, en réponse aux souhaits de la Cour des comptes d'une amélioration de l'articulation des outils de planification et de programmation médico-sociale, les agences régionales de santé doivent définir et mettre en œuvre une planification de leurs actions au moyen d'un projet régional de santé (PRS) soumis pour avis à la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie, aux collectivités territoriales et au représentant de l'État dans la région. S'inscrivant dans le cadre des orientations de la politique nationale de santé, des lois de finances et les lois de financement de la sécurité sociale, le PRS est constitué d'un plan stratégique régional de santé qui fixe les orientations et objectifs de santé pour la région ; de trois schémas régionaux de mise en œuvre en matière de prévention, d'organisation de soins et d'organisation médico-sociale ; et de programmes déclinant les modalités spécifiques d'application de ces schémas. Ainsi, le schéma régional d'organisation médico-sociale et son programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC), doivent être élaborés par le directeur général de l'ARS, après consultation de la commission de coordination dédiée au secteur médico-social et avis des présidents des conseils généraux. Les PRIAC doivent permettre une meilleure programmation de l'adaptation et de l'évolution de l'offre d'établissements et de services médico-sociaux. Fixés pour cinq ans, ils dressent au niveau régional, les

(1) Voir *infra*, le paragraphe « Le manque de lisibilité des financements ».

(2) *Évaluation transversale des besoins en soins médicaux et techniques des résidents d'un EHPAD, réalisée par le médecin coordonnateur de l'établissement et validée par un médecin conseil de la caisse régionale d'assurance-maladie. Voir, infra, l'annexe L'outil Pathos et la pathossification.*

priorités de financement des créations, extensions ou transformations d'établissements ou de services médico-sociaux.

Les départements exerçant une compétence de principe dans le domaine de l'action sociale en faveur des personnes âgées jouent un rôle essentiel en matière de planification et de coordination puisqu'ils définissent tous les cinq ans des schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale. Ces derniers projettent tous les besoins du territoire dans le champ de l'action sociale. Ils comprennent un volet indépendant, le schéma gérontologique.

Les régions ont la responsabilité de la planification sanitaire, et plus particulièrement du suivi des plans régionaux pour la santé publique et des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) pour les soins hospitaliers.

b) L'éclatement du pilotage national ou territorial

• La juxtaposition de plans et d'autorités différentes conduit de fait à un pilotage éclaté, dénoncé une nouvelle fois en 2009 par la Cour des comptes⁽¹⁾. Celle-ci constate que certaines insuffisances des outils de programmation départementaux résultent d'une mauvaise entente entre les conseils généraux et les services de l'État et aboutissent (en 2007) à ce que 65 % des départements n'ont pas de schémas gérontologiques tandis que ceux qui en possèdent « *présentent des lacunes en termes d'analyse des priorités ou de chiffrage* ». Par ailleurs, la Cour juge insuffisante la concertation entre les représentants de l'État et les départements pour améliorer l'articulation des volets sanitaire et médico-social de la prise en charge des personnes âgées dépendantes en institution.

De même, le rapport de Mme Dorothée Imbaud, M. Christophe Lannelongue et M. Olivier Le Gall⁽²⁾ après avoir notamment rappelé comment « *le manque d'anticipation, les difficultés de coordination et de partage clairs des compétences entre la CNSA et la DGAS ont retardé (...) la mise en œuvre du plan Alzheimer* », propose (recommandation n° 10) de mieux articuler les responsabilités respectives du secrétariat général des ministères sociaux, de la Direction générale de l'action sociale et de ses services déconcentrés et de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

• L'adoption de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, en mettant en place des agences régionales de santé (ARS) devrait réduire ces difficultés en permettant un rapprochement des secteurs sanitaire et médico-social⁽³⁾.

(1) Voir « *La prise en charge des personnes âgées dépendantes* » in Rapport public annuel 2009.

(2) IGAS /IGF, « Enquête sur la consommation des crédits soumis à l'objectif global de dépenses-OGD », février 2010.

(3) Voir infra, au B de la troisième partie, le paragraphe « Conforter le rôle des agences régionales de santé dans le secteur médico-social ».

Rassemblant en une seule structure les compétences des organes décentralisés de l'État et de l'assurance maladie et organisant une concertation avec les conseils généraux, les ARS ont pour mission de mieux maîtriser les dépenses de santé et de définir au niveau régional une politique globale et transversale conjuguant l'organisation et le financement de l'offre de soins sur leur territoire, l'amélioration de la qualité des interventions et l'équilibre entre les secteurs par trop cloisonnés jusqu'alors, de la prévention, des soins et du médico-social.

Installées depuis avril dernier, les ARS n'ont pas encore pu donner toute leur mesure ni répondre aux inquiétudes du secteur médico-social d'être quelque peu marginalisé au profit du secteur sanitaire. Cependant, outre le fait que les organes de pilotage des ARS comprennent des représentants du secteur médico-social⁽¹⁾ et que les crédits propres de ce secteur ont été sanctuarisés selon le principe dit de « fongibilité asymétrique » des enveloppes⁽²⁾, il paraît peu vraisemblable que les ARS puissent ne pas mettre en œuvre les directives du Gouvernement et ignorer l'ampleur croissante du vieillissement de la population et de la nécessité de sa prise en charge.

2. Le manque de lisibilité des financements

- Depuis 1997, est mis en place dans les unités de soins de longue durée et dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées, un processus dit de médicalisation, défini par l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, destiné à assurer entre les établissements, une plus grande égalité des coûts des prises en charge et à améliorer la qualité globale de cette prise en charge.

Pour pouvoir accueillir des personnes âgées dépendantes, ces établissements doivent signer une convention pluriannuelle (cinq ans) avec le président du conseil général et le directeur général de l'agence régionale de santé (qui remplace depuis 2010, le représentant de l'État dans le département). Cette convention qui doit respecter un cahier des charges établi par arrêté ministériel, définit les conditions de fonctionnement de l'établissement sur le plan budgétaire et en matière de qualité de la prise en charge des personnes âgées (accueil et information des résidents, qualité des soins, soins palliatifs...). Son adoption conditionne la mise en place d'une tarification renforçant les financements de l'établissement et prenant en compte le coût de la prise en charge de résidents en perte d'autonomie.

(1) Cette représentation est assurée au sein du conseil de surveillance de l'ARS, de la conférence régionale de santé et de l'autonomie et de la commission spécialisée sur l'accompagnement médico-social pour organiser les travaux de la conférence régionale.

(2) Aux termes de l'article L. 1434-13 du code de l'action sociale et des familles, les ARS ne peuvent pas financer des établissements ou des services relevant du seul secteur sanitaire par les ressources affectées aux établissements médico-sociaux par la CNSA sur le champ du sous objectif de l'Ondam consacré aux « établissements médico-sociaux » mais l'inverse, en revanche est possible.

Cette tarification est composée de trois tarifs journaliers qui alimentent trois sections budgétaires distinctes, dont les charges et les produits sont calculés et arrêtés séparément, chaque section devant être équilibrée. Il faut distinguer :

– un tarif hébergement, arrêté par le président du conseil général et acquitté par le résident, lequel peut bénéficier totalement ou partiellement d'une prise en charge par l'aide sociale départementale, laquelle pourra être remboursée au titre de l'obligation alimentaire ou d'une récupération sur succession. Ce tarif recouvre l'ensemble des prestations d'administration générale, d'accueil hôtelier, de restauration, d'entretien et d'animation de la vie sociale de l'établissement, ainsi que la totalité des amortissements des coûts mobilier et immobilier (construction ou travaux d'aménagement) ;

– un tarif soins, arrêté par le directeur général de l'agence régionale de santé ⁽¹⁾ et acquitté par l'assurance maladie, sous forme d'une dotation globale dite forfait. Le tarif soins recouvre les prestations médicales et paramédicales nécessaires à la prise en charge des affections somatiques et psychiques, les prestations paramédicales liées à l'état de dépendance et les dépenses de dispositifs médicaux non individualisés. Son périmètre est à géométrie variable selon que l'établissement a opté ou non pour un tarif partiel ⁽²⁾ et qu'il dispose d'une pharmacie à usage interne, auquel cas les dépenses de médicaments sont incluses dans le tarif (sinon, elles sont prises en charge dans le forfait aux mêmes conditions que si le résident était à son domicile) ;

– un tarif dépendance, arrêté par le président du conseil général et acquitté par le résident, lequel peut bénéficier d'une allocation personnalisée d'autonomie. Il recouvre l'ensemble des prestations d'aide et de surveillance nécessaires à l'accomplissement des actes essentiels de la vie.

Le budget des établissements doit intégrer les trois sections tarifaires de manière distincte et étanche ce qui conduit à réserver le résultat de chaque section exclusivement à cette dernière et à interdire toute compensation entre sections, les excédents éventuels pouvant être néanmoins affectés à la réduction des charges d'exploitation ou au financement de l'investissement. Par ailleurs, si les postes des dépenses sont majoritairement rattachés à une seule section tarifaire, aucune charge d'exploitation ne peut s'imputer à la fois sur la section dépendance et sur la section soins, à l'exception des rémunérations des aides-soignants et des aides médico-psychologiques réparties à hauteur de 30 % sur la section dépendance et à hauteur de 70 % sur celle des soins. De même, les rémunérations des agents des services hospitaliers sont réparties à hauteur de 30 % sur la section tarifaire dépendance et à hauteur de 70 % sur celle de l'hébergement.

(1) Il remplace depuis 2010, le représentant de l'État dans le département (pour les EHPAD) ou le directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation (pour les unités de soins de longue durée),

(2) Dans le cas du tarif partiel (qui concernait 79 % des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes en octobre 2009), sont inclus les frais relatifs aux dispositifs médicaux non individualisés et aux rémunérations du médecin coordonnateur, des médecins salariés, des auxiliaires médicaux salariés, des aides-soignants et aides médico-psychologiques (à hauteur de 70 %) et des infirmiers libéraux. Le tarif global couvre ces mêmes frais, mais comprend en plus ceux relatifs au médecin traitant libéral, aux auxiliaires médicaux libéraux et aux dépenses de biologie et de radiologie.

• Le processus de médicalisation étant presque arrivé à son terme⁽¹⁾, il convient de constater qu'il n'a pas véritablement permis de clarifier les coûts de l'hébergement des personnes âgées dépendantes ni les financements qui y participent. De fait, diverses critiques ont été adressées à ce dispositif :

– la structure ternaire de la tarification rend parfois malaisée l'attribution de telle ou telle dépense à l'une ou l'autre section et l'étanchéité ne peut pas toujours être respectée : M. Emmanuel Sys, président de la Conférence nationale des directeurs d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes⁽²⁾ a ainsi indiqué à la mission qu'afin de parvenir à une bonne gestion de leur établissement, certains directeurs d'établissements affectent les rémunérations de leurs aides-soignants davantage en fonction des déficits ou excédents d'une section qu'en fonction de la réglementation ; par ailleurs, il a observé qu'en raison de l'augmentation de la dépendance physique des résidents mais aussi de la prévalence des maladies d'Alzheimer, il s'opérait souvent un glissement des tâches hôtelières des agents des services hospitaliers (dont le recrutement est plus aisé, puisque leur rémunération imputée majoritairement sur le tarif hébergement obère moins les finances des conseils généraux que celle des aides-soignants, cf. *infra*) vers des fonctions de soins ;

– le partage de la prise en charge des salaires des aides-soignants et des aides médico-psychologiques à raison de 70 % sur le tarif « soins » (pris en charge par l'assurance maladie) et de 30 % sur le tarif « dépendance » (pris en charge par le département) représente un facteur de complexité et de blocage, dans un contexte de contraintes financières pour les conseils généraux, induisant chez ces derniers des refus ou des retards de signature des conventions. Rappelant que la compensation de la part des conseils généraux était inenvisageable, Mme Nora Berra, secrétaire d'État chargée des aînés⁽³⁾ a indiqué à la mission qu'une expérience allait être tentée pendant trois ans à compter de janvier 2011, consistant à offrir à la Caisse nationale d'assurance maladie la possibilité de débloquer les fonds nécessaires au recrutement d'aides-soignants, dans la limite de ses engagements (70 %), même si un conseil général refuse de participer au cofinancement (30 %) de ce recrutement ; par conséquent, un établissement devant recruter dix aides-soignants pourra en embaucher sept immédiatement ;

– la dotation compensatrice des charges des établissements liées aux soins apportés aux résidents est calculée par l'assurance maladie sur la base d'une dotation minimale de convergence (la « Dominic ») tenant compte à la fois du niveau de dépendance des personnes accueillies et du coût des soins techniques apportés aux résidents. Cette intégration du facteur de la dépendance dans le calcul de la dotation implique que, sous la responsabilité du médecin coordonnateur, l'équipe médico-sociale de l'établissement classe les résidents selon leur niveau de dépendance par

(1) Le « Bilan de l'avancée du processus de médicalisation des EHPAD au 31 décembre 2009 » établi par la CNSA fait état d'un taux de conventionnement de 99,6 %, comptant 561 893 places conventionnées sur un total de 564 275 places.

(2) Audition du 17 décembre 2009.

(3) Audition du 11 mai 2010.

l'intermédiaire de la grille AGGIR dont l'utilisation comme outil de mesure de la dépendance ne manque pas de susciter diverses critiques ⁽¹⁾ ;

– depuis 2006, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) assure notamment la gestion des crédits de l'assurance-maladie destinés aux soins des personnes âgées ⁽²⁾ résidant en EHPAD (sous-ONDAM médicosocial) ; elle a pour objectif prioritaire d'assurer « *la répartition équitable des moyens entre les régions et au sein d'une même région* » (article L. 14-10-1 du code de l'action sociale et des familles) par des enveloppes régionales limitatives, elles-mêmes réparties et payées par les caisses primaires d'assurance-maladie. Or, ainsi que l'a déjà dénoncé à de multiples reprises la Cour des comptes, « *ce financement suit un circuit financier complexe sinon opaque* » qu'il conviendrait de rendre « *plus simple, plus transparent et mieux contrôlable* ». De fait, cette compétence de la CNSA s'exprime au travers d'écritures comptables croisées avec la Caisse nationale d'assurance maladie puisque les crédits du sous-ONDAM apparaissent en recettes dans les comptes de la première mais ne donnent pas lieu à un flux réel de trésorerie.

– l'exclusion des médicaments du tarif « soins » rend difficile une coordination des professionnels de santé autour du résident et de ce fait toute régulation de la consommation de médicaments. Or, la surconsommation de ces derniers est non seulement coûteuse pour l'assurance maladie mais elle provoque de fréquentes pathologies chez les personnes âgées, voire des accidents mortels chez les personnes les plus faibles.

Les effets iatrogènes des médicaments seraient à l'origine de 20 % des hospitalisations des personnes âgées de plus de quatre-vingts ans. Pour expliquer ce phénomène, le premier facteur incriminé est la consommation médicamenteuse.

Certaines études ont montré que le nombre moyen de médicaments consommé par personne de plus de soixante-cinq ans et par jour est de 4,5. 90 % de cette population prend au moins un médicament et les prescriptions médicamenteuses aux personnes âgées de plus de soixante-cinq ans (15 % de la population générale) représentent le tiers de toutes les prescriptions. Cette consommation est un facteur indéniable de risque d'accidents iatrogènes. De nombreux travaux ont montré la relation quasi linéaire du nombre de réactions indésirables avec le nombre de médicaments pris par le patient. Par ailleurs, du fait de la morbidité rencontrée dans cette tranche d'âge, la plupart des médicaments consommés sont des substances à index thérapeutique étroit et exposant à une toxicité dose-dépendante (psychotropes, antihypertenseurs, digoxine, anti-inflammatoires, anticoagulants).

Source : *Annexe 18 de l'avis du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie « Vieillesse, longévité et assurance maladie », avril 2010*

• Le plan Solidarité–Grand âge a décidé de faire évoluer la tarification ternaire afin de tenir compte de l'un de ses objectifs consistant à renforcer les moyens des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes accueillant les patients les plus dépendants. Pour ce faire, de nouvelles conventions, dites de seconde génération, sont proposées lors du renouvellement de leur convention aux établissements, qui accueillent ces personnes les plus dépendantes ou qui ont opté pour le forfait global ; leurs clauses permettent de calculer la dotation des soins servie à chaque établissement par la Caisse nationale

(1) Voir, supra, au A de la deuxième partie le paragraphe « Les insuffisances de la grille AGGIR ».

(2) Voir, supra, au B de la première partie le paragraphe « Les dépenses de sécurité sociale ».

d'assurance maladie en fonction d'une mesure objective – et non plus forfaitaire – par l'outil Pathos ⁽¹⁾ de la charge en soins techniques requis par les résidents d'un même établissement.

Procédure d'une rare complexité, la « pathossification » a néanmoins permis d'augmenter non seulement la dotation des établissements ciblés puisque le surcoût moyen par convention de seconde génération s'établit à 2 300 euros par place (et à 4 000 euros si l'établissement opte pour un passage au tarif global) mais également les taux d'encadrement des résidents lesquels atteignent une moyenne de 29,83 % pour une moyenne de 26,2 % pour les conventions de première génération ⁽²⁾.

Pourtant, c'est avec une grande lenteur que le nouveau processus de médicalisation se met en place, ne concernant que 45 % des établissements (soit 254 815 places). Pour la CNSA, les causes de ce retard sont essentiellement dues aux difficultés des conseils généraux à signer des conventions, qui du fait de l'évolution de leurs propres ressources, deviennent trop onéreuses mais aussi aux retards mis et par les établissements et par l'assurance maladie à procéder aux coupes Pathos ⁽³⁾ et à les valider (en raison des manques de médecins notamment).

De nombreux intervenants ont par ailleurs mis en cause l'outil Pathos lui-même et plus précisément sa complexité. À ce sujet, M. Jean-Marie Vetel, président d'honneur du Syndicat national de gérontologie clinique et membre du Conseil de la CNSA ⁽⁴⁾ indiquait à la mission que la CNSA, consciente que les utilisateurs de l'outil Pathos ne se l'étaient pas approprié, l'avait chargé d'organiser plus de 50 journées de formation nationale en 2009.

D'autres, telle Mme Françoise Fileppi, directrice de la résidence Alquier Debrousse à Paris ⁽⁵⁾ reproche à Pathos de davantage financer la prise en charge des pathologies médicales et des soins médicaux techniquement importants, et de ne pas valoriser les établissements accueillant des gens bien portants ou soignant si bien leurs résidents que la gravité de leur pathologie diminue.

3. L'inadaptation de l'offre d'hébergement

a) La tarification inéquitable des forfaits hébergement

Ainsi qu'on l'a vu, les tarifs des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes se composent en partie d'un forfait hébergement qui

(1) Voir, infra, l'annexe L'outil Pathos et la pathossification.

(2) Voir le « Bilan de l'avancée du processus de médicalisation des EHPAD au 31 décembre 2009 » établi par la CNSA.

(3) *Évaluation transversale des besoins en soins médicaux et techniques des résidents d'un EHPAD, réalisée par le médecin coordonnateur de l'établissement et validée par un médecin conseil de la caisse régionale d'assurance-maladie.*

(4) *Audition du 6 avril 2010.*

(5) *Visite du 11 février 2010.*

recouvre notamment les amortissements immobiliers. Or, ces derniers peuvent avoir un impact important puisque selon les constats du Crédit foncier ⁽¹⁾, le coût d'investissement moyen dans les structures d'accueil a progressé de 76 000 à 110 000 euros par lit de 2003 à 2009, cette hausse pouvant s'expliquer par l'importance de la pression foncière, par la hausse des coûts de construction et par les exigences de la puissance publique en matière de normes.

Ce même constat a été dépeint de façon plus détaillée à la mission par Mme Christine Branchu, inspectrice de l'IGAS ⁽²⁾, laquelle a notamment indiqué que le poids de l'amortissement immobilier pouvait varier de 10 % à 30 % selon la localisation géographique de l'établissement, sa date de construction ou les coûts de cette dernière et la mise à disposition gratuite ou non d'un terrain par une collectivité territoriale ou hospitalière. Elle a également pointé l'impact financier qu'entraîne le développement des normes (superficie minimale de 20 mètres carrés des chambres devant être nouvellement construites, sécurité incendie et sécurité électrique, installation de pièces rafraîchies) soulignant toutefois que *« leur assouplissement, outre qu'il est peu envisageable au nom de la qualité de vie et de la sécurité des résidents, n'aurait qu'un impact limité sur le prix de journée et ne suffirait pas à lui seul à atténuer le sentiment parfois exprimé de cherté des tarifs hébergement »*.

Si la question de ce surcoût du tarif hébergement causé par les amortissements immobiliers mérite d'être posée et si un consensus s'est établi sur le caractère inopportun de la réduction des superficies des chambres ou du niveau des normes, les solutions proposées à la mission demeurent extrêmement diverses :

– investir dans un dispositif d'information sur les prix pratiqués par les divers établissements d'une région afin de permettre aux personnes âgées et à leurs familles d'établir des comparatifs et de faire jouer une concurrence en toute connaissance de cause ⁽³⁾ ;

– augmenter le forfait journalier hospitalier qui atteint près de 20 euros (rapporté à 20 millions de journées d'hospitalisation) en corrélation avec une action en faveur des personnes âgées ⁽⁴⁾ ;

– apporter un financement public aux constructions à l'image de ce qui se fait pour les écoles, les diverses enceintes sportives ou les hôpitaux ⁽⁵⁾. Il doit être

(1) *Audition du 18 novembre 2009 de Mmes Isabelle Sellos-Mahé, directrice exécutive du Crédit Foncier et Nicole Chavrier, directrice des relations institutionnelles et de M. Alexandre Gruppo, directeur de l'immobilier social.*

(2) *Audition du 18 novembre 2009. Mme Branchu est un des auteurs du rapport précité État des lieux relatif à la composition des coûts mis à la charge des résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.*

(3) *Audition du 26 novembre 2009 de M. David Causse, coordonnateur du Pôle Santé-Social de la Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privée à but non lucratif (FEHAP) et de Mme Marine Darnault, directrice du secteur social et médico-social.*

(4) *Ibidem.*

(5) *Intervention de Mme Françoise Vagner, secrétaire générale de l'Union confédérale des retraités de la CGT, chargée des questions d'autonomie lors de la table ronde syndicale du 20 janvier 2010.*

ici rappelé que l'État affecte les excédents annuels dégagés de l'objectif global de dépenses (OGD) médico-sociales géré par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie ⁽¹⁾, au financement des programmes d'investissement des établissements médico-sociaux par le biais de subventions au titre du plan national d'aide à l'investissement (PAI), lequel permet de faire baisser le niveau des amortissements et donc les tarifs d'hébergement des établissements. En 2009, ce plan, augmenté de 70 millions attribués au titre du plan de relance, s'est élevé au total à 330 millions d'euros (250 millions d'euros sur le champ des personnes âgées et 80 millions d'euros sur celui des personnes handicapées) ;

– concevoir un nouveau type d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes qui proposerait des prestations moins coûteuses reposant sur une standardisation de la construction des bâtiments ⁽²⁾. Il conviendra à ce sujet de suivre avec attention le sort que réserveront les agences régionales de santé aux projets du groupe privé Korian consistant à ramener le prix de journée sous les 60 euros, sans subventions, tout en offrant la même qualité de prise en charge grâce à un nouveau concept de construction de ses établissements : des ensembles de 98 lits structurés en petites unités de vie (les chambres étant situées autour d'un espace commun servant d'animation et de salle à manger) et « composés de modules fabriqués en usine et individualisés sur place. Il nous permet de faire chuter le coût de construction de 200 euros le mètre carré » ⁽³⁾.

b) L'inadéquation de l'offre

Ainsi que le constatait devant la mission Mme Andrée Barreteau, responsable du pôle Organisation sanitaire et médico-sociale de la Fédération hospitalière de France ⁽⁴⁾, les personnes âgées entrent davantage en établissement pour y finir leur vie que pour y passer leur retraite et de plus en plus d'établissements comptent désormais des unités de soins palliatifs en leur sein afin de prendre en charge correctement des résidents qui arrivent de plus en plus souvent en urgence, ayant retardé le plus longtemps possible l'abandon de leur domicile.

Cette pression de l'urgence conduit les intéressés à entrer dans le premier établissement pouvant les accueillir mais un certain nombre d'entre eux, constatant ultérieurement que leurs revenus ne leur permettent pas d'assurer le paiement des tarifs pratiqués doivent organiser leur transfert ailleurs, ce qui ne constitue pas une décision neutre pour des personnes âgées dépendantes.

(1) L'OGD est un agrégat composé de l'ONDAM médico-social versé par la Caisse nationale d'assurance maladie et d'un apport de la CNSA (comprenant une fraction de la contribution de solidarité pour l'autonomie et une partie des excédents de son budget). Voir, supra, le paragraphe 2 « Le poids conséquent de la solidarité nationale » du B de la première partie.

(2) Audition, précitée, de Mme Christine Branchu.

(3) « Maisons de retraite : il est de notre devoir de trouver une solution pour les classes moyennes » – Entretien avec Mme Rose-Marie van Lerberghe, présidente de Korian, Les Échos du 26 avril 2010.

(4) Audition du 27 janvier 2010.

Il apparaît en effet qu'au cours de ces toutes dernières années, l'offre d'hébergement a commencé à ne pas correspondre à la demande, se portant « *de manière générale mais surtout en milieu urbain, vers des constructions neuves apportant un grand confort hôtelier mais imposant des tarifs que de très nombreux clients potentiels jugent hors de portée* »⁽¹⁾.

c) Le déploiement insatisfaisant des structures d'hébergement temporaire

En avril 2010, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) a diffusé deux documents sur l'accueil de jour et l'hébergement temporaire⁽²⁾.

Son rapport *Accueils de jour et hébergements temporaires pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer : Attentes, freins et facteurs de réussite* (mars 2010) constate que les dispositifs sont « *hétérogènes, dispersés, que l'on peine à appréhender et à propos [desquels] il est difficile de communiquer* » et qu'à l'échelle d'un département, « *aucune institution, aucun service ne dispose d'une vue globale et actualisée du fonctionnement de ces dispositifs* ». Après avoir distingué diverses raisons de cet état de fait (dispersion des places, absence de gestion distincte entre accueil permanent et temporaire, risque de confusion avec les dispositifs hospitaliers de l'hôpital de jour ou de l'hospitalisation de répit, manque d'adéquation entre les attentes des usagers et l'offre de services de l'hébergement temporaire...), le rapport préconise notamment de développer l'information des professionnels et des usagers, de mieux accompagner techniquement les professionnels, de confier à l'accueil temporaire le soutien à la vie à domicile non seulement de l'aidant familial mais du malade lui-même et d'étendre davantage les hébergements temporaires sur le territoire.

Le deuxième document propose une synthèse de l'enquête dite « *Mauve* », conduite par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques et la CNSA en 2009 sur l'activité en 2008 d'un échantillon moyennement représentatif de 108 unités d'accueil de jour et de 80 hébergements temporaires.

Pour l'accueil de jour, l'enquête fait apparaître qu'au cours de l'année, chaque structure a pu accueillir 17 bénéficiaires différents pour un total de plus de 830 journées (soit environ 48 journées d'accueil de jour pour chaque personne) dans des locaux qui, dans 50 % des cas, se situaient au sein d'un Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ou d'un hôpital et avaient une capacité moyenne de huit places (au lieu de quatre lorsque l'accueil s'organisait au sein d'un établissement). Les personnes accueillies étaient atteintes de la maladie d'Alzheimer pour 90 % d'entre elles et certaines avaient pu bénéficier depuis leur domicile d'un système de transport mis en place par la moitié des structures. Moins de 30 % des unités d'accueil de jour ont une liste d'attente, ce qui s'explique peut-être par les écarts des moyennes de prix constatées : 22 euros dans

(1) Voir le rapport précité de Mme Christine Branchu.

(2) Voir le site Internet de la CNSA : http://www.cnsa.fr/article.php3?id_article=795.

le secteur public autonome, 26 euros dans le secteur public hospitalier, 30 euros dans le privé non lucratif et 31 euros dans le privé lucratif.

Il apparaît par ailleurs que les hébergements temporaires – dont la capacité moyenne est de quatre places – ont chacun accueilli 17 personnes en moyenne pour un total de 720 journées pour des prix moyens de 45 euros dans le secteur public hospitalier, de 48 euros dans le secteur public autonome, de 51 euros dans le secteur privé non lucratif et de 79 euros dans le secteur privé lucratif. Près de la moitié des structures déclare avoir une liste d'attente.

Commentant ces données devant la mission, M. Laurent Vachey, directeur la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie ⁽¹⁾ constatait qu'il convenait de revisiter l'ensemble du modèle et de n'autoriser les accueils de jour qu'à la condition qu'un minimum de places soit assuré car la dispersion actuelle de ces dernières a démontré que plus l'accueil était minimal moins il était rempli.

* * *

Touchant en profondeur à notre modèle social, à l'idée que nous nous faisons de notre société, à notre attachement à un niveau de protection sociale élevé, c'est ensemble que nous devons définir, dans la concertation, un nouveau contrat social permettant d'assurer à tous les Français un minimum garanti face au risque de la perte d'autonomie. C'est ensemble que nous devons nous interroger sur la forme que doit prendre cette prise en charge de la dépendance dans des contextes, démographique, économique et budgétaire difficiles, et c'est ensemble que nous devons rechercher comment en garantir une application équitable.

(1) Audition du 1^{er} avril 2010.

III.- LES PROPOSITIONS DE LA MISSION

Françoise, soixante ans, doit tout à la fois poursuivre une carrière de conseil juridique, assurer la garde de ses deux petits enfants lorsque son fils et sa belle-fille ont des déplacements professionnels au même moment, soutenir ses parents dans leurs démarches juridiques et financières pour trouver un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes qui puisse prendre en charge la maladie d'Alzheimer de sa mère et, enfin, assurer avec ses belles sœurs un tour de visites chaque semaine au domicile de sa belle-mère âgée de quatre-vingt-seize ans.

Elle fait partie de ces aidants familiaux dont le nombre est estimé à 850 000 pour le seul entourage des malades d'Alzheimer (et maladies apparentées), dont 20 % sont les enfants de ces malades (et parmi eux, 80 % de filles).

Elle fait également partie de cette génération de femmes qui, après avoir vu ses parents affronter les difficultés financières qu'occasionne leur dépendance, a décidé de s'assurer contre sa propre perte d'autonomie.

Ainsi que le rappelait Philippe Séguin, Premier président de la Cour des comptes⁽¹⁾, nous ne sommes plus du tout dans le contexte de la création de notre système de protection sociale puisque *« d'un côté, nous devons faire face à une explosion des dépenses; de l'autre, la mondialisation fait du poids des charges sociales une hypothèque pour la compétitivité de notre pays »* ce qui impose, *« des réformes profondes, des réformes de fond, non des demi-mesures ou des ajustements ponctuels. Et ces réformes doivent porter autant sur les dépenses que sur les recettes. En d'autres termes, il faut rationaliser les dépenses et remettre à plat le système de financement en gardant à l'esprit deux impératifs : celui de la compétitivité de notre économie et celui de l'équité »*.

Ne pouvant que partager cette analyse, la mission a souhaité préconiser une politique plus dynamique de la prévention des pertes d'autonomie (A) et la mise en place d'une prise en charge plus cohérente des personnes âgées dépendantes (B) avant de proposer de nouveaux leviers de financement (C).

A. UNE PRÉVENTION PLUS DYNAMIQUE DES PERTES D'AUTONOMIE

Un débat sur le financement de la perte d'autonomie des personnes âgées ne saurait faire l'économie de la question de la prévention de la dépendance car prévenir, c'est aussi limiter les dépenses à venir et il est aujourd'hui avéré qu'un certain nombre de troubles ou de maladies peuvent être à l'avance traités ou du

(1) Audition du 16 septembre 2009 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale – Compte rendu n° 9 de la Commission des affaires sociales (Assemblée nationale – session 2008-2009).

moins retardés⁽¹⁾. Il est donc nécessaire de mieux sensibiliser à ces situations de fragilité non seulement les personnes en charge des générations du troisième âge mais aussi chacun d'entre nous et de rechercher quelle place accorder aux nouvelles technologies pour assurer la protection des personnes âgées.

1. Accroître l'efficacité des actions de prévention des pertes d'autonomie

En complément des actions sociales⁽²⁾ de la Caisse nationale d'assurance vieillesse et de la Mutualité sociale agricole, de nombreuses actions de prévention des situations de dépendance à destination des personnes âgées ont été définies mais certaines doivent être réactivées.

a) Mettre en place une consultation gratuite de prévention

Tant le plan Solidarité-Grand âge (2007-2012) que le plan Bien vieillir (2007-2009) ont proposé l'instauration d'une consultation médicale gratuite de prévention confiée aux médecins généralistes. Ces deux consultations, qui n'ont jamais été mises en place, étaient destinées :

– aux personnes âgées de plus de soixante-dix ans pour la première afin de détecter, à partir d'un questionnaire et d'exams standardisés, les facteurs⁽³⁾ originaux d'une dépendance et de faciliter la compensation des handicaps existants, le maintien de l'activité et la prévention de l'accueil en institution ;

– aux personnes partant à la retraite (ou, en cas d'inactivité, âgées de plus de cinquante-cinq ans) pour la seconde, afin de dépister les facteurs de risque⁽⁴⁾ dont la prévalence augmente avec l'âge, d'informer les intéressés sur les comportements favorables à un vieillissement réussi et de prendre éventuellement le temps d'un entretien pour faire le point sur les événements de leur vie.

Lors de son audition⁽⁵⁾ par la mission, Madame Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports, a indiqué que ses services travaillaient actuellement sur un projet de consultation de longévité laquelle, après avoir été expérimentée sur quatre départements, serait gratuitement proposée aux personnes lors de leur cessation d'activité ou à partir de cinquante-cinq ans, en cas d'inactivité. Cette consultation, rémunérée à un tarif correspondant à deux fois et demie le tarif d'une consultation de généraliste par le Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire, serait fondée sur un auto-questionnaire comprenant 102 items regroupés sous trois chapitres : les conditions

(1) Voir, supra, au B de la deuxième partie, le paragraphe « La prévention insuffisante de la perte d'autonomie ».

(2) Voir, supra, au B de la première partie, le paragraphe « Les dépenses de sécurité sociale ».

(3) Troubles de l'équilibre, troubles de la mémoire, ostéoporose, dénutrition, isolement, dépression, chutes, incontinence.

(3) Tabagisme, hypertension artérielle, hypercholestérolémie, sédentarité, surpoids, isolement, cancer, ostéoporose ou dépression.

(4) Audition du 5 mai 2010.

de vie (niveau de formation et parcours professionnel, relations familiales et sociales, habitudes de vie), l'état de santé (antécédents familiaux et personnels, dépistage, vaccinations et traitements médicamenteux) et la couverture sociale.

Un grand nombre d'experts s'étant déjà suffisamment prononcés sur la nécessité de ces consultations, **la mission propose que, sans plus attendre une quelconque expérimentation, la consultation de longévité soit mise en place à l'attention des personnes à compter de leurs soixante ans.** Elle considère, en effet, qu'il n'y a pas lieu de créer des disparités de traitement entre ceux qui cessent leur activité et ceux qui sont en inactivité. Ces disparités créeraient, en outre, des échantillons différents de populations et rendraient moins aisée l'exploitation d'éventuelles recherches sur les retombées du dispositif.

Proposition n° 1 : Mettre en place, sans délai, une consultation gratuite de prévention destinée à toute personne âgée de plus de soixante ans.

b) Assurer un suivi du plan « national nutrition santé » au sein des établissements d'hébergement pour personnes âgées.

Si la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie s'est progressivement impliquée dans l'élaboration ou la mise en œuvre de divers plans nationaux de santé publique ⁽¹⁾, il est impératif qu'elle assure le contrôle de la mise en œuvre du plan national nutrition santé (PNNS) par les établissements hébergeant des personnes âgées (EHPA) au sein desquels les états de dénutrition ou de malnutrition des résidents constituent un véritable problème.

Selon le Conseil national de l'alimentation ⁽²⁾, en 2005, ces complications nutritionnelles touchaient 30 % des personnes entrant dans ces établissements et 16 à 60 % de leurs résidents, soit au minimum de 100 000 à 200 000 personnes. Or, la dénutrition des personnes âgées emportant des conséquences graves en termes de santé ⁽³⁾, le conseil formulait diverses recommandations à destination des EHPA : l'intégration dans les conventions tripartites d'un plan de dépistage de la dénutrition placé sous la responsabilité du médecin coordonnateur, une meilleure formation de tous les professionnels, l'élaboration d'un cahier des charges, la présence d'un diététicien une demi-journée par semaine, des menus privilégiant le goût, la variété et le plaisir alimentaire et le respect de la sécurité sanitaire...

Lors de son audition, M. Jean-Marie Vetel ⁽⁴⁾, président d'honneur du syndicat national de gérontologie clinique, indiquait à la mission que le plus

(1) Voir son Rapport d'activité 2009.

(2) Voir l'avis du conseil sur Les besoins alimentaires des personnes âgées et leurs contraintes spécifiques, n° 53, 15 décembre 2005.

(3) Aux termes de l'avis précité, la dénutrition d'une personne âgée conduit « successivement en boucle (aux) dégradations suivantes : amaigrissement, déficit immunitaire, infections urinaires et respiratoires, hypo albuminémie, troubles psychiques, risques iatrogènes, escarres, chutes, fractures, état grabataire ».

(4) Audition du 6 avril 2010.

souvent, la cause de la dénutrition devait être recherchée dans le manque de qualité gustative et d'adaptation au grand âge des repas, dû notamment à l'absence de culture gériatrique et aux contraintes d'hygiène alimentaire de la restauration collective ainsi qu'à la formation aléatoire des cuisiniers des établissements ; il déplorait la coûteuse solution de facilité du remplacement par des compléments nutritionnels oraux – délivrés à des personnes déjà fortement sous médicaments – d'une alimentation faite d'une « *étrange texture hachée ou mixée* ».

De ce fait, la mission souhaite que les agences régionales de santé (ARS) s'impliquent davantage dans le contrôle de la bonne application, par l'ensemble des établissements, des neuf objectifs prioritaires édictés par le PNNS ⁽¹⁾ ; **elle propose que, lors de la signature de conventions tripartites avec les établissements accueillant des personnes âgées dépendantes, les ARS s'associent avec les conseils généraux pour généraliser l'adoption de cahiers des charges relatifs à la nutrition des résidents** des établissements signataires. Ces cahiers des charges, adaptés à chaque situation locale – achats de fruits et légumes frais du terroir, respect de traditions alimentaires régionales –, devraient intégrer les recommandations précitées du Conseil national de l'alimentation.

Proposition n° 2 : Adjoindre à chaque convention tripartite liant une agence régionale de santé, un conseil général et un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes, un cahier des charges spécifique audit établissement et relatif aux bonnes pratiques nutritionnelles devant être appliquées à l'égard de ses résidents.

c) Prévenir les accidents indésirables évitables

Qu'elles soient ou non en état de perte d'autonomie, qu'elles demeurent à domicile ou en établissement, les personnes âgées sont particulièrement atteintes dans leur santé par les conséquences graves (hospitalisation, accentuation de la fragilité, voire décès) de deux événements sans lien l'un avec l'autre mais se caractérisant par leur caractère évitable : les chutes et l'iatrogénie médicamenteuse, sur lesquels la Haute Autorité de santé (HAS) a d'ores et déjà émis plusieurs recommandations ⁽²⁾.

Les chutes constituaient 84 % des 20 558 accidents de la vie courante survenus en 2004 chez les personnes de soixante-cinq ans et plus. Dans 70 % des cas, elles ont entraîné une hospitalisation dont la durée augmente significativement avec l'âge, passant de moins de huit jours pour les personnes de

(1) Augmenter la consommation de fruits, de légumes, de calcium et de glucides ; augmenter la pratique quotidienne d'une activité physique ; réduire la contribution moyenne des apports lipidiques totaux ; diminuer la consommation annuelle d'alcool par habitant de 20% ; réduire de 5 % la cholestérolémie moyenne, de 2-3 mm de mercure la moyenne de la pression artérielle systolique des adultes et de 20 % la prévalence du surpoids et de l'obésité. Voir, le site Internet : <http://www.mangerbouger.fr/IMG/pdf/PNNS2-Complet.pdf>

(2) Voir, « Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée, Recommandation pour la pratique clinique », novembre 2005 et « Ensemble, améliorons la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé (PMSA) ».

soixante-cinq à soixante-neuf ans à plus de treize jours pour celles de plus de quatre-vingt-dix ans⁽¹⁾. Selon un récent article du *Quotidien du Médecin*⁽²⁾, un tiers des personnes de plus de soixante-cinq ans et la moitié des plus de quatre-vingts ans font au moins une chute par an.

Ces chutes engendrent 12 000 décès, chaque année. Mais, le plus souvent, elles entraînent des fractures de l'extrémité supérieure du fémur à l'origine, en 2007, de 77 300 hospitalisations de patients âgés de 55 ans ou plus, soit des taux bruts moyens d'hospitalisation de 59,3 pour 10 000 femmes et de 23,6 pour 10 000 hommes ; ces taux passent respectivement à 93,7 et 46 pour 10 000 entre soixante-quinze et quatre-vingt-quatre ans et à 296,3 et 170,4 pour 10 000 au-delà de quatre-vingt-quatre ans⁽³⁾. Par ailleurs, pour un quart des personnes de plus de quatre-vingts ans, ces chutes marquent le début d'un cycle de chutes répétées débouchant sur des hospitalisations et des pertes d'autonomie dont le coût financier est élevé⁽⁴⁾ alors que la prévention des chutes passe par des prescriptions simples⁽⁵⁾.

Les prescriptions médicamenteuses extrêmement nombreuses chez la personne âgée sont générées par les traitements de leurs polyopathologies et par le manque de coordination entre les différents médecins prescripteurs. Ainsi, que le démontre l'annexe 12 de l'avis précité du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie⁽⁶⁾ :

– à domicile, deux personnes âgées sur trois achètent au moins une fois un médicament par mois et consomment 3,6 médicaments différents par jour (soit 3,3 médicaments différents par jour pour les 65-74 ans, 4 pour les 75-84 ans et 4,6 pour les 85 ans et plus) ;

– en établissement, la consommation des personnes âgées serait de 5,2 médicaments par jour, plus de 50 % d'entre elles prenant entre 5 et 10 médicaments par jour et 4 % plus de 10.

Dès lors cette consommation importante peut entraîner dans certains cas – trop fréquents – des accidents graves. La Haute Autorité de santé estime qu'elle serait à l'origine de plus de 10 % des hospitalisations chez les personnes de plus de soixante-cinq ans et de près de 20 % chez les octogénaires. Mais les études sur le sujet sont anciennes et mériteraient d'être mises à jour. Ce risque iatrogène devrait être limité par une amélioration de la prescription médicamenteuse, grâce,

(1) Voir « *Épidémiologie et prévention des chutes chez les personnes âgées* », Bulletin épidémiologique hebdomadaire du 2 octobre 2007, n° 37-38.

(2) « *Vers une meilleure prise en charge de la personne âgée* », Quotidien du Médecin du 9 décembre 2009.

(3) Voir « *Les fractures du col du fémur en France entre 1998 et 2007 : quel impact du vieillissement ?* » Études et résultats, n° 723, avril 2010.

(4) Voir, « *Évaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées* », Haute Autorité de santé, avril 2009.

(5) *Réévaluation de la prescription médicamenteuse, adaptation du chaussage, kinésithérapie, apports de calcium et de vitamine D, réaménagement de l'habitat.*

(6) Vieillesse, longévité et assurance maladie.

notamment, à la création d'une fonction de pharmacien référent, professionnel sous contrat avec un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). L'article L. 5126-6-1 du code de la santé publique précise qu'avec le concours du médecin coordonnateur, ce pharmacien suit l'application de la convention de fourniture en médicaments de l'EHPAD, élabore la liste des médicaments à utiliser préférentiellement et participe à la bonne gestion ainsi qu'au bon usage des médicaments au sein de l'établissement.

Considérant toutefois que la persistance de ces risques de chutes et de iatrogénie médicamenteuse précipitent ou aggravent la dépendance des personnes âgées, alors qu'ils sont parfaitement évitables, **la mission propose de veiller à la bonne application sur le terrain des dispositions précitées du code de la santé relatives au pharmacien référent et de charger les agences régionales de santé de la définition et de la poursuite d'une politique volontariste de suivi des recommandations de prévention et de coordination des soins définie par la Haute Autorité de santé** par la mise en place d'objectifs de réduction de ces accidents dont le coût pèse lourdement sur notre système de santé.

Proposition n° 3 : Veiller à ce que les agences régionales de santé définissent les objectifs chiffrés et les moyens d'une prévention des accidents indésirables évitables frappant les personnes âgées sur leur territoire et qu'à ce titre, elles s'assurent que tous les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ne disposant pas de pharmacies intérieures ont recours à un pharmacien référent.

2. Renforcer l'efficacité des actions des intervenants auprès des personnes âgées

a) Former les aidants professionnels et informels intervenant au domicile des personnes âgées

De nombreuses mesures pilotées par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) ont d'ores et déjà été prises afin de renforcer la professionnalisation des divers intervenants du secteur médico-social en charge des personnes âgées :

– le plan des Métiers (2008-2009)⁽¹⁾ finançait pour 7 millions d'euros diverses formations destinées à mieux accompagner les personnes et à mieux reconnaître les compétences des professionnels au service des personnes handicapées et des personnes âgées dépendantes ;

– les conventions triennales avec près de quarante conseils généraux tendent à développer la formation des personnels de l'aide à domicile, à partir des

(1) Lancé en juillet 2008, ses expérimentations pendant plus de deux ans dans les régions Alsace, Centre, et Nord-Pas-de-Calais, doivent prochainement faire l'objet d'un bilan.

orientations nationales et des priorités locales ⁽¹⁾ ;

– les conventions nationales avec six grandes structures animatrices de réseaux de services d'aide à domicile (Adessa, Aide à domicile en milieu rural - ADMR –, Croix-Rouge, Fédération des particuliers-employeurs de France - FEPEM –, Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles - UNA –, Union nationale des centres communaux et intercommunaux d'action sociale – UNCASS) ;

– la convention de partenariat de quinze mois avec l'association France Alzheimer destinée, au moyen de 400 actions, à proposer deux jours de formation sur la connaissance de la maladie à chaque aidant familial.

Souhaitant que des bilans de toutes ces différentes conventions puissent être établis par la CNSA, afin d'éventuellement poursuivre ou étendre la mise en place des exemples les plus efficaces au plan national, **la mission propose que toute convention pilotée par la CNSA au titre de la formation des intervenants auprès des personnes âgées comprenne une sensibilisation aux situations annonciatrices d'un risque de perte d'autonomie.**

Proposition n° 4 : Inclure dans les diverses conventions de partenariat sur la formation des intervenants auprès de personnes âgées dont la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie est signataire, une formation à la reconnaissance et au signalement des situations de fragilité de ces personnes.

b) Accroître la sensibilisation du corps médical

Tant les situations de fragilité des personnes âgées que les signes précurseurs de la maladie d'Alzheimer et des autres maladies dégénératives apparentées ne font pas l'objet de diagnostics satisfaisants. Ainsi que le rappelait à la mission le professeur Françoise Forette, l'assurance maladie ne dénombre aujourd'hui que 425 000 malades Alzheimer et apparentés – dont 17 % seraient traités –, alors que ces derniers seraient 850 000 ⁽²⁾.

Ce même constat avait été effectué en 2005 par l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé ⁽³⁾ qui précisait également qu'au stade précoce de la démence, le diagnostic n'est établi que pour une personne sur trois et qu'en France, il s'écoulait « *en moyenne une période de deux ans entre les premiers symptômes caractéristiques et le moment où la maladie est diagnostiquée, contre par exemple seulement dix mois en Allemagne* ». Parmi les explications que donne le rapport de l'office à ces retards, figure celle d'une méconnaissance de la

(1) Plusieurs de ces conventions contiennent des initiatives spécifiques dont il serait intéressant de connaître et de publier – sur le site internet de la CNSA – les résultats : mise en place d'atelier motricité et d'ateliers mémoire dans l'Aisne ; surveillance itinérante de nuit dans les Bouches-du-Rhône ; formation des accueillants familiaux et développement de la validation des acquis en Moselle...

(2) Audition du 19 novembre 2009.

(3) Voir le rapport de Mme Cécile Gallez, La maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées, Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé, n° 2454, 6 juillet 2005.

maladie par les médecins dont la formation a été dans le passé très insuffisante, se limitant à quelques heures de cours pendant toute la durée de leurs études.

C'est également à cette même méconnaissance que se heurtent les familles des malades, ainsi que l'ont rapporté à la mission les représentants des associations Alzheimer 54, France-Alzheimer 88 et réseau Gérard Cuny lors de son déplacement à Nancy ⁽¹⁾. Ces derniers ont parfois eu le sentiment d'une certaine méconnaissance par leur médecin traitant de l'existence et du rôle de diagnostic des centres mémoire ou ont ressenti son incrédulité quant à leur description des troubles d'un proche qui ne les manifestait aucunement au moment de la consultation.

Or, l'importance du médecin traitant dans le processus de la prise en charge d'une personne âgée tant pour détecter les premiers symptômes d'une maladie dégénérative ou d'une situation de fragilité que pour l'orienter vers des spécialistes est indéniable. Premier maillon de la chaîne des soins, il est celui qui accompagne un vieillissement, celui qui connaîtra le mieux le parcours de soins et les traitements de la personne âgée et celui qui pourra le mieux coordonner les interventions des équipes spécialisées qui, composées d'assistants en gérontologie, de psychomotriciens ou d'ergothérapeutes, devraient prochainement être mises en place pour intervenir au domicile de toute personne âgée en perte d'autonomie ⁽²⁾.

Par conséquent, **la mission propose que des modules spécifiques de formation à la reconnaissance des symptômes des situations de fragilité des personnes âgées et à l'utilisation des protocoles définis pour le diagnostic des maladies dégénératives soient mis en place au titre de la formation continue et de la formation initiale des médecins généralistes** afin de les soutenir dans leur rôle essentiel de pivot. **Elle propose, en outre que de mêmes modules de reconnaissance des symptômes, de leur prévention et de leur prise en charge soient intégrés dans les formations des auxiliaires médicaux.**

Proposition n° 5 : – Créer à destination des médecins généralistes des modules de formation initiale et continue relatifs à l'utilisation de protocole de diagnostics des maladies dégénératives invalidantes.

– Créer à destination des médecins généralistes et des auxiliaires médicaux des modules de formation initiale et continue relatifs à la reconnaissance et à la prévention des situations de fragilité et des troubles psychiques des personnes âgées.

(1) Cf., *infra*, l'annexe Liste des personnes auditionnées par la mission.

(2) Voir la mesure 6 du plan Alzheimer.

c) Coordonner les parcours de soins

Le nombre important des hospitalisations des personnes âgées ⁽¹⁾ peut aisément s'expliquer par l'augmentation sensible du nombre de leurs pathologies avec l'âge et par l'amenuisement corollaire de leurs capacités physiques de compensation. Toutefois, tant l'admission à l'hôpital des personnes âgées que leur sortie sont sources de complications.

Les entrées en hospitalisation se font trop souvent en catastrophe par les services des urgences. Proportionnellement très important à partir de soixante-dix ans, ce mode d'hospitalisation concerne près de la moitié (40 %) des personnes de quatre-vingts ans et plus. Même si les personnes âgées présentent des pathologies dont les symptômes peuvent se déclencher brutalement sur un organisme affaibli et nécessiter une admission aux urgences, ce recours semble toutefois souvent davantage révéler des difficultés de prise en charge de la personne à domicile (insuffisance de l'anticipation des risques ou parfois épuisement de la famille qui ne voit que ce moyen pour s'octroyer un répit) ou en établissement d'hébergement (absence d'un médecin ou d'une infirmière pouvant intervenir). Soulignant devant la mission combien ce recours aux urgences, précipité par définition, n'était pas humainement la meilleure solution pour une personne âgée en souffrance, Mme Andrée Barreteau, responsable du pôle Organisation sanitaire et médico-sociale de la Fédération hospitalière de France ⁽²⁾, appelait de ses vœux une régulation importante du phénomène par les agences régionales de santé d'autant que le coût des transports ambulanciers et de l'hospitalisation aux urgences ne sont pas des moindres.

De même, les retours au domicile doivent faire l'objet d'efforts particuliers d'accompagnement et d'aide de la personne. À ce titre, il convient de relever l'intérêt que présente la mise en place dans certains établissements hospitaliers par la Mutualité sociale agricole et la Caisse nationale d'assurance vieillesse d'un référent « sortie d'hospitalisation » avec lequel la personne âgée peut organiser à l'avance les conditions de sa sortie. Ces accompagnements doivent d'autant plus être encouragés et développés qu'ils évitent les cas onéreux de maintien abusif de la personne dans un service hospitalier, en attendant d'avoir trouvé la solution appropriée à son cas.

Souhaitant que la mise en place des agences régionales de santé ⁽³⁾ s'accompagne d'une meilleure gestion des hospitalisations des personnes âgées, **la mission propose que la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, en**

(1) Dans son avis précité *Viellissement, longévité et assurance maladie, le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie* indique que les personnes de soixante ans et plus représentent 22 % de la population, mais 33 % de la population hospitalisée au moins une fois au cours d'une année tandis que pour les personnes de soixante-quinze ans et plus ces taux sont respectivement de 9 % et de 15 %.

(2) *Audition du 27 janvier 2010.*

(3) *Elles ont notamment pour objet* « de réguler, d'orienter et d'organiser, notamment en concertation avec les professionnels de santé, l'offre de services de santé, de manière à répondre aux besoins en matière de soins et de services médico-sociaux, et à garantir l'efficacité du système de santé ».

concertation avec chaque agence, établit un bilan régional des conditions d'entrée et de sortie d'hospitalisation des personnes âgées puis qu'elle programme, en fonction des résultats obtenus, des actions et des partenariats tendant à remédier aux éventuels dysfonctionnements constatés.

Proposition n° 6 : Confier à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie la direction d'une étude sur les conditions d'hospitalisation des personnes âgées et, en fonction des enseignements de cette étude, l'engager à définir, en collaboration avec les agences régionales de santé, les actions à mener pour remédier aux éventuels dysfonctionnements constatés notamment, par une anticipation de ces situations par les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

3. Encourager le recours aux nouvelles technologies

Pouvant apporter aux personnes âgées dépendantes et à ceux qui les entourent, à la fois une simplification des tâches quotidiennes, une sécurisation de leur environnement, une aide à la communication, ou une amélioration de la mobilité des malades et de leur bien-être, les nouvelles technologies peuvent aussi jouer un rôle considérable dans la prévention des dépendances qu'elles soient mises en place pour prévenir l'apparition de pathologies ou pour apporter une aide à l'autonomie.

a) Recenser et diffuser les expérimentations en cours

Diverses technologies déjà existantes – déambulateur intelligent qui évite les obstacles, système de télévigilance captant les chutes, géolocalisation, piluliers automatiques, domotique... – font déjà l'objet de multiples expérimentations, tels par exemple :

– le pôle d'excellence rurale Domotique et Santé de la communauté de communes de Guéret Saint-Vaury dans la Creuse qui, depuis 2006, associe des entreprises locales à sa politique d'amélioration de la vie de sa population vieillissante par le développement de la domotique au domicile des personnes âgées ⁽¹⁾ et en établissement ⁽²⁾ ;

– le programme « Quater espéranto » expérimenté sur divers territoires par la Fédération des particuliers-employeurs de France afin d'accompagner l'entrée des nouvelles technologies au domicile des personnes ⁽³⁾.

(1) Aménagement de chemins lumineux pour aller de la chambre aux toilettes diminuant ainsi les chutes, installation de capteurs de fumée, de contrôle de température des pièces...

(2) Mécanismes pour les ouvertures des volets et occultations des lieux communs, sur-matelas contenant des capteurs qui, si la personne alitée se lève, allument la lumière...

(3) Il comprend quatre dispositifs de prévention et d'alerte quant à l'apparition d'une perte progressive d'autonomie chez un senior : lunette de toilettes permettant d'identifier une perte de poids, pilulier électronique permettant de savoir quand et en quelles quantités les médicaments ont été pris, ouverture automatisée et sécurisée des portes évitant que des équipes d'intervenants ne se déplacent avec de multiples trousseaux de clés, et cadre-photo alimenté par chaque intervenant afin de recenser toutes les informations sur la personne.

En lançant la mission « Vivre chez soi »⁽¹⁾, en février dernier, Mme Nora Berra, secrétaire d'État chargée des aînés, a souhaité favoriser le plus longtemps possible l'autonomie à domicile en constituant six groupes interdisciplinaires. **L'un deux, chargé de réfléchir aux technologies et services pour l'autonomie, a pour mission d'identifier les technologies et services susceptibles d'être développées rapidement, de définir les conditions techniques et économiques du développement d'une offre grand public, de créer un référentiel « TIC-services » et de proposer des méthodologies de développement dans les territoires, satisfaisant ainsi le souhait de la mission d'un recensement des expériences en cours et d'une large diffusion de leurs apports.**

b) Encourager la recherche et le développement

Fin 2007, une *Étude prospective sur les technologies pour la santé et pour l'autonomie*⁽²⁾ identifiait divers groupes de technologies porteuses en terme industriel à un horizon de cinq à dix ans. Elle constatait en outre qu'en dépit de leur dynamisme, les petites et moyennes entreprises composant le tissu industriel porteur de ces technologies n'étaient pas suffisamment compétitives et devaient :

- être regroupées en réseau afin de gagner en taille critique ;
- suivre des standards déjà définis à l'échelle mondiale, de préférence, ou européenne afin de se déployer à l'étranger ;
- développer davantage des liens multidisciplinaires avec les différents professionnels de santé, les associations de malades et les équipes de recherche de disciplines différentes ;
- bénéficier d'un soutien pour pouvoir se développer sur le marché européen.

Partageant cette analyse, M. René Sève⁽³⁾, directeur général du Centre d'analyse stratégique, précisait à la mission que ces technologies constituaient un investissement intéressant car la plupart d'entre elles s'adressent à un large public national et international, les pays devant faire face aux problèmes du vieillissement étant nombreux. Or, la France, qui a de sérieux atouts en raison de son dispositif national de recherche assez performant et où les projets foisonnent, accuse un certain retard dans le développement de ces technologies principalement en raison du manque de visibilité de sa recherche, de son manque de multidisciplinarité – débouchant sur des produits mal adaptés aux usagers ou aux professionnels – et de la faiblesse de son tissu industriel.

(1) *En partenariat avec le Centre national de référence, la Caisse nationale de l'assurance vieillesse, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, la Direction générale de la cohésion sociale et la Caisse centrale de la mutuelle sociale agricole. Voir le site internet : www.travail-solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/Dossier_Presse_Vivre_chez_soi.pdf.*

(2) *Cette étude réalisée à la demande de l'Agence nationale de la recherche et de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie par le cabinet Alciméd peut être consultée sur le site internet : http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/Rapport_final_ALCIMED_ANR_CNSA_VF2.pdf*

(3) *Audition du 18 novembre 2009.*

C'est pourquoi, souhaitant accélérer la mise au point et l'usage d'aides techniques ou de dispositifs innovants concourant à la compensation des pertes d'autonomie, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie a décidé de soutenir, à titre expérimental, la création de centres d'expertise nationaux associant dans un même projet chercheurs, entreprises et professionnels de la compensation de la dépendance.

De même, afin d'investir aujourd'hui dans ce domaine pour répondre demain aux enjeux majeurs du vieillissement de notre société, **la mission propose qu'une fois connues les conclusions du projet « Vivre chez soi », le développement des nouvelles technologies soit assuré par une relance de la recherche sur ce sujet et par des aides renforcées aux petites entreprises innovantes.** Répondant parfaitement aux objectifs du grand emprunt national de financer des dépenses « porteuses de croissance et d'emploi », cette relance pourrait être financée par les crédits que le grand emprunt réserve à la recherche et les aides aux entreprises par les crédits réservés aux PME.

Proposition n° 7 : Financer au titre du grand emprunt national des actions de recherche-développement sur les technologies d'aide à l'autonomie ainsi que des subventions au profit des petites et moyennes entreprises innovantes de ce secteur.

c) Prôner l'usage de la télémédecine en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

Dans son rapport *La télésanté : un nouvel atout au service de notre bien-être - Un plan quinquennal éco-responsable pour le déploiement de la télésanté en France*, M. Pierre Laborde définissant les apports de la télémédecine ⁽¹⁾ énumère notamment le meilleur suivi des patients atteints de maladies chroniques, la prévention des accidents aigus des pathologies chroniques, la réduction du recours direct aux urgences, la médicalisation de qualité des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) et les consultations facilitées en neurologie, cardiologie, néphrologie, psychiatrie, gériatrie...

De fait, installé au sein d'un EHPAD et relié à un site hospitalier, un réseau de télémédecine améliore le confort de ses résidents en leur offrant un accès facile aux consultations de spécialistes et en leur évitant, par des prises en charge plus rapides et mieux coordonnées, les hospitalisations inappropriées. En outre, les échanges qu'il permet entre les équipes hospitalières et les professionnels de santé de l'établissement sont susceptibles d'enrichir réciproquement la pratique des uns et des autres.

(1) Définie par l'article L. 6316-1 du code de la santé publique, la télémédecine « est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient ».

Afin de développer une pratique de soins respectueuse de la personne âgée dépendante mais également génératrice d'économies substantielles pour l'assurance maladie (absence de transports sanitaires des personnes pour aller consulter un spécialiste, moindre recours aux services des urgences), **la mission propose qu'en liaison avec la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et les collectivités locales concernées, les agences régionales de santé définissent les modalités d'implantation progressive de réseaux de télémédecine au sein des EHPAD de leur territoire** dans le programme relatif au développement de la télémédecine de leur plan stratégique régional de santé.

Proposition n° 8 : Définir au sein des programmes relatifs au développement de la télémédecine des plans régionaux de santé, les moyens d'une mise en place progressive de réseaux de télémédecine au sein des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.

B. UNE POLITIQUE PLUS COHÉRENTE DE PRISE EN CHARGE

Profondément modifié par de récentes réformes de fond ⁽¹⁾, le dispositif de la prise en charge des personnes âgées dépendantes s'inscrit dans une nouvelle gouvernance de la politique médico-sociale et dans un mouvement de rationalisation de la tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Il convient dès lors d'encourager la mise en place de ces réformes qui tendent à une meilleure gestion des politiques (1) et des deniers publics (2) et de poursuivre les réformes par la recherche d'une réduction des diverses inégalités qui perdurent (3).

1. Conforter le rôle des agences régionales de santé dans le secteur médico-social

Dans le domaine médico-social, les Agences régionales de santé (ARS) ont d'ores et déjà été chargées ⁽²⁾ de veiller prioritairement au développement du plan Alzheimer ⁽³⁾ et à la réussite des réformes structurelles en cours : médicalisation des établissements, expérimentation de l'intégration des médicaments dans les forfaits des établissements, nouvelles procédures d'appel à projet pour la création, la transformation ou l'extension d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux.

Afin, toutefois, de bien marquer l'importance du secteur médico-social au sein des ARS, **la mission souhaite** que des directeurs adjoints en charge de ce secteur

(1) Voir la loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009 et la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

(2) Réunion en mars dernier des directeurs préfigurateurs par Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports et Mme Nora Berra, secrétaire d'État chargée des aînés.

(3) Et plus particulièrement au déploiement effectif des pôles d'activités et de soins pour malades d'Alzheimer (PASA) et des unités d'hébergement renforcés (UHR).

soient systématiquement désignés au sein des directions des agences afin de donner à leurs différents interlocuteurs une meilleure visibilité de leurs actions en ce domaine.

En outre, considérant l'importance du rôle que jouent les ARS en matière de relais territorial de l'action de la CNSA pour la répartition des moyens de l'objectif global de dépenses, **la mission recommande que soit organisé entre ces institutions un véritable dialogue sur la gestion des politiques à mettre en place, la détermination des crédits qui doivent y être consacrés et la définition d'indicateurs permettant de mesurer les résultats obtenus**⁽¹⁾. À ce titre, pourrait être notamment examiné les déploiements des structures temporaires de répit dont on a vu, *supra*, que ses modalités devaient être réformées.

2. Poursuivre l'actuel ajustement des dépenses

Dans le contexte actuel de crise économique et de déficits budgétaires qui ne cessent de s'accumuler au fil des ans, il apparaît plus que jamais nécessaire de poursuivre une politique de rationalisation des dépenses de la prise en charge des personnes âgées sans pour autant en diminuer la qualité. Parallèlement à la poursuite des objectifs d'une meilleure gestion de l'offre de soins des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, la gestion de l'allocation personnalisée d'autonomie par les départements peut également être rendue plus efficace.

a) Améliorer la gestion de l'allocation personnalisée d'autonomie.

Rappelant à la mission que la gestion des allocations compensatrices d'une perte d'autonomie⁽²⁾ par les départements représente un sixième de leurs dépenses (soit le tiers de leurs dépenses sociales), et que cette charge, qui progresse de 5 % par an, a atteint un montant de plus de 4,5 milliards d'euros en 2009⁽³⁾, Mme Michèle Debonneuil, inspectrice générale des finances, estimait que la réorganisation des services départementaux concernés était urgente⁽⁴⁾.

De fait, lorsque l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) finance des prestations d'aide à domicile, le conseil général doit assurer le suivi et le contrôle de l'activité des prestataires de services (enregistrement des heures d'arrivée et de départ du domicile de la personne dépendante, temps de transport....) et procéder à leur paiement. Or, ce contrôle s'effectue dans la majorité des cas par la demande d'une masse de pièces justificatives à remettre chaque mois et leur longue manipulation nécessite un personnel dont le coût est difficile à évaluer⁽⁵⁾.

(1) Audition du 27 janvier 2010.

(2) Soit, l'allocation personnalisée d'autonomie et la prestation de compensation du handicap.

(3) Voir son rapport L'économie quaternaire : une croissance durable à construire, janvier 2010.

(4) Audition du 27 janvier 2010.

(5) Comme le note M. Pierre Jamet dans son Rapport sur les finances départementales, précité, la nomenclature comptable des départements « prévoit uniquement l'imputation d'un montant global de dépenses de personnel sur les dépenses sociales. En outre, ne sont pas comptabilisées comme dépenses de personnel les opérations réalisées pour le compte du conseil général par d'autres opérateurs, à titre gratuit (exemple : instruction par les CCAS des demandes d'ouverture de droits au RMI / RSA) ».

Partageant ces mêmes constats, le récent rapport de l'IGAS⁽¹⁾ recommande une dématérialisation des pièces justificatives, l'utilisation de chèques « emplois service universel » (CESU), éventuellement prépayés pour la rémunération d'emplois de gré à gré et le développement, pour les structures prestataires, de procédures de télégestion : dans ces deux cas, un conseil général peut en effet contrôler plus aisément l'effectivité de la prestation et dématérialiser les factures⁽²⁾, ce qui génère de véritables économies de personnel.

Mais, selon Mme Michèle Debonneuil, précitée, la distribution de CESU pour le paiement des prestations de gré à gré est très coûteuse car, « outre la rémunération des émetteurs de titres qui la mettent en œuvre, il faut payer 35 centimes d'euros par chèque aux banques pour transférer le montant des CESU sur le compte des prestataires. Compte tenu du développement, pourtant encore faible (seuls 12 à 15 % des CESU émis sont aujourd'hui encaissés en banque), du CESU social, plus d'un million d'euros devront être versés aux banques en 2009 à ce titre. Diverses formules de "dématérialisation" du CESU social sont en train d'être proposées pour réduire ces coûts ». Elle propose de ce fait de doter les bénéficiaires de l'APA de cartes NFC⁽³⁾ dont la puce serait créditée du montant de l'allocation et qui, lue par le téléphone portable – adapté à ce système – de l'intervenant, permettrait le paiement de ce dernier. Estimant le coût de ce dispositif à 1 % des dépenses de services aux personnes dépendantes, Mme Debonneuil évalue les économies attendues sur ces mêmes dépenses à plus de 10 %.

De même, dans son rapport précité sur *Les finances départementales*, M. Pierre Jamet constate que quelques départements ont expérimenté avec profit l'utilisation d'une télégestion utilisant, cette fois, des puces RFID⁽⁴⁾ et regrette l'absence « de volonté forte pour, dans un premier temps, l'expérimenter sur des territoires, tous donneurs d'ordre compris », d'autant que ce système « ne suppose aucune manipulation et a l'avantage sur les autres systèmes de télégestion de pouvoir s'appliquer même avec des intervenants de gré à gré ».

Souhaitant que ces deux modalités de nouvelle télégestion fassent au plus tôt l'objet d'une prochaine expérimentation sur le terrain, la mission recommande que leur emploi soit ensuite rapidement généralisé car une meilleure gestion du service de l'APA doit impérativement être mise en place par

(1) La gestion de l'allocation personnalisée d'autonomie. Synthèse des contrôles de la mise en œuvre de l'APA réalisés dans plusieurs départements, rapport établi par Mme Annie Fouquet et MM Michel Laroque et Cédric Puydebois, juillet 2009.

(2) Dans un système de télégestion, l'employée à domicile doit, à l'aide d'un numéro de téléphone gratuit, contacter à son arrivée chez la personne âgée un serveur vocal, taper son numéro d'identification et reproduire cette opération à la fin de son service. Le serveur vocal enregistre les informations nécessaires comme le lieu et la durée de prestation et les transmet ensuite à une application informatique pour la facturation.

(3) Ces cartes de communication en champ proche, « Near Field Communication », permettent une interaction sans contact avec des objets situés à moins de dix centimètres de la puce qu'elles contiennent.

(4) Ces puces de « Radio Frequency Identification » permettent une interaction sans contact avec des objets éloignés de quelques mètres.

les départements. Alors que l'État s'est imposé une politique de révision générale de ses politiques publiques qui devrait générer dès 2009 un gain de 30 600 emplois « équivalents temps plein » et la réalisation de 7,7 milliards d'euros d'économies, il serait déconcertant qu'au moment où certains conseils généraux rencontrent de graves difficultés financières, ils ne cherchent pas à leur tour à optimiser leurs dépenses de personnel.

b) Poursuivre les efforts de médicalisation et de convergence

Les diverses critiques adressées au processus de médicalisation des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ont conduit le législateur ⁽¹⁾ à introduire diverses modifications au régime de la tarification de ces établissements et à réaffirmer les principes initiaux de la réforme de 1997 dont celui d'une plus grande égalité dans la prise en charge des résidents ; ont ainsi été renforcées la convergence des ressources attribuées aux établissements et la suppression progressive des anomalies que constituent aujourd'hui diverses modalités de mise en œuvre du processus précité (forfait partiel, clapet anti-retour, remboursement hors forfait des médicaments et des produits et prestations remboursables) ⁽²⁾.

La tarification à la ressource se traduit par l'attribution de dotations globales de soins désormais calculées en fonction d'un barème et de règles, établis au niveau ministériel⁽³⁾. Elle devrait être prochainement généralisée à tous les établissements.

Le processus de convergence tarifaire repose sur le principe « à situation égale en termes de profil de la population accueillie, allocation de moyens égale ». Pour parvenir à calculer et à comparer ce que devraient être les dotations de soins théoriques des établissements – les tarifs plafonds –, une unité de référence, le Gir moyen pondéré soins (GMPS) ⁽⁴⁾, a été définie ; son application à chaque établissement en fonction du nombre de ses lits a permis de constater que 20 % à 25 % des établissements disposent d'une dotation soins supérieure à ce qu'autoriserait en principe leur tarif plafond, alors que 75 % à 80 % se situent sous leur tarif plafond.

(1) Voir la loi précitée de financement de la sécurité sociale pour 2009.

(2) Voir, supra, au C de la deuxième partie, le paragraphe « Le manque de lisibilité des financements ».

(3) Basée sur l'outil d'évaluation PATHOS, la nouvelle tarification dite « pathossification » – voir, infra, l'annexe L'outil Pathos et la pathossification – se fonde sur l'estimation, au moyen de la grille AGGIR, du degré de dépendance des résidents – aboutissant à une moyenne du niveau de prestation fourni par l'établissement pour la prise en charge de la dépendance en son sein, dite « GIR moyen pondéré » (GMP) – et à une estimation des besoins réels en soins médico-techniques de l'établissement – aboutissant à une moyenne de sa charge en soins techniques, dite « pathos moyen pondéré » (PMP).

(4) Le GMPS agrège lui-même les deux variables GMP et PMP. La procédure complexe de son calcul est définie par l'arrêté du 26 février 2009 fixant les règles de calcul des tarifs plafonds et de mise en œuvre de la convergence tarifaire prévues à l'article L. 314-3-II du code de l'action sociale et des familles applicables aux établissements mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 du même code ayant conclu la convention pluriannuelle prévue au I de l'article L. 313-12 du code précité.

De ce fait, ont été fixées des règles de convergence tarifaire s'appliquant aux 600 à 700 établissements et services sociaux et médico-sociaux dépassant leurs tarifs plafonds. Afin d'effacer l'écart existant entre la dotation qu'ils reçoivent actuellement et celle dont ils auraient normalement dû bénéficier au titre de leur tarif plafond, ces établissements ont vu leur dotation soins 2009 quasiment bloquée au niveau de celle qu'ils avaient reçue en 2008 (son taux d'évolution ayant été fixée à 0,5 %) et recevront de 2010 à 2016, une dotation progressivement diminuée chaque année. Le gain budgétaire net attendu de la mesure de convergence s'élèverait à 25 millions d'euros par an.

L'intégration des dépenses de médicaments dans le tarif soins des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ne disposant pas de pharmacie à usage intérieur fait l'objet d'une expérimentation depuis 2009 et doit être évaluée par un rapport qui doit être remis au Parlement en octobre 2010. Cette intégration a pour double but de supprimer des dépenses excessives et de mieux maîtriser la consommation médicamenteuse des résidents (voir, *supra*). Ces risques doivent être limités par une responsabilisation des acteurs sanitaires et des dirigeants des établissements, sous l'autorité du médecin coordonnateur. Ce dernier doit, de fait, jouer un rôle central en ce domaine, en élaborant la liste des médicaments à utiliser préférentiellement, en collaboration avec les médecins traitants libéraux des résidents et avec le pharmacien chargé de la gérance de la pharmacie à usage intérieur ou le pharmacien d'officine référent sous contrat avec l'établissement.

La mission constatant que la réforme des financements des EHPAD constitue une étape fondamentale de l'actuelle politique de généralisation des bonnes pratiques budgétaires **entend que cette réforme soit menée sans encombre. Elle recommande que l'autorité du médecin coordonnateur en ce domaine soit affirmée et qu'elle soit plus particulièrement inscrite dans le contrat type** ⁽¹⁾ relatif aux conditions particulières d'exercice des professionnels de santé exerçant à titre libéral dans les EHPAD qui doit faire l'objet d'un prochain décret.

3. Assurer une prise en charge plus équitable

Le dispositif actuel de compensation financière de la perte d'autonomie des personnes âgées est la source de diverses inégalités dont les plus criantes ont pour conséquence de faire peser une charge pécuniaire insupportable sur les départements les plus pauvres ou les plus âgés ainsi que sur les classes moyennes désireuses d'entrer dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et sur les ayants droit des résidents les plus pauvres de ces établissements.

(1) Prévu par l'article L. 314-12 du code de l'action sociale et des familles.

a) Redéfinir le système de péréquation de la distribution de l'allocation personnalisée d'autonomie sur le territoire national

Si le principe de la décentralisation de la compétence de l'action sociale en faveur des personnes âgées au profit des départements entraîne une certaine hétérogénéité de la gestion des aides sociales sur le territoire, encore faut-il que ces différences ne soient pas imposées par des facteurs intrinsèques de déséquilibre entre les départements tels un surpeuplement de personnes âgées ou une insuffisance des ressources locales. C'est pourquoi, le concours versé par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) aux départements a pour double objet de compenser le transfert de compétence de l'État aux départements et d'assurer une péréquation entre ces derniers.

Toutefois, outre son montant, les modalités de la répartition de ce concours entre les départements⁽¹⁾ sont aujourd'hui fortement contestées. La CNSA a donc constitué un groupe de travail⁽²⁾ chargé de repenser les actuels critères de répartition autour de quatre thèmes de réflexion :

– le remplacement du critère lié au nombre des bénéficiaires du revenu minimum d'insertion (RMI), prestation aujourd'hui disparue. Dans son *Rapport sur les finances locales*, M. Pierre Jamet, regrettant qu'aucun critère très précis ne permette d'apprécier le nombre même des personnes âgées dépendantes dans chaque département, suppose qu'un critère faisant intervenir les revenus des ménages pourrait offrir une meilleure approche de la charge objective des départements. Toutefois, ce critère n'existant pas actuellement, il pourrait apparaître plus efficace de choisir comme critère de remplacement, celui du nombre des bénéficiaires du minimum vieillesse, lequel présente le double avantage d'être immédiatement applicable et de se référer à une population âgée et peu fortunée qui constitue un lien véritablement en rapport avec la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées ;

– l'aménagement du critère lié au potentiel fiscal. Fondé sur les quatre taxes locales actuelles dont le régime a été profondément remanié, ce critère ne s'applique pas aux communautés d'outre-mer, ce qui pose un problème d'équité territoriale. Par ailleurs, reposant sur des produits fiscaux extrêmement hétérogènes selon les départements, il est lui-même très variable pouvant aller de 258 euros à 1 042 euros par habitant⁽³⁾. Il pourrait être remplacé, ainsi que le recommande M. Alain Vasselle dans son rapport d'information⁽⁴⁾ par celui du potentiel financier lequel comprend non seulement les ressources fiscales locales mais également les dotations versées par l'État de manière régulière et mécanique ;

(1) Voir, supra, au A de la deuxième partie le paragraphe « L'inégalité territoriale de la charge financière ».

(2) Constitué des représentants de l'Assemblée des départements de France (ADF), de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), de la Direction générale des collectivités locales (DGCL) et de la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS).

(3) Voir le Rapport sur les finances départementales, précité de M. Pierre Jamet.

(4) Voir, le rapport précité sur La prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque.

– la modification des taux de pondération des différents critères : au lieu d'affecter le critère du nombre des personnes de plus de soixante-quinze ans d'un taux de pondération de 50 % et le critère de la dépense annuelle d'APA d'un taux de 20 %, ne conviendrait-il pas d'interchanger ces deux taux, afin de donner plus d'importance au critère de la dépense ? Les projections déjà effectuées sur cette proposition semblent démontrer que la redistribution entre les départements n'est pas fondamentalement changée. Jouant en faveur des départements ayant de fortes dépenses, une telle réforme aboutirait à priver certains de toute compensation et ne présente aucun caractère incitatif à une maîtrise des coûts de gestion du dispositif ;

– l'abaissement du taux actuel de garantie d'une charge nette des dépenses d'APA ⁽¹⁾ ne dépassant pas 30 % du potentiel fiscal. Cette garantie qui bénéficie aujourd'hui à six départements, profiterait alors à 9 ou 20 départements selon que le taux est ramené à 25 % ou à 20 %. Toutefois, il doit être noté que la compensation se faisant à enveloppe fermée, cet élargissement de la couverture de la garantie se ferait au détriment de la compensation versée à l'ensemble des autres départements.

Quelles que soient les solutions retenues, **la mission recommande que la compensation soit conçue comme un réel instrument de réajustement des inégalités entre les territoires et qu'elle permette d'encourager les gestions les plus vertueuses des départements et d'encadrer celles des départements les plus dépensiers.**

b) Réduire le reste à charge en établissement

L'importance du reste à charge ⁽²⁾ des résidents d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) résulte principalement de l'imputation sur le prix facturé aux résidents des frais d'amortissement des aménagements des bâtiments et des constructions. Cette imputation est vivement ressentie comme injuste par de nombreux interlocuteurs de la mission dont Mme Françoise Vagner, secrétaire générale de l'Union confédérale des retraités de la CGT, chargée des questions d'autonomie ⁽³⁾ s'est fait l'écho en s'interrogeant sur les raisons pour lesquelles les murs des maisons de retraite médicalisées ne relèvent pas de financements publics comme les écoles, les hôpitaux, les gymnases...

Diverses mesures récentes ont pourtant réduit le montant de ces charges pesant sur les familles : compensation par l'assurance maladie des surcoûts d'exploitation des EHPAD en matière de frais financiers et d'amortissement ⁽⁴⁾,

(1) Soit la charge de la dépense totale effectuée à ce titre, diminuée du montant de la part de la compensation nationale

(2) Voir, infra, au A de la première partie, le paragraphe « L'importance des restes à charge financiers pesant sur les personnes âgées dépendantes ».

(3) Table ronde syndicale du 20 janvier 2010.

(4) Décret n° 2007-1554 du 31 octobre 2007 relatif à la compensation des surcoûts d'exploitation en matière de frais financiers et d'amortissement dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux, pour la publication duquel notre collègue, Mme Danièle Hoffman-Rispal, députée de Paris s'est beaucoup investie.

mise en œuvre d'un taux réduit de taux sur la valeur ajoutée à 5,5 % pour leurs travaux de transformation, d'aménagement, d'entretien ou de construction ⁽¹⁾, accès aux prêts locatifs sociaux et exonération de la taxe foncière pour une durée de vingt-cinq ans.

Ces mesures étant cependant largement insuffisantes à réduire les coûts, **la mission recommande d'inciter les établissements à rechercher des solutions innovantes** : mise à disposition gratuite de terrains par des collectivités publiques, standardisation des constructions à l'exemple de l'expérience tentée par le groupe Korian ⁽²⁾, choix de petites structures de plain-pied afin d'éviter les coûts prohibitifs d'installation et d'entretien d'ascenseurs ou encore, mutualisation entre établissements géographiquement proches – qu'ils ressortent ou non du secteur médico-social – de certains services : sécurité, blanchisserie, cuisine centrale, informatique ⁽³⁾. **Elle recommande également que la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie étudie les moyens par lesquels pourraient être simplifiées les diverses normes de sécurité et de construction sans réduire la qualité de l'accueil des résidents.**

Considérant comme parfaitement injuste que les EHPAD imputent leurs charges d'amortissement sur leurs résidents à la différence de ce que font les établissements de santé sur leurs patients et constatant par ailleurs que les restes à charge en résultant pèsent le plus lourdement sur les budgets des personnes aux revenus médians, qui ne reçoivent aucune aide, **la mission propose d'interdire à l'avenir l'imputation, sur les prix journaliers demandés aux résidents, des coûts des amortissements mobiliers et immobiliers des établissements, lesquels devront être pris en charge par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et par les collectivités sur le territoire desquelles est implanté l'établissement.**

Proposition n° 9 : Interdire l'imputation des amortissements mobiliers et immobiliers des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes sur les prix de journée demandés aux résidents.

c) Assurer une même obligation de contribution des familles sur l'ensemble du territoire

Il est choquant de constater que selon le lieu de résidence d'une personne âgée, ses enfants, parfois ses beaux-enfants et petits-enfants et, peut-être, ses arrière-petits-enfants sont ou seront contraints de participer, au titre d'une

(1) Article 45 de la loi n° 2007-290 du 5 mars 2007 instituant le droit au logement opposable et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale

(2) Voir, supra, au C de la deuxième partie le paragraphe « La tarification inéquitable des forfaits hébergement ».

(3) Ce dernier poste étant souvent mal exploité et sous-traité de façon onéreuse, selon M. Emmanuel Sys, président de la Conférence nationale des directeurs d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendants (audition du 17 décembre 2009).

obligation alimentaire déformée⁽¹⁾, au financement de l'hébergement en institution d'un ou de plusieurs parents âgés à la demande du conseil général ayant attribué une aide sociale à l'hébergement. Ces injustices territoriales peuvent être ressenties d'autant plus fortement qu'elles touchent souvent des familles dont l'ascendant est, par définition, peu fortuné et qui ne vivent généralement pas elles-mêmes dans l'opulence.

A contrario, il est étonnant de constater que l'attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à des gens aisés, voire fortunés, ne fasse l'objet d'aucune récupération à l'exception de la participation des intéressés à leur plan d'aide. Cette dernière ne pouvant pas dépasser 90 % du montant dudit plan lorsque les revenus des allocataires atteignent 2 772,42 euros par mois, toute personne dont les revenus sont égaux ou supérieurs à ce montant peut recevoir 10 % de son plan d'aide, soit des sommes⁽²⁾ sur l'efficacité desquelles on peut s'interroger.

Attachée à une prise en compte plus acceptable des revenus des bénéficiaires des aides à la perte d'autonomie, **la mission propose de supprimer la possibilité d'un recours des départements auprès des obligés alimentaires des bénéficiaires d'aide sociale à l'hébergement et de créer un droit d'option à l'allocation personnalisée d'autonomie à destination des demandeurs les plus aisés.**

Ce droit d'option serait proposé à tout demandeur du bénéfice de l'APA disposant d'un patrimoine d'une valeur au moins égale à 100 000 euros⁽³⁾. Au moment du dépôt de sa demande, il lui serait demandé de choisir entre le service d'une allocation à taux plein à condition d'accepter un droit de reprise sur sa succession future⁽⁴⁾ plafonné à un maximum de 20 000 euros⁽⁵⁾ et l'attribution d'une allocation diminuée de moitié mais sans reprise sur sa succession.

(1) La contribution demandée, servant à payer le tarif hébergement de l'établissement, ne correspond pas seulement à la restauration mais rémunère bien d'autres prestations. Voir, *infra*, au A de la deuxième partie, le paragraphe « La diversité des politiques de récupération des fonds ».

(2) Soit, à compter d'avril 2010, des apports mensuels maxima de 123,56 euros (GIR 1), 105,91 euros (GIR 2), 79,43 euros (GIR 3) et 52,95 euros (GIR 4).

(3) Le patrimoine total médian des retraités s'élève à 140 000 euros (et le seul patrimoine financier médian à 40 000 euros) mais un ménage sur deux se situe en dessous de ce niveau, le premier décile étant à 5 600 euros et le dernier décile à 600 000 euros (10 % des retraités) - Audition du 4 février 2010 de M. Yves Guegano, secrétaire général du Comité d'orientation des retraites et de M. Jean-Michel Hourriez, responsable des études.

(4) En moyenne en 2006, tous héritiers confondus, les défunts français dont la succession était déclarée laissaient 175 000 euros à leurs héritiers. Mais, comme pour le patrimoine, les disparités étaient très importantes : plus de 500 000 euros étaient transmis en moyenne chez les 10 % les plus riches et près de 1 800 000 euros en moyenne dans le centile supérieur - Audition du 25 février 2010 de M. Luc Arrondel, auteur de l'article « Le patrimoine en France : état des lieux, historique et perspectives », *Économie et statistique*, n° 417-418, juin 2009.

(5) Le montant moyen annuel de l'APA servi par les départements était en décembre 2009 de 4 908 euros à domicile et de 3 852 euros en établissement. Considérant que la durée moyenne de perception de l'APA, est de quatre ans, ce montant de 20 000 euros correspond à une moyenne entre les services d'allocations les plus élevés et les plus longs et les services les plus faibles et les plus courts.

Proposition n° 10 : Inscrire dans le code civil que l'obligation alimentaire ne peut pas concourir au remboursement des aides sociales à l'hébergement accordées par les départements aux personnes âgées dépendantes résidant dans un établissement.

Proposition n° 11 : Instituer pour les demandeurs du bénéfice d'une allocation personnalisée d'autonomie possédant un patrimoine d'au moins 100 000 euros, un droit d'option entre une allocation réduite de moitié mais n'autorisant pas un futur recours sur la succession de son bénéficiaire et le service d'une allocation à taux plein, pouvant être récupérée sur la succession future du bénéficiaire pour un montant maximum de 20 000 euros.

Ces mesures nécessaires de prévention et de réajustement des dépenses devraient générer un certain nombre d'économies bienvenues pour faire face à l'inévitable explosion des coûts liée à l'arrivée au grand âge des « *papy boomers* » même si chacun d'entre nous est bien conscient qu'elles ne suffiraient pas à financer la future dépendance de nos concitoyens.

C. DES LEVIERS DIVERS POSSIBLES

Alors que l'actuelle dépense annuelle publique de 22 milliards d'euros engagée pour prendre en charge les pertes d'autonomie des personnes âgées est financée par des budgets eux-mêmes en déficit, que cette dépense ne cesse et ne cessera pas de croître, et que le poids des contributions obligatoires a atteint un niveau critique ⁽¹⁾, comment continuer de financer ce risque sans accroître une situation d'endettement publique inégalée et comment protéger des personnes qui nécessitent une aide du fait même de leur faiblesse ?

Il est de notre responsabilité politique d'assumer le fait que le financement public est désormais incapable de procurer les futurs milliards de dépenses que coûtera dans un avenir proche la dépendance des personnes âgées. Nous nous devons donc d'organiser en conséquence, avant qu'il ne soit trop tard, un dispositif novateur (1) dont la mise en place progressive implique un aménagement à titre transitoire du système actuel (2) et la définition d'une nouvelle gouvernance (3).

1. Créer une assurance universelle spécifique de la perte d'autonomie

Les Français sont de plus en plus conscients des problèmes et des enjeux que constitue la perte d'autonomie à l'heure actuelle et dans le futur puisqu'en 2008, deux sur trois avaient ou avaient eu dans le passé, une personne âgée en

(1) Voir la première partie.

perte d'autonomie dans leur foyer ou dans leur entourage⁽¹⁾ et qu'en 2009, 73 % d'entre eux constataient qu'ils ne disposeraient probablement (52 %) ou certainement (21 %) pas des moyens financiers suffisants à la prise en charge d'un de leurs proches si ce dernier tombait dans un état de totale dépendance⁽²⁾. Ce constat explique pourquoi la même année, 43 % des Français déclaraient avoir déjà envisagé (27 %) ou être décidés (16 %) à souscrire une assurance permettant de bénéficier d'une aide à domicile⁽³⁾.

De fait, le nombre de Français ayant souscrit une assurance dépendance augmente chaque année⁽⁴⁾ et représente aujourd'hui près de cinq millions de personnes ayant adhéré par l'intermédiaire d'une mutuelle ou d'une institution de prévoyance (trois millions de personnes) ou de sociétés d'assurances (deux millions), situant notre pays à la deuxième place des pays industrialisés⁽⁵⁾.

La perte d'autonomie peut être aujourd'hui couverte dans le cadre d'un contrat individuel – signé entre l'assureur et l'assuré et comportant des clauses qui normalement sont définies d'un commun accord – ou d'un contrat collectif, souscrit par une entreprise, une mutuelle ou une association au bénéfice de ses salariés ou adhérents. Ces divers contrats assurent à leurs bénéficiaires le versement d'une rente mensuelle ou d'un capital en cas de survenue d'une dépendance mais si ces derniers conservent leur autonomie jusqu'à leur décès, leurs cotisations sont mutualisées et bénéficient à l'ensemble des assurés (comme dans le cas des assurances habitation ou automobiles).

Cette perception mature et de plus en plus partagée des Français du risque que fait peser la dépendance des futures personnes âgées sur les jeunes générations – constituant pour ces dernières une charge financière insupportable – est une chance qu'il nous faut saisir immédiatement. Elle rend en effet possible, aujourd'hui, la construction à moindres frais⁽⁶⁾ d'un dispositif d'assurance universelle obligatoire dont la charge générationnelle et intra-générationnelle doit être également répartie entre les personnes les plus aisées et les plus pauvres, entre celles qui se maintiendront en bonne santé et celles qui perdront leur autonomie.

(1) Voir le sondage « Baromètre la Banque postale Prévoyance/ La Tribune » - La Tribune du 4 février 2010.

(2) Voir la question n° 5 du sondage Ipsos-Macif sur la vision de la solidarité des Français, juin 2010.

(3) Voir le sondage mené par l'Ifop pour les Assurances Banque Populaire (juillet 2009), La Croix du 18 septembre 2009.

(4) La Fédération française des sociétés d'assurance comptait 2 007 600 assurés versant 387,6 millions d'euros de cotisations (au titre d'un contrat pour lequel la dépendance est la garantie principale) et versait 112,4 millions d'euros de rente en 2008. En 2009, 2 024 200 assurés versaient 403,1 millions d'euros de cotisations tandis que 127,7 millions d'euros de rente étaient servis.

(5) En 2006, près de sept millions d'Américains étaient assurés pour une population cinq fois supérieure à celle de la France et deux millions de Japonais pour une population deux fois supérieure.

(6) Dans cinq ans, lorsque les premières générations du baby-boom auront atteint 70 ans, la couverture du risque sera plus onéreuse en raison de l'aggravation de l'aléa de la dépendance et de l'impossibilité pour ces générations de souscrire une assurance en raison de leur âge avancé.

a) Définir un cahier des charges des contrats perte d'autonomie du grand âge

Les sociétés d'assurance, ayant désormais une vingtaine d'années d'expérience de la gestion du risque dépendance, estiment avoir suffisamment défini le risque statistique – deviendront dépendants 15 % d'une génération atteignant l'âge de 65 ans et 60 % d'une génération atteignant 90 ans – pour proposer des contrats assurant des rentes mensuelles moyennes de 1 000 euros par mois pour des cotisations mensuelles s'élevant à 30 euros pour une personne de soixante ans et à 21 euros pour une personne de quarante ans ⁽¹⁾.

La mission propose de rendre obligatoire dès cinquante ans la souscription d'une assurance des personnes contre la perte d'autonomie auprès de l'établissement labellisé de leur choix : mutuelle, société de prévoyance ou société d'assurance. **Le respect d'un cahier des charges, défini par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)**, permettrait cette labellisation des établissements dont les contrats qui en respecteraient les clauses devraient notamment :

– fixer un socle minimal de couverture fondé sur des montants de cotisations plafonnées ;

– garantir les dépendances d'une gravité importante ou très importante (correspondant aux actuels GIR 1 à 3) liées à l'âge et au grand âge. Leur évaluation se ferait par des équipes indépendantes formées et contrôlées par la CNSA, au moyen du référentiel d'éligibilité qui devrait prochainement être défini par le groupe de travail constitué à cet effet par la CNSA ⁽²⁾ ;

– prévoir des revalorisations périodiques des cotisations et des rentes, à des taux et des dates qui devraient être déterminées en concertation avec la CNSA ;

– garantir des indemnités calculées sur les montants versés, si l'assuré devait temporairement cesser de cotiser ;

– autoriser une portabilité des droits lorsque le bénéficiaire change d'assureur ou passe d'un régime d'assurance collective à une assurance individuelle ;

– ne pas contenir de délais de franchise à compter de la reconnaissance de l'état de dépendance et ni d'autres clauses d'exclusion que celles qui auront été définies par la CNSA.

(1) Audition du 5 novembre 2009 de MM. Gérard Meneroud, président de la commission plénière des assurances de personnes de la Fédération française des sociétés d'assurance, Gilles Cossic, directeur des assurances de personnes et Jean-Paul Laborde, conseiller parlementaire.

(2) Voir, infra, au A de la deuxième partie, le paragraphe « La multiplicité des évaluateurs ».

b) Assurer l'ensemble des dépendances

Les mutuelles, sociétés de prévoyance et sociétés d'assurance devraient assurer progressivement la prise en charge de toutes les personnes atteintes par une perte d'autonomie quelle qu'ait été la durée de leur assurance, dans la limite du socle minimal garanti pour le degré de dépendance qui est le leur.

À cette fin, **la mission propose que ces institutions constituent et gèrent un fonds alimenté par un pourcentage prélevé sur chaque cotisation, dont elles définiront le montant en commun.**

Proposition n° 12 : Rendre obligatoire dès l'âge de cinquante ans, la souscription d'une assurance perte d'autonomie liée à l'âge et assurer son universalité progressive par la mutualisation des cotisations et la création d'un fonds de garantie.

2. Maintenir à titre transitoire une prise en charge publique

En attendant que l'assurance dépendance puisse se substituer au régime actuel de l'allocation personnalisée d'autonomie, le service de cette dernière ne saurait être interrompu. Toutefois, son dispositif, dont on a vu plus haut, qu'il avait atteint ses limites, nécessite diverses modifications tant pour alléger la charge des départements que celles des familles.

a) Étendre le champ des contributeurs au financement public

Fondé sur un principe de solidarité générale, le financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) par la contribution solidarité autonomie et par une fraction de la contribution sociale généralisée⁽¹⁾ n'est pas satisfaisant parce qu'il ne permet aujourd'hui de financer que 30 % de la prise en charge, abandonnant aux départements la majeure partie d'une dépense qu'ils ont de plus en plus de mal à assumer et parce qu'il laisse aux personnes et à leurs familles une lourde part de financement qui ne cesse de croître.

La contribution sociale généralisée (CSG) dont la fraction de 0,1 % rapporte chaque année 1 milliard de recettes à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, s'applique à l'ensemble des revenus. Alors que son taux est de 7,5 % pour les revenus d'activités, le taux applicable aux pensions de retraite diffère selon leurs montants, allant d'une exonération totale à des taux de 3,8 % et de 6,6 %.

Face à cette progressivité produisant des effets de seuils extrêmement brutaux (du simple au double, à un euro près) et à cette situation inéquitable de retraités aisés payant moins de cotisations que les salariés les plus modestes, **la mission propose de réformer le régime de la CSG par un meilleur étalement des taux.**

(1) Voir, supra, au B de la première partie, le paragraphe « Les financements dédiés complémentaires »

Proposition n° 13 : Revoir les taux de la contribution sociale généralisée applicable aux pensions de retraite afin d'aménager une meilleure progressivité de ces derniers en fonction des montants de ces pensions et appliquer un taux de 7,5 % aux montants les plus élevés.

La contribution solidarité autonomie (CSA), qui génère plus de 2 milliards de revenus annuels depuis trois ans, n'est pas équitablement partagée entre tous les Français puisqu'elle ne touche que les salariés (en contrepartie d'une journée supplémentaire de travail non rémunéré, leurs employeurs versent une contribution de 0,3 % de leurs rémunérations) et les détenteurs de patrimoine ou de produits de placements (qui versent une contribution additionnelle de 0,3 % au prélèvement social de 2 % assis sur ces revenus).

Aucun effort contributif n'est demandé aux artisans, aux professions libérales et indépendantes, aux agriculteurs ni aux retraités. Or, il convient de souligner, par exemple, que le niveau de vie moyen annuel d'un ménage de retraités (21 390 euros) est aujourd'hui supérieur au niveau de vie moyen d'un ménage d'actifs (21 010 euros), d'une famille monoparentale dont la mère est active (15 240 euros) ou encore d'une famille de trois enfants ou plus dont la mère est au foyer (15 170 euros)⁽¹⁾.

Si l'on peut comprendre que les catégories précitées aient été exemptées du paiement de la CSA parce que leur participation aurait abouti à une amputation de leur pouvoir d'achat – à la différence des salariés pour lesquels la journée de solidarité ne se traduit pas par une diminution de leur salaire –, cette différence de traitement n'en demeure pas moins choquante lorsque les intéressés disposent de revenus plus ou moins importants.

C'est pourquoi, **la mission propose d'étendre le champ de la CSA aux revenus des professions exemptées jusqu'alors ainsi qu'aux retraites** selon des taux progressifs de cotisations calculés en fonction de leurs montants.

Proposition n° 14 : Faire progressivement participer à la contribution solidarité autonomie, les professions exemptées par l'application de taux gradués en fonction des montants de leurs revenus.

b) Redéployer l'allocation personnalisée d'autonomie

L'ouverture des droits à l'allocation personnalisés d'autonomie (APA) aux personnes âgées légèrement dépendantes – celles classées en GIR 4⁽²⁾ – a contraint les caisses d'assurance vieillesse à verser chaque année à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) une compensation – de plus de 65 millions d'euros en 2009 – mais aussi à se recentrer sur la prévention des situations de

(1) Voir le chapitre 5-4 des Tableaux de l'économie française, INSEE, 2010.

(2) Voir, infra, l'annexe Grille AGGIR et groupes iso-ressources.

fragilité des personnes classées en GIR 5 et 6 et à repenser leur intervention en fonction de celle des conseils généraux en charge des personnes en GIR 1 à 4.

Ce partage des compétences n'est pourtant pas pleinement satisfaisant :

– il donne lieu, tout d'abord, à un financement croisé Caisse nationale d'assurance vieillesse-CNSA-conseils généraux qui ne constitue jamais un facteur de simplification d'un dispositif ;

– s'il permet que l'action sociale des caisses de retraite œuvre à une prévention des situations de fragilité des personnes âgées, il rend difficile leur accompagnement d'un début de perte d'autonomie lequel doit être pris en charge par les conseils généraux. Or, bien que soit souhaitable l'absence de toute rupture de la prise en charge des personnes passant d'un GIR 5 à un GIR 4 – car c'est au cours de cette période critique que les actions de prévention peuvent être le mieux ciblées pour contribuer au ralentissement du processus de dépendance –, le passage d'un financeur à un autre suscite toujours des délais de latence plus ou moins longs, dus à l'évaluation de la personne par les équipes médico-sociales des conseils généraux, à l'examen du dossier ou à la prise de la décision ;

– il ne parvient pas à assurer une bonne coordination sur le terrain entre les caisses d'assurance vieillesse et les conseils généraux, cette coordination n'étant pas assez approfondie aux termes du rapport de la Cour des comptes sur l'exécution de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006.

Par ailleurs, en ne se concentrant pas sur les personnes les plus dépendantes, le dispositif actuel de l'APA ne finance pas suffisamment d'heures d'aide à domicile ⁽¹⁾ à ses bénéficiaires et leur laisse un important reste à charge qui les pousse le plus souvent à recruter de gré à gré des aides à domicile, soit les personnes les moins formées à la prise en charge de leurs besoins spécifiques. L'allocation servie à ces personnes très dépendantes ne leur permet pas non plus de bénéficier pleinement des structures d'hébergement temporaire, couvrant à peine les frais d'utilisation de ces structures deux fois par semaine ⁽²⁾.

Considérant que la charge liée à la grande dépendance ne peut que croître au cours des prochaines années et que la diminution programmée des aidants naturels ne peut qu'aggraver le problème, **la mission propose de recentrer l'allocation personnalisée d'autonomie sur les personnes les plus dépendantes, celles appartenant aux GIR 1 à 3.**

Proposition n° 15 : Réserver le bénéfice de l'allocation personnalisée d'autonomie aux personnes les plus dépendantes classées dans les groupes iso ressources 1 à 3 de la grille AGGIR.

(1) Une personne en GIR 1 par exemple recevant en moyenne mensuelle 788 euros d'aide ne pourra financer que 43 heures à 18 euros, soit un peu moins de la moitié du temps qui est jugé nécessaire pour ce type de perte d'autonomie.

(2) Voir sur ce point « Les personnes âgées dépendantes » dans le Rapport public 2009 de la Cour des comptes.

c) Inciter dès à présent les plus de cinquante ans à mieux utiliser leur épargne actuelle pour s'assurer contre l'aléa de la dépendance

Aujourd'hui près de 40 % des Français possèdent une assurance-vie dont les encours se montent à 1 100 milliards d'euros. Assez souvent souscrite pour permettre une transmission d'argent à des héritiers, l'assurance-vie donne toute liberté à son souscripteur quant à l'usage des sommes qu'il a capitalisées : les garder, effectuer des rachats partiels de capitaux ou sortir en rente.

Lorsqu'une perte d'autonomie survient, il conviendrait de rappeler à ces détenteurs de capitaux qu'ils peuvent utilement se servir de leur épargne pour financer tous leurs frais sans craindre d'être pénalisés ni au niveau de leur assurance dont le capital ne fait que diminuer ni par le fisc qui favorise toutefois les rachats de capitaux aux sorties en rente viagère. Les rentes viagères sont soumises à l'impôt sur le revenu (et aux prélèvements sociaux) lors de leur perception, sur une base forfaitaire déterminée d'après l'âge du crédientier lors de l'entrée en jouissance de la rente ⁽¹⁾.

De même, les personnes de plus de soixante-cinq ans propriétaires d'un bien immobilier ⁽²⁾ peuvent, lorsqu'elles n'arrivent plus à assumer les coûts de leur perte d'autonomie, souscrire un prêt viager hypothécaire. Le montant de ce prêt, qui ne comporte aucun remboursement pendant la vie de l'emprunteur, est hypothécairement garanti sur la valeur de son immeuble et est fixé en fonction de l'âge du bénéficiaire et de la valeur de son immeuble.

Le prêt n'est soumis à aucune imposition particulière sauf s'il est transformé en rente viagère soumise à l'impôt sur le revenu (voir *supra*).

La mission recommande par conséquent qu'une grande campagne d'information soit lancée par les caisses de retraites à destination de leurs adhérents afin de les informer de ces possibilités diverses de financement et de les inciter à les utiliser.

Elle propose que soit modifié le régime fiscal des rentes viagères lorsque ces dernières sont destinées à prendre en charge une perte d'autonomie avérée.

Proposition n° 16 : Alléger le régime fiscal applicable aux rentes viagères lorsque ces dernières sont destinées à prendre en charge une perte d'autonomie avérée.

(1) La fraction imposable est de 70 % si le crédientier est âgé de moins de 50 ans lors de l'entrée en jouissance, de 50 % s'il est âgé de 50 à 59 ans, de 40 % s'il est âgé de 60 à 69 ans, et de 30 % s'il est âgé de plus de 69 ans (6 de l'article 158 du CG : la part des arrérages correspondant au remboursement du capital est présumée être plus importante lorsque l'espérance de vie diminue.

(2) Plus de 70 % des personnes de soixante-dix ans sont propriétaires de leur logement selon les représentants du Crédit foncier, entendus par la mission le 18 novembre 2009.

3. Confier la gouvernance du nouveau dispositif à une Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie aux pouvoirs renforcés

Actrice incontournable du secteur médico-social dont le rôle a été unanimement salué par l'ensemble des interlocuteurs de la mission, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) exerce une mission essentielle d'expertise des projets de réforme du Gouvernement (participation aux instances de préfiguration des agences régionales de santé, conduite du projet-pilote consacré à la nouvelle procédure d'appel à projets des établissements médico-sociaux, pilotage de groupes de travail sur une définition commune des critères d'évaluation de la dépendance ou sur les modifications à apporter aux critères de la péréquation), de suivi et de contrôle des plans nationaux ou locaux de santé, d'accompagnement du processus de médicalisation, ou encore de participation à la formation des différents intervenants du secteur ⁽¹⁾.

Sans entrer dans le détail des réformes nécessaires à une gouvernance renforcée de la CNSA, excellemment analysées par Mme Bérengère Poletti dans son rapport d'information sur les missions et l'action de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, l'adoption d'un nouveau dispositif de financement de la perte d'autonomie implique plus que jamais une confirmation des fonctions d'opérateur de cette institution vis-à-vis de ses autorités de tutelle et l'affirmation de ses rôles :

– de gestion des crédits dédiés au financement des pertes d'autonomie des personnes âgées ;

– d'animation de l'activité médico-sociale des agences régionales de santé, notamment en poursuivant ses activités d'accompagnement des politiques nationales et son appui méthodologique dans l'élaboration des schémas régionaux de l'organisation médico-sociale et dans le suivi des programmes interdépartementaux d'accompagnement de la perte d'autonomie (PRIAC) ou des programmes de développement de la télémédecine ;

– de collaboration avec la Caisse nationale d'assurance-maladie et la Caisse nationale d'assurance vieillesse dont l'absence de représentants à son conseil est regrettable. Avec la première, la CNSA se doit notamment d'accompagner les politiques de prévention des pertes d'autonomie ou de suivi des plans nationaux de santé tant des intervenants au domicile des personnes âgées que des établissements les hébergeant et accompagner le processus de médicalisation de ces derniers ; avec la seconde, elle se doit de mettre en place des actions préventives de perte d'autonomie et des actions d'accompagnement des personnes entrant progressivement en dépendance ;

– de coopération avec les départements dans l'aide qu'ils apportent aux personnes en perte d'autonomie ;

(1) Voir le Rapport d'activité 2009 de la CNSA.

– de partenariat avec les mutuelles, sociétés de prévoyance et sociétés d’assurance en charge du financement des pertes d’autonomie, puisque c’est à la CNSA qu’il appartiendrait de fixer en concertation avec ces organismes les règles de labellisation des contrats ou de revalorisation des cotisations et des rentes et de former et de contrôler les équipes d’évaluation des pertes d’autonomie.

La mission propose en conséquence que soient renforcés la gouvernance de la politique médico-sociale par la CNSA et ses moyens.

Proposition n° 17 : Renforcer la Caisse nationale de solidarité pour l’autonomie dans ses prérogatives d’opérateur principal des politiques médico-sociales, affirmer sa gouvernance de la gestion de la couverture du risque de la perte d’autonomie et la doter des moyens nécessaires à ses missions.

PROPOSITIONS DE LA MISSION

Proposition n° 1 : Mettre en place, sans délai, une consultation gratuite de prévention destinée à toute personne âgée de plus de soixante ans.

Proposition n° 2 : Adjoindre à chaque convention tripartite liant une agence régionale de santé, un conseil général et un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes, un cahier des charges spécifique audit établissement et relatif aux bonnes pratiques nutritionnelles devant être appliquées à l'égard de ses résidents.

Proposition n° 3 : Veiller à ce que les agences régionales de santé définissent les objectifs chiffrés et les moyens d'une prévention des accidents indésirables évitables frappant les personnes âgées sur leur territoire et qu'à ce titre, elles s'assurent que tous les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ne disposant pas de pharmacies intérieures ont recours à un pharmacien référent.

Proposition n° 4 : Inclure dans les diverses conventions de partenariat sur la formation des intervenants auprès de personnes âgées dont la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie est signataire, une formation à la reconnaissance et au signalement des situations de fragilité de ces personnes.

Proposition n° 5 : – Créer à destination des médecins généralistes des modules de formation initiale et continue relatifs à l'utilisation de protocole de diagnostics des maladies dégénératives invalidantes.

– Créer à destination des médecins généralistes et des auxiliaires médicaux des modules de formation initiale et continue relatifs à la reconnaissance et à la prévention des situations de fragilité et des troubles psychiques des personnes âgées.

Proposition n° 6 : Confier à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie la direction d'une étude sur les conditions d'hospitalisation des personnes âgées et, en fonction des enseignements de cette étude, l'engager à définir, en collaboration avec les agences régionales de santé, les actions à mener pour remédier aux éventuels dysfonctionnements constatés notamment, par une anticipation de ces situations par les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Proposition n° 7 : Financer au titre du grand emprunt national des actions de recherche-développement sur les technologies d'aide à l'autonomie ainsi que des subventions au profit des petites et moyennes entreprises innovantes de ce secteur.

Proposition n° 8 : Définir au sein des programmes relatifs au développement de la télémédecine des plans régionaux de santé, les moyens d'une mise en place progressive de réseaux de télémédecine au sein des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.

Proposition n° 9 : Interdire l'imputation des amortissements mobiliers et immobiliers des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes sur les prix de journée demandés aux résidents.

Proposition n° 10 : Inscrire dans le code civil que l'obligation alimentaire ne peut pas concourir au remboursement des aides sociales à l'hébergement accordées par les départements aux personnes âgées dépendantes résidant dans un établissement.

Proposition n° 11 : Instituer pour les demandeurs du bénéfice d'une allocation personnalisée d'autonomie possédant un patrimoine d'au moins 100 000 euros, un droit d'option entre une allocation réduite de moitié mais n'autorisant pas un futur recours sur la succession de son bénéficiaire et le service d'une allocation à taux plein, pouvant être récupérée sur la succession future du bénéficiaire pour un montant maximum de 20 000 euros.

Proposition n° 12 : Rendre obligatoire dès l'âge de cinquante ans, la souscription d'une assurance perte d'autonomie liée à l'âge et assurer son universalité progressive par la mutualisation des cotisations et la création d'un fonds de garantie.

Proposition n° 13 : Revoir les taux de la contribution sociale généralisée applicable aux pensions de retraite afin d'aménager une meilleure progressivité de ces derniers en fonction des montants de ces pensions et appliquer un taux de 7,5 % aux montants les plus élevés.

Proposition n° 14 : Faire progressivement participer à la contribution solidarité autonomie, les professions exemptées par l'application de taux gradués en fonction des montants de leurs revenus.

Proposition n° 15 : Réserver le bénéfice de l'allocation personnalisée d'autonomie aux personnes les plus dépendantes classées dans les groupes iso ressources 1 à 3 de la grille AGGIR.

Proposition n° 16 : Alléger le régime fiscal applicable aux rentes viagères lorsque ces dernières sont destinées à prendre en charge une perte d'autonomie avérée.

Proposition n° 17 : Renforcer la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie dans ses prérogatives d'opérateur principal des politiques médico-sociales, affirmer sa gouvernance de la gestion de la couverture du risque de la perte d'autonomie et la doter des moyens nécessaires à ses missions.

CONTRIBUTIONS DES MEMBRES DE LA MISSION

Contribution de Mme Bérengère Poletti, députée des Ardennes

Les données démographiques et leurs conséquences, avec l'augmentation significative du nombre de cas de dégénérescence cérébrale (notamment la maladie d'Alzheimer) ont considérablement modifié le champ des politiques publiques concernant la dépendance liée à l'âge. Tous les pays développés connaissent cette évolution.

Cette problématique représente un enjeu de la plus haute importance pour les années à venir. C'est la raison pour laquelle le Président de la République en a fait une priorité.

Déjà la loi handicap de 2005 préconisait la mise en place de politiques convergentes entre le handicap et la dépendance liée à l'âge, et c'est effectivement ce qu'il faut souhaiter pour répondre au mieux aux besoins des personnes âgées dépendantes et pour traiter les mêmes handicaps avant ou après soixante ans.

Les politiques telles qu'elles existent actuellement, même si elles ont mobilisé des moyens considérablement augmentés depuis 2003, font malheureusement encore apparaître de grandes inégalités. La première d'entre elles touche les catégories moyennes pour lesquelles la charge financière est extrêmement lourde notamment en ce qui concerne l'admission en établissement (EHPAD).

Le conseil général mobilise des aides sociales pour les plus défavorisés, les aides fiscales allègent la charge des plus favorisés et les réponses apparaissent bien légères pour nos concitoyens aux revenus moyens.

Une grave crise économique et financière réduit la croissance et nous place devant d'autres priorités qui nous ont contraints dans un premier temps à retarder l'étude d'un texte sur le cinquième risque et finalement l'aborder avec l'impossibilité d'y consacrer les moyens nécessaires.

L'assurance privée semble être, dans un premier temps, la solution possible à condition bien évidemment qu'elle soit rigoureusement encadrée par l'État. Elle pourrait devenir obligatoire à partir de quarante ans, permettrait ainsi une meilleure mutualisation, et doit répondre à un cahier des charges mentionnant notamment des obligations de solidarité aux assurances.

La CNSA pourrait être dotée de moyens supplémentaires afin de lisser les financements d'hébergement dont le coût est très inégal sur le territoire national car fortement impacté par les prix du foncier.

Le nombre de personnes dépendantes serait compris en 2040 entre 1 060 000 et 1 430 000. Il est donc primordial d'apporter des réponses pour nos aînés, pour nous mêmes, tout en laissant à notre jeunesse des marges d'espoir, de développement, c'est à dire sans les accabler de charges et d'impôts nouveaux.

Contribution des députés du groupe SRC membres de la mission

Un constat partagé mais des propositions inacceptables

La mission d'information concernant le financement de la prise en charge de la dépendance des personnes âgées a permis de rappeler certains constats toujours utiles même si les rapports ne manquent pas sur le sujet. Devant la liste des carences de la politique menée dans ce domaine, on ne peut que déplorer le manque d'ambition du Gouvernement actuel.

Dans son introduction, le rapport rappelle la promesse faite par le Président de la République en 2007, de créer un « cinquième risque » de protection sociale. Force est de constater que l'on a depuis trois ans des annonces à intervalles réguliers. Mais elles n'ont été jusque là suivies d'aucun effet.

La dernière a été faite par François Fillon lors d'une rencontre avec la commission exécutive de l'Association des départements de France (ADF) sur la situation financière des conseils généraux, à la suite du rapport de Pierre Jamet rendu le 22 avril dernier. Le Premier ministre a dit que le Gouvernement allait « *engager la réforme de la dépendance avant la fin de cette année pour qu'elle soit opérationnelle en 2011* ».

On peut se féliciter de l'annonce d'un texte très attendu par l'ensemble des professionnels du secteur et par les personnes concernées et leurs familles. Toutefois les propositions avancées dans le présent rapport préfigurent en quelque sorte les choix politiques qui seront faits lors de l'examen de ce prochain texte. Certains de ces choix ne sont pas acceptables pour les députés du groupe SRC qui ont participé activement à cette mission.

Un constat qui marque l'échec des politiques en matière de vieillissement depuis 2002

L'allongement de l'espérance de vie dans notre pays constitue une chance, d'autant qu'elle s'est accompagnée d'une augmentation de la durée de vie sans incapacité. C'est un progrès étroitement lié aux réussites du modèle social français. Ce constat, qui n'est pas nouveau, nécessite de prendre en compte la prise en charge des personnes confrontées à la dépendance.

Le nombre de personnes en perte d'autonomie augmente, et donc les dépenses publiques augmentent.

L'ambition de mettre en place un véritable cinquième risque de protection sociale traitant de l'ensemble de limitation de l'autonomie n'est pas abordée dans ce rapport ; le choix a été fait de traiter uniquement la dépendance des personnes âgées. Le rapport précise que cet objectif de convergence entre les politiques du handicap et en matière de vieillissement prévu par la loi du 30 juin 2004 est mis de côté en raison de l'urgence de la situation et des effets de la crise. Cela révèle une volonté de réforme à minima.

Le rapport dresse un constat alarmant des finances publiques laissant augurer une seule solution possible au vu de l'ampleur des prélèvements obligatoires actuels. On peut néanmoins rappeler les choix délibérés de ce gouvernement qui a créé un bouclier fiscal et des cadeaux fiscaux pour les personnes les plus aisées, n'a pas mené de politique active en matière d'emploi et demande aux salariés de faire toujours plus d'efforts. Par ailleurs il faut rappeler le rôle joué par notre système de protection sociale en tant qu'amortisseur de la crise.

La France consacre 1,1 % de son PIB à la prise en charge de la dépendance quand, dans les pays européens, le total des dépenses consacrées à la dépendance oscille entre 1 et 3 % du PIB.

Le rapport souligne l'augmentation importante du nombre de bénéficiaires de l'APA, créée par la loi du 20 juillet 2001, et les besoins de financement. Mais il faut avant tout saluer l'avancée formidable qu'a constituée sa mise en place par Mme Paulette Guinchard, secrétaire d'État aux personnes âgées.

La montée en flèche du nombre de bénéficiaires (1,1 million en 2008) dès sa création constitue le meilleur témoin de ce succès, qui s'est accompagné d'une amélioration importante des conditions de vie des personnes âgées, d'une meilleure prise en compte du soutien à domicile et a permis de reculer l'âge moyen d'entrée en établissement.

Depuis sa création, l'État s'est peu à peu désengagé de son financement : **sa participation dans le financement de l'APA est passée de 43 % en 2002 à 28,5 % en 2010.** Désormais, ce sont les départements qui supportent l'essentiel de l'effort nécessaire pour financer l'APA et ils réclament que la compensation financière en la matière obéisse aux principes de la décentralisation, comme l'a d'ailleurs rappelé le rapport Jamet : **l'État doit prendre ses responsabilités** en restant le garant de la solidarité nationale. En laissant aux départements le soin de financer une part toujours croissante de la dépendance, il laisse croître des inégalités territoriales déjà très fortes.

Le rapport souligne fort justement la question du reste à charge pour les personnes : que ce soit à domicile (1 800 euros par mois en moyenne) ou en établissement (2 500 euros par mois en moyenne en EHPAD), elle reste bien trop élevée. Ces charges sont plus particulièrement élevées pour les classes moyennes.

Les travaux menés par la mission ont permis de pointer les lacunes de l'évaluation de la dépendance. Les inégalités qui en découlent peuvent donner à nos concitoyens l'amère impression que l'entrée dans la dépendance n'aura pas les mêmes conséquences selon leur lieu d'habitation. Sur le terrain, les progrès constatés depuis l'instauration du nouveau guide de remplissage de la grille AGGIR ne masquent pas les efforts insuffisants en ce qui concerne la formation des évaluateurs. À ce sujet, rappelons que la CNSA a fait un travail intéressant sur cette question appelant à harmoniser le système d'évaluation pour toutes les pertes d'autonomie. Il n'en est pas question ici.

Le présent rapport insiste utilement sur la grave crise du secteur à domicile, sur laquelle les députés du groupe SRC tentent d'alerter le Gouvernement depuis plusieurs mois, et le plan présenté récemment ne permettra certainement pas de la résoudre. Il y a urgence en la matière et aucune réponse satisfaisante n'est avancée pour sauver les associations qui jouent un rôle essentiel dans le maintien à domicile. Les résultats des groupes de travail lancés par la direction générale de la cohésion sociale, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et les trois inspections générales risquent d'arriver trop tard pour les employés de ce secteur pourtant dynamique.

Un des constats que nous partageons également concerne le caractère inéquitable de la contribution solidarité autonomie (les salariés effectuent une journée de travail non rémunéré et leurs employeurs versent une contribution de 0,3 % de leurs rémunérations) qui a été créée par la loi du 30 juin 2004. Lors de sa discussion, les députés du groupe SRC avaient dénoncé ce choix de faire porter en majeure partie le financement sur les salariés, et le fait que cette ressource serait de toute façon insuffisante.

Au final, le tableau dressé ressemble étrangement à un constat d'échec des politiques menées par la majorité gouvernementale depuis 2002. Le plan Solidarité Grand-âge (2006-2012) devait « *donner aux personnes âgées dépendantes le libre choix de rester chez elles* », « *adapter l'hôpital aux personnes âgées* » et « *assurer pour l'avenir le financement solidaire de la dépendance* » : on est encore très loin du compte, sans parler des engagements jamais tenus sur les ratios moyens de nombre de soignants autour des personnes âgées.

Depuis, les plans se sont succédé sans aucune coordination, sans évaluation et sans suivi. Ainsi la proposition de l'instauration d'une consultation gratuite de prévention pour les plus de soixante ans, alors qu'une mesure identique a déjà été prévue – mais jamais appliquée – par le plan Solidarité Grand-âge et le plan Bien-Vieillir, symbolise les promesses non tenues en la matière.

Des propositions inacceptables, notamment le choix d'une logique assurantielle individuelle.

Les propositions avancées concernant l'amélioration de la prévention concernant la perte d'autonomie sont intéressantes, mais on peut, hélas, douter de la volonté gouvernementale actuelle pour les mettre en œuvre.

La principale disposition inacceptable pour nous consiste dans le remplacement de l'aide personnalisée à l'autonomie (APA) par une assurance universelle spécifique de la perte d'autonomie qui serait obligatoire.

Le choix d'un tel financement n'est pas la seule solution et de plus il aggraverait une prise en charge inégalitaire.

Le recours aux assurances privées revient à confier l'assurabilité du risque dépendance au marché. Cela ne permettra pas de garantir des conditions justes, efficaces et susceptibles de répondre à la hauteur des besoins. De plus, la solution de « labellisation » des assurances et des mutuelles ne sera pas un garde-fou suffisant.

Le rôle des assurances privées ne peut être envisagé qu'en complément d'un socle de base, accessible à tous, et financé par la solidarité nationale.

De même, la proposition de réserver l'APA aux personnes les plus dépendantes, en supprimant l'accès à cette aide pour les personnes en GIR 4, ce qui concerne près de 50 % des bénéficiaires est totalement contradictoire avec le constat de la nécessité d'une prise en charge adaptée et au plus tôt afin de préserver au maximum à chaque personne la possibilité de rester le plus autonome possible.

Également, la proposition d'alléger le régime fiscal des rentes viagères lorsqu'elles sont destinées à prendre en charge une perte d'autonomie créerait une niche fiscale de plus qui ne bénéficierait pas aux plus modestes.

Toutes ces solutions ne conduisent pas à préserver le choix de la solidarité nationale.

S'agissant d'un mécanisme de reprise sur succession, toutes les études montrent que cette solution conduit à l'échec. La possibilité la plus équitable serait le rétablissement d'un droit de succession sur les patrimoines les plus élevés qui permettrait de mobiliser les biens individuels dans le cadre de la solidarité nationale.

Les situations de handicap et de perte d'autonomie nécessitent d'apporter des réponses personnalisées et l'on doit réfléchir à une levée de la barrière d'âge à soixante ans.

La prise en compte de la perte d'autonomie des personnes âgées constitue l'un des défis de notre société du XXI^{ème} siècle. Pour les députés du groupe SRC, l'aide à l'autonomie, quel que soit l'âge, doit rester dans le champ de la protection sociale. C'est pourquoi les raisons invoquées dans ce rapport pour renvoyer à la seule responsabilité individuelle la couverture de ce risque ne sont pas acceptables.

Il convient avant tout d'affirmer le principe de la solidarité nationale, et ensuite d'envisager un recours à la responsabilité individuelle de manière à mettre en place un droit universel, juste et équitable pour tous les citoyens.

Nous devons bâtir un champ de prise en charge complet et rendre cohérent l'ensemble des aides à la compensation en préservant leur caractère universaliste, harmoniser les aides existantes tout en anticipant les besoins de financement à venir en leur affectant des ressources suffisantes et pérennes.

TRAVAUX DE LA COMMISSION

La commission des affaires sociales se réunit le mercredi 23 juin 2010, sous la présidence de M. Pierre Méhaignerie, président, pour examiner le rapport d'information de Mme Valérie Rosso-Debord, députée.

M. le président Pierre Méhaignerie. Nous allons examiner maintenant le rapport de Mme Valérie Rosso-Debord concluant la mission sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes. Le sujet n'est pas simplement technique. Il est au cœur des préoccupations de nombre de nos concitoyens qui doivent faire face aux difficultés de l'accompagnement de leurs proches en situation de dépendance et ne savent pas quelle voie choisir. La perspective d'une cinquième branche doit certes être envisagée mais les contraintes budgétaires et financières, qui viennent d'ailleurs de nous être rappelées, nous laissent peu de marge de manœuvre. Il reste cependant possible de progresser, notamment en matière d'équité territoriale. Le travail de la mission est attendu tant sur ces perspectives que sur des pistes de réformes envisageables.

Un débat suit l'exposé de la rapporteure.

M. le président Pierre Méhaignerie. Merci pour la qualité et la densité de vos propositions et de vos suggestions. S'il est vrai que la péréquation entre départements est insuffisante, il me semble que l'application du principe de subsidiarité demande tout de même que soit laissée une certaine marge d'initiative aux collectivités qui doivent gérer ces questions.

Mme Danièle Hoffman-Rispal. Je vais m'essayer à la concision, mais ce rapport est le résultat de huit mois de travail... Au-delà des usages établis dans ce domaine, je voudrais remercier la rapporteure avec beaucoup de conviction pour ce travail mené en commun qui a permis d'aborder les questions de fond.

Il était possible d'envisager un vote favorable du groupe socialiste, radical et citoyen (SRC) il y a deux mois, mais hélas le rapport n'est pas celui que nous aurions souhaité. Nous aurions sans doute aussi espéré en recevoir le texte un peu plus tôt. Néanmoins, je partage un grand nombre des analyses de Mme Valérie Rosso-Debord et certaines propositions auxquelles je tenais ont été reprises, bien que rédigées sans doute autrement que je ne l'aurais souhaité. Elles sont importantes, comme l'interdiction de l'imputation des amortissements mobiliers et immobiliers des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) sur les prix de journées demandés aux résidents. Cette proposition prolonge le décret de 2007 que j'avais suscité permettant aux collectivités territoriales de ne pas provisionner ou amortir le financement de la rénovation d'un établissement. Mme Catherine Vautrin m'avait d'ailleurs répondu dès 2004 qu'effectivement la personne hébergée payait finalement deux fois ces coûts d'amortissement, en tant que contribuable d'une part et en tant que résident d'autre part. Cette question est d'autant plus importante que l'imputation de l'amortissement porte le prix de la journée d'hébergement dans un EHPAD à un

montant trop élevé pour de nombreuses personnes âgées. La réponse qu'il faut apporter est évidemment moins simple que la proposition du rapport puisque les financements supposent des prêts qu'il faut garantir.

Au sujet des constats partagés, il est vrai que devaient être notées les disparités de l'application de l'allocation personnalisée d'autonomie suivant les départements, mais le rapport ne développe pas assez les insuffisances de la grille AGGIR et il n'insiste pas assez sur les nombreux problèmes que pose la procédure de « pathossification ». Cependant, la question de la perte d'autonomie est bien traitée.

Le rapport ne rend compte que très imparfaitement de nos travaux. Assez brutalement, l'obsession de la crise et de l'équilibre des finances publiques a amené la majorité à ne considérer les personnes âgées, comme le faisait le rapport Laroque de 1962, que comme un coût pour la société. J'aurais aimé que, comme nous l'avions envisagé au début de la mission, les personnes âgées soient présentées comme une chance pour notre société. Par ailleurs, s'il est fait observer que l'entrée en institution se fait de plus en plus tardivement ou que l'espérance de vie en France est de deux ans supérieure en moyenne à celle des autres pays européens, on oublie de souligner que c'est grâce à l'institution de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et grâce à notre système performant d'assurance maladie. Vous faites souvent remarquer, Monsieur le président, que nos aides sociales ne sont pas à la hauteur de ce que nous en attendons. Or pour les personnes âgées, la mise en place de l'APA a permis un maintien à domicile dans les meilleures conditions. Depuis 2002, l'obsession de la majorité est de la remettre en cause en raison de son coût, même si la CNSA a été créée depuis. J'avais moi-même critiqué la création de la CNSA en 2004 alors qu'elle semble être un outil perfectible, mais finalement utile.

Au début du rapport, il est rappelé que le candidat à l'élection présidentielle de 2007 avait promis la création d'un cinquième risque pour protéger nos aînés. Pour moi, comme pour nos concitoyens, une telle promesse ne pouvait aboutir qu'à une chose : une cinquième branche de la sécurité sociale. Et c'est dans cette optique qu'en 2007, j'ai voté contre le projet de loi en faveur du travail, de l'emploi et du pouvoir d'achat (TEPA) pensant déjà que pour assurer le financement d'une partie des dépenses liées à la perte d'autonomie, il n'était pas nécessaire de faire d'énormes cadeaux fiscaux par une exonération des droits de succession, dont le montant peut être évalué à 2,7 milliards d'euros.

Le groupe socialiste, radical et citoyen n'a pas voté le rapport de la mission parce que l'idée que la création de l'APA a constitué un véritable progrès n'y est pas affirmée. Or, la qualité de vie de nos aînés est pour moi un point fondamental.

S'agissant des propositions elles-mêmes, le constat des disparités des politiques menées par les départements en matière de contribution des familles est exact. Pour autant, que reste-t-il de la décentralisation si les collectivités

territoriales n'ont plus de marge de manœuvre dans ce domaine ? Mettre complètement fin au recours à l'obligation alimentaire pour permettre un remboursement des aides sociales à l'hébergement risque de poser problème à un certain nombre de départements en les privant de rentrées d'argent importantes, alors même que les contributions qu'apporte l'État à ces collectivités diminuent. En outre, s'il est nécessaire de rester raisonnable en matière de sollicitation des membres d'une famille, la responsabilisation des enfants vis-à-vis de leurs parents me semble un juste retour des choses. Élever un enfant prend vingt ans, un temps qu'il convient de rapprocher des deux ans que dure en moyenne la dépendance d'une personne âgée. Enfin, cette obligation matérialise tout de même un lien intergénérationnel auquel je suis attachée.

S'agissant de la proposition n° 11, toutes les auditions menées par la mission ont montré que l'APA joue pleinement son rôle, contrairement à la prestation spécifique dépendance, parce qu'elle ne s'appuie pas sur le recours sur succession. Or il est proposé une mesure optionnelle hybride pour les demandeurs d'une APA possédant un patrimoine d'au moins 100 000 euros. Il est pourtant clair que ce n'est pas la personne âgée dépendante qui choisira elle-même le mode de règlement de ses dépenses, mais ses enfants. La mise en place d'une telle préconisation remet, de fait, en cause à l'APA.

La proposition n° 12, visant à rendre obligatoire dès l'âge de cinquante ans, la souscription obligatoire d'une assurance perte d'autonomie était, à vrai dire, attendue. Mais j'espérais que la rapporteure laisserait le Gouvernement en prendre la responsabilité. Certes, il est plus simple d'être dans l'opposition mais quelle surprise de constater que la promesse de la création d'un cinquième risque soit en fait remplacée, trois ans après l'élection présidentielle, par un recours à l'assurance privée. Non seulement il conviendra de payer, mais en plus sans garantie de résultat ! Le rapport précise même que le système d'assurance privée se substituerait à l'APA. C'est inacceptable. Il eût été possible de discuter de la création d'un complément assurantiel, mais il s'agit là d'une mesure qui met fin à la solidarité nationale en matière de dépendance. La préconisation est, de surcroît, en contradiction avec d'autres propositions du rapport telle la réforme du régime de la contribution sociale généralisée des inactifs. J'ajoute que l'âge de cinquante ans est celui où les compagnies d'assurance privées commencent à s'inquiéter des risques de santé des assurés au point de refuser la prise en charge de certains d'entre eux. Leur labellisation est donc parfaitement illusoire.

M. le président Pierre Méhaignerie. Il n'y a pas que les compagnies d'assurance privées. Les mutuelles pourraient également jouer un rôle important.

Mme Danièle Hoffman-Rispal. J'en reste au texte ! La proposition n° 15, enfin, qui réserve le bénéfice de l'APA aux personnes les plus dépendantes classées dans les groupes iso ressources (GIR) 1 à 3 de la grille AGGIR, exclut donc les personnes en GIR 4, soit celles qui commencent à perdre leur autonomie. Cette mesure est en parfaite contradiction avec les premières propositions du

rapport relatives à la prévention. La mise à mort de l'APA, obsession de cette majorité depuis 2002, est donc complète. Je le regrette profondément.

Mme Bérengère Poletti. Nous sommes aujourd'hui dans une situation caricaturale. Nous avons entendu ce matin le Premier président de la Cour des comptes, M. Didier Migaud, qui, après nous avoir décrit le poids des dépenses sociales dans notre pays, nous a expliqué que la situation dramatique des comptes publics ne peut être corrigée que par des décisions importantes et courageuses. Et, maintenant, nous nous réunissons pour réfléchir à la création d'une nouvelle couverture sociale de la perte d'autonomie. Il y a là un paradoxe.

Je tiens à féliciter la présidente-rapporteuse, Mme Valérie Rosso-Debord, ainsi que l'ensemble des membres de la mission d'information pour le travail accompli et la bonne intelligence qui a présidé à nos réunions. Contrairement à nos prévisions un peu optimistes de départ, nos travaux ont duré près de huit mois car, comme nous l'avons également constaté au sein de la mission d'information sur la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, dont je suis rapporteure, les politiques étudiées sont complexes et nécessitent d'auditionner un grand nombre d'intervenants.

S'agissant de la différence entre ce que proposait sincèrement le programme du Président de la République en 2007 et ce que nous pouvons effectivement réaliser à l'heure actuelle, je dirais que la situation économique a considérablement évolué : nous ne pouvons pas ignorer qu'une crise économique et financière majeure s'est abattue sur notre pays et a creusé les déficits publics. Il est de notre responsabilité politique d'en tirer les conséquences. Dans l'idéal, nous aussi, nous souhaiterions une prise en charge des pertes d'autonomie par des financements publics et une convergence des traitements des personnes âgées et des personnes handicapées, comme le prévoyait la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Il n'est, par exemple, pas acceptable qu'une personne subissant un accident vasculaire cérébral à cinquante-neuf ans bénéficie d'une prise en charge différente de celle d'une personne ayant le même accident à soixante et un ans. Nous souhaitons certes une prise en charge de tous les handicaps la plus juste et la plus pertinente possible. Malheureusement, entre 2007 et 2010, la situation économique et financière de notre pays a beaucoup changé.

Une des réponses qui peut être apportée aujourd'hui à ce sujet est la souscription obligatoire d'une assurance. Il faut néanmoins demeurer prudent en la matière : un encadrement et un contrôle d'un tel dispositif devraient être assurés par une commission *ad hoc*, ou mieux encore par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

Je trouve très intéressantes les propositions de la présidente-rapporteuse sur l'hébergement, sur la problématique des restes à charges, sur la contribution sociale généralisée et sur la contribution solidarité autonomie (CSA). Il faut en effet trouver de nouveaux financements publics afin de pouvoir rendre plus

équitables les dispositifs existants sans creuser davantage les déficits publics. Les disparités territoriales sont aujourd'hui trop fortes et parfois choquantes, et le coût d'une admission en établissement, par exemple, est très différent en région parisienne ou dans les Ardennes.

J'incite cependant à la prudence quant à la proposition relative à la CSA. La journée de solidarité a été créée lorsque les 35 heures prédominaient en matière de temps de travail. On a considéré à l'époque que l'on pouvait demander aux salariés de travailler une journée de plus au cours du mois de mai, riche en jours fériés et en « ponts », pour participer à l'amélioration de la prise en charge et de l'accueil des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées, alors que plusieurs professions ont été exemptées de cet effort, tels les agriculteurs, les artisans ou les professions libérales. Il est vrai que les agriculteurs et les artisans sont dans des situations d'extrêmes difficultés à cause des nombreux et importants prélèvements obligatoires auxquels ils sont soumis et des très nombreuses heures de travail qu'ils doivent accomplir. Il faut donc bien réfléchir avant de leur demander de contribuer au financement de la solidarité : ils participent déjà à l'effort de la Nation par leur investissement dans le travail.

Je tiens à rappeler qu'avec Mme Laurence Dumont, présidente de la mission d'information sur la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), je présenterai le rapport concluant les travaux de la mission, la semaine prochaine devant la commission des affaires sociales. Notre mission était proche de la mission d'information sur la prise en charge des personnes dépendantes car la CNSA sera indéniablement appelée à jouer un rôle important dans la mise en œuvre des propositions présentées par Mme Valérie Rosso-Debord.

M. Dominique Dord. Je tiens à rappeler à Mme Hoffman-Rispal les conditions de la création de l'allocation personnalisée d'autonomie : elle a été créée sans que son financement ne soit prévu. Il n'est donc pas étonnant que dix ans plus tard, de nombreux départements soient en faillite et ne puissent plus assumer la charge de cette allocation. J'invite donc l'opposition à mesurer ses propos. Il était facile d'adopter en fin de mandat une telle création, fort généreuse, sans se préoccuper de son poids financier pour les départements.

Je tiens à féliciter Mme Valérie Rosso-Debord pour son excellent rapport. En arrivant en commission après avoir entendu le réquisitoire contre les déficits publics du Premier président de la Cour des comptes, M. Didier Migaud, je craignais que son rapport ne propose la création d'une nouvelle dépense publique. Ce n'est pas le cas et je vous félicite de proposer la souscription obligatoire d'une assurance personnelle. Cette préconisation n'a rien de choquant à mes yeux : alors que les Français sont obligés d'assurer leur voiture, souscrivent même des assurances tout risque et privilégient l'assurance vie comme placement financier, ils n'assurent pas leur personne ni leur santé ! Pourquoi ne pas éviter grâce à un système d'assurance personnelle obligatoire les difficultés et les drames véritables engendrés par la dépendance d'une personne âgée dans les familles modestes comme aisées ? Cela ne signifie pas que les personnes âgées ne soient pas une

chance pour notre société, le coût de leur fin de vie n'ayant rien à voir avec leur rôle dans cette société. Il est facile de prononcer des mots généreux sans traiter les questions de financement. Je préfère l'instauration d'un système d'assurance obligatoire à la situation actuelle où l'on va parfois réclamer des fonds aux petits-enfants ou, parfois, au député de sa circonscription. J'estime, de même, qu'il vaut mieux régler la question financière avant le décès de la personne dépendante.

J'ai une dernière question. Les conseils généraux consacrent des sommes très importantes aux personnes âgées dépendantes : que deviendrait cet argent public si l'on appliquait les préconisations de votre rapport ? Resterait-il aux départements ? Financerait-il un fonds de solidarité pour la dépendance ?

M. Jean-Luc Prével. Je tiens à féliciter la présidente-rapporteuse, dont j'étudierai le rapport avec intérêt. La prise en charge de la dépendance constitue un défi majeur et difficile à relever au regard des problèmes financiers décrits ce matin par le Premier président de la Cour des comptes. Vu la situation actuelle des comptes sociaux, mettre en place une cinquième branche couvrant le risque de dépendance serait, à l'évidence, problématique.

Je m'interroge sur les propositions 13 à 16 qui portent sur le financement de la dépendance : quel sera le montant des recettes prélevées ? Sera-t-il au niveau des besoins de financement ?

J'adhère aux idées d'amélioration de la prévention du risque de dépendance et d'une meilleure formation des intervenants auprès des personnes âgées. Vous préconisez par exemple de mettre en place des consultations obligatoires de prévention. Personnellement, je souhaite aller plus loin dans cette voie et je propose que, chaque année, tout Français ait droit à une consultation médicale générale prenant en compte son mode de vie.

Je regrette que votre rapport n'aborde pas la question de la préparation des doses à administrer (PDA). Je milite pour la rendre obligatoire dans tous les établissements hébergeant des personnes âgées, car elle éviterait de nombreuses iatrogénies médicamenteuses. Or, nous attendons toujours la publication du décret applicable en la matière. En revanche, votre rapport insiste avec raison sur le besoin d'améliorer la coordination des intervenants auprès des personnes dépendantes..

Je me demande comment seront financés les amortissements immobiliers car les emprunts devront être remboursés. Si le prix de l'hébergement ne comprend que les coûts du loyer et de l'alimentation, qu'envisagez-vous ?

Quant à l'obligation alimentaire, peut-être ai-je une vision traditionnelle de la famille, mais je pense que les parents doivent élever leurs enfants, leur donner les moyens de réussir, puis qu'à leur tour, les enfants doivent prendre en charge leurs parents lorsqu'ils rencontrent des difficultés, la solidarité nationale ne devant intervenir que lorsque la famille ne peut y faire face. J'admets que les situations familiales ont évolué notamment avec les familles recomposées et le

rôle nouveau des beaux-enfants. Je reconnais également que la prestation spécifique dépendance (PSD) n'a pas fonctionné en raison des craintes liées à sa récupération sur succession alors que les personnes âgées veulent transmettre un héritage à leurs enfants. Dès lors, plutôt que de supprimer la possibilité pour les départements de recourir aux obligés alimentaires d'une personne âgée bénéficiant d'une aide sociale, des règles communes et harmonisées en matière d'obligation alimentaire devraient peut-être être édictées afin de laisser une marge de manœuvre aux collectivités territoriales.

Si l'on choisit de mettre en place un système d'assurance, il doit effectivement être obligatoire. En effet, les personnes qui s'assurent aujourd'hui contre le risque de dépendance ont les moyens financiers de cette souscription et peuvent généralement financer leur perte d'autonomie. Le problème se pose pour les personnes qui ne peuvent pas s'assurer. Cela étant, les assureurs devront s'engager à prendre en compte les différents niveaux de dépendance.

Mme Cécile Gallez. Je félicite la présidente-rapporteuse pour les travaux qui sont présentés aujourd'hui. J'ai remarqué que de nombreuses personnes ayant engagé des aides à domicile grâce à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) se voient, parfois au bout de six ans, réclamer un remboursement d'indus pour des montants colossaux, de l'ordre de 6 000 à 10 000 euros. Il faut fixer des délais de contestation de l'attribution de l'APA à domicile afin d'interdire ce genre de réclamation après un certain délai.

Au sujet des établissements d'hébergement, s'il est vrai que les personnes âgées dépendantes les intègrent de plus en plus tard et y restent en moyenne deux ans et demi, les besoins en places perdurent, et il faut encore créer des établissements. Au vu des délais de construction, il convient d'espérer que la nouvelle procédure des appels à projet améliorera la situation mais il faudrait déjà gérer les listes d'attente d'une place dans un établissement d'hébergement : de nombreuses personnes inscrites sur les listes d'attente ne se désinscrivent pas lorsqu'elles en trouvent une. Les agences régionales de santé (ARS) ou les centres locaux d'information et de coordination (CLIC) pourraient remplir un rôle en la matière.

Je suis favorable au développement de l'accueil de jour qui a eu des résultats positifs notamment pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer. Par ailleurs, je souscris à l'idée du rapport selon laquelle la prévention est fondamentale : ainsi, pour prévenir l'ostéoporose chez les femmes, il faudrait proposer tous les cinq ans une densitométrie osseuse gratuite à l'instar des mammographies. Cela permettrait d'éviter des complications ultérieures.

Enfin, je note que lorsque le GIR moyen d'un établissement augmente, on n'observe pas une augmentation parallèle du personnel soignant, ce qui est dommage. Quant à l'incidence des amortissements immobiliers sur les restes à charge pesant sur les résidents des établissements, je voudrais signaler que leur coût n'est pas plus onéreux que l'emploi d'un soignant nuit et jour à domicile. Je

suis enfin favorable à l'instauration du système d'assurance obligatoire qui me semble prometteur car nous vivrons de plus en plus âgés.

M. Arnaud Robinet. Étant rappelé que le budget annuel global de la prise en charge des personnes âgées s'élève à 22 milliards d'euros, nous traitons aujourd'hui d'un sujet de société tout aussi important que celui sur lequel nous allons prochainement légiférer, celui des retraites. Dès lors, je souhaiterais savoir s'il n'aurait pas été souhaitable d'associer les réflexions sur ces deux sujets, à l'occasion de l'examen d'un texte législatif unique.

M. Yves Bur. À la suite de l'audition de la Cour des comptes sur son rapport préalable au débat d'orientation des finances publiques, je souhaite souligner la qualité du rapport de la mission qui rappelle que les finances publiques de notre pays sont exsangues. Face à ce constat, il paraît indispensable de ne pas créer de dispositif de prise en charge des personnes âgées dépendantes qui constituerait un nouveau gouffre financier et une nouvelle source de déficits sociaux. Dans cet esprit, étant souligné que la prise en charge de la dépendance est par nature une dépense publique non maîtrisable, il serait intéressant de savoir si une remise à plat des dispositifs financiers actuels permettrait de mobiliser suffisamment de moyens pour peu qu'on réoriente l'aide en la recentrant davantage sur les cas les plus graves.

Au sujet de l'obligation d'assurance, certains peuvent considérer à juste titre que l'État ou la collectivité dans son ensemble doivent assurer la prise en charge des personnes âgées dépendantes, mais, ainsi que l'a rappelé ce matin M. Didier Migaud, Premier président de la Cour des comptes, il faut aujourd'hui fermer le guichet actuellement largement ouvert des dépenses de l'État et de la solidarité nationale. Je souhaiterais donc savoir si la proposition qui est faite de créer une assurance dépendance obligatoire bénéficierait d'une aide fiscale ou non.

Quant à la suppression de la possibilité de répercussion des coûts des amortissements des établissements dans les tarifs journaliers, je souhaiterais savoir qui devra les prendre en charge.

Mme la rapporteure. La proposition d'assurance obligatoire formulée dans le rapport ne prévoit pas d'aide fiscale.

M. le président Pierre Méhaignerie. Compte tenu de l'heure avancée et du fait que les porte-paroles des groupes se sont exprimés, je vous propose de passer au vote sur l'autorisation de publication du rapport d'information.

Mme Danièle Hoffman-Rispal. Si avec Mme Martine Pinville, nous avons voté contre le rapport hier après-midi, le groupe socialiste, radical et citoyen ne s'opposera pas à la publication du rapport, d'autant que ce dernier contient sa contribution.

Mme Martine Pinville. Compte tenu de ce qui vient d'être dit et ayant activement participé aux travaux de la mission, j'aurais souhaité pouvoir

intervenir plus tôt dans la discussion. Cependant, je tiens à remercier Mme Valérie Rosso-Debord pour la qualité de nos échanges même si je ne partage pas toutes les conclusions du rapport d'information qui s'inscrivent dans la logique actuelle préconisée par le Président de la République. En tout état de cause, il convient d'espérer que les futures dispositions législatives sur la perte d'autonomie des personnes âgées seront à la hauteur de nos attentes et qu'elles répondront aux besoins de nos concitoyens malgré l'état très dégradé de nos finances publiques et de nos finances sociales. Nous sommes confrontés à la nécessité de faire des choix politiques difficiles pour répondre aux constats d'un vieillissement de la population et d'un allongement de la durée de vie, et donc en parallèle d'une augmentation du nombre de personnes en situation de perte d'autonomie. Cela pose la question de l'intégration pleine et entière de chaque personne dans la société et celle de l'accompagnement des personnes handicapées et des personnes âgées. Nous sommes aussi confrontés à une diminution du nombre d'aidants naturels en raison de l'augmentation du taux de travail des femmes et de l'évolution des choix de vie. Ceci doit nous conduire à prévoir une meilleure prévention et une meilleure prise en charge des personnes âgées dépendantes à domicile ou en établissement.

Je ne reviendrai pas sur un certain nombre de propositions relatives à une meilleure organisation ou au pilotage de la prise en charge des pertes d'autonomie sur lesquelles un certain nombre de points font l'objet d'un accord. Mais je voudrais m'attarder sur la proposition n° 12 du rapport relative à la souscription d'une assurance dépendance obligatoire dès l'âge de cinquante ans. Je crois que la question du financement de la prise en charge de la dépendance doit être appréhendée comme relevant du champ de la protection sociale et donc de la solidarité nationale. À cet égard, lors de nos échanges au sein de la mission, nous avons envisagé, en commun, un certain temps, la création d'un socle de solidarité nationale, complété par un dispositif d'assurance. Or, la solution finalement retenue est de ne créer qu'un dispositif d'assurance. Il risque d'aboutir à l'absence d'assurance de la part de certaines personnes. Comment pourra-t-on alors prendre en charge leur situation ? Je crois qu'il est nécessaire d'y réfléchir.

Enfin, en ce qui concerne le développement de la prévention de la dépendance, de nombreux plans ont été mis en place. Mais le plan *Bien vieillir* dépend du secrétariat d'État aux aînés et le plan Alzheimer du ministère de la santé. Il y a de ce fait un manque certain de lisibilité et de cohérence de la conduite de l'ensemble des actions menées, qui ne sont au demeurant pas toujours évaluées.

(M. Jean-Luc Prével, vice-président, remplace M. Pierre Méhaignerie à la présidence de la séance.)

M. Denis Jacquat. Je vais essayer d'être bref mais je dois dire qu'en voyant l'ordre du jour de la commission prévu pour ce matin, je presentais des difficultés pour achever notre discussion.

Je veux tout d'abord remercier Mme Valérie Rosso-Debord pour le travail effectué et la qualité des auditions qui ont été organisées par la mission d'information. Il n'est pas préconisé, contrairement à ce qui a pu être dit, une remise en cause de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Il s'agit de l'améliorer. Depuis 1986, avec les travaux réalisés par MM. Adrien Zeller et Théo Braun, nous avons souhaité la création d'un cinquième risque géré par la sécurité sociale, mais constatant que cette création était difficile, nous avons soutenu l'institution de l'APA à l'instigation du gouvernement de gauche de l'époque et en particulier de Mme Paulette Guinchard-Kunstler, alors secrétaire d'État aux personnes âgées. La question du financement de l'allocation avait alors fait l'objet de débats importants de même que la question de sa gestion que réclamaient les conseils généraux de gauche comme de droite, sans en voir les risques. Le Gouvernement ne s'était pas engagé à financer à parité le nouveau dispositif. Les conseils généraux ont voulu cette gestion de l'APA : ils l'ont eue mais ils sont aujourd'hui confrontés à des problèmes financiers importants. Par ailleurs, je constate que si les lois doivent être appliquées de façon homogène sur l'ensemble du territoire, les conditions d'attribution de l'APA par les conseils généraux sont extrêmement variées et les règles applicables aux établissements d'hébergement sont fort hétérogènes selon les départements.

En 2004, les débats avaient été très nourris au sujet de la récupération de l'APA sur la succession de la personne âgée bénéficiaire, chaque groupe politique paraissant à cet égard divisé. C'est en accord avec la majorité de l'époque que nous avons pu faire adopter un amendement rejetant le principe d'une récupération sur succession.

Au sujet de la proposition n° 12, je dois indiquer qu'à titre personnel, j'aurais préféré que l'on prévoie la création d'un cinquième risque, l'alignement de la contribution sociale généralisée des retraités sur celle des actifs pouvant en assurer une part du financement. J'ai d'ailleurs évoqué cette possibilité la semaine dernière avec les représentants des syndicats des retraités qui ont été très clairs sur cette source non négligeable de recettes. Je suis toutefois bien obligé de constater qu'aujourd'hui, il n'existe pas d'autre solution que d'instaurer une obligation d'assurance dépendance à partir de cinquante ans. Mais je reconnais que les craintes exprimées par Mme Martine Pinville sur le risque d'absence d'assurance de certains ne sont pas infondées ; ayant été président d'une société d'habitations à loyer modéré, j'ai pu constater que, parfois, les gens commençaient par souscrire leur assurance habitation puis ne la prenaient plus. Une telle crainte ne doit pas cependant nous empêcher d'envisager l'institution d'une assurance obligatoire qui constituerait une avancée sociale importante. Je suis d'ailleurs personnellement partisan d'avancer l'âge de la souscription obligatoire à quarante ans, car cela permettrait d'accroître les rentrées de cotisations ; en outre, il est plus facile d'être accepté à cet âge par les compagnies d'assurance. Il faudra refaire le point sur ce sujet, d'ici quelque temps.

(M. Denis Jacquat remplace M. Jean-Luc Prével à la présidence de la séance.)

Mme Martine Carillon-Couvreur. Le rapport de la mission est très attendu, dans la mesure où son sujet est évoqué depuis plusieurs années et où il s'agit de répondre à un enjeu important pour notre société, puisqu'il concerne des millions de nos concitoyens.

La perte d'autonomie peut frapper à tout âge ; cela pourrait d'ailleurs faire l'objet d'une seconde mission d'information. Il faut prendre en charge toutes les personnes en situation de handicap et traiter la question de la perte d'autonomie dès le plus jeune âge. La loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a d'ailleurs permis d'apporter plusieurs réponses à ce sujet.

Certes, nous ne pouvons ignorer les difficultés de financement dont nous a entretenu ce matin le Premier président de la Cour des comptes, M. Didier Migaud, mais nous ne pouvons pas pour autant renoncer à toute perspective de progrès. Il convient en effet de répondre aux besoins et aux évolutions de la société et de faire de vraies propositions en direction des personnes concernées. À cet égard, les questions de prévention, de professionnalisation et de coordination sont importantes, et nous devons accompagner très tôt le vieillissement et la perte d'autonomie, laquelle survient à tout âge.

Un socle solidaire de financement est impératif car c'est bien notre système de protection sociale qui permet d'amortir certaines difficultés dues à la crise. Il convient donc d'être plus ambitieux.

Sur l'obligation d'assurance, je m'inquiète : comment ce dispositif sera-t-il encadré ? Il convient d'y regarder de plus près et de poursuivre la réflexion.

Par ailleurs, le rapport ne semble pas évoquer la question des maisons de l'autonomie. Ne pourrait-on aller un peu plus loin sur le sujet, car il est véritablement nécessaire d'avancer dans la voie d'une convergence des prises en charge des personnes âgées et des personnes handicapées, ou du moins de faire en sorte que, tout au long de la vie, nous puissions prévoir une organisation adaptée et permettre aux personnes en perte d'autonomie de trouver leur place. À cet égard et comme cela a été dit lors des débats sur la loi du 11 février 2005 précitée, plus on règle les questions de l'accessibilité et de prise en compte de la perte d'autonomie, plus on règle celle de la compensation ; je crois que nous avons tous intérêt à y réfléchir, car cela pourrait permettre d'apporter des améliorations pour chaque personne concernée ainsi que pour l'ensemble de la société.

M. Jean-Claude Leroy. Le rapport évoque la question essentielle du maintien à domicile, à travers « l'adaptabilité » des logements et l'apport des nouvelles technologies. Il s'agit là d'une question essentielle. Il est vrai que rien ne remplace les aides humaines, mais il faut prendre ce qu'il y a de bon dans ces technologies et trouver un juste équilibre. Ne pourrait-on insister sur les aides directes spécifiques qui pourraient être apportées aux personnes âgées, en tenant

compte des différences de ressources, pour permettre les mises aux normes et le maintien à domicile le plus longtemps possible ?

Concernant par ailleurs les départements, de l'avis de nombreux professionnels, la jonction des problématiques relatives aux personnes âgées et aux personnes handicapées semble inévitable. Dès lors, ne faudrait-il pas surseoir à toute modification concernant le statut des maisons départementales des personnes handicapées, pour privilégier la création des maisons de l'autonomie ?

M. Guy Malherbe. La mission d'information s'est-elle penchée sur la mise en place du forfait « soins » dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ?

Mme la rapporteure. En effet.

Mme Laurence Dumont. Je remercie M. Denis Jacquat d'avoir évoqué M. Théo Braun dont j'étais, il y a vingt-deux ans, le chef de cabinet. Pas une réunion de ce cabinet n'avait lieu sans que ne soit évoquée la création d'un cinquième risque. Si nous n'avons pas beaucoup avancé depuis, quelles qu'aient été les majorités, le Gouvernement que nous soutenions a au moins créé l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) dans le consensus. Ce dispositif a constitué une réelle amélioration de la prise en charge de la dépendance et je rappelle qu'à sa création, son financement était équilibré pour moitié entre les départements et la solidarité nationale, situation qui s'est, depuis, constamment dégradée au détriment des premiers du fait d'un effet de ciseau dû à l'accroissement de la population concernée et à la diminution des financements nationaux.

La proposition du rapport consistant à sortir de la liste des bénéficiaires de l'APA les personnes classées en GIR 4 est une erreur, alors que le bilan de l'application de l'APA dans ses conditions d'attribution actuelles montre qu'elle a freiné l'aggravation de la dépendance chez ces personnes. Je ne reviens pas sur le fait que les engagements du Président de la République en matière de création d'un cinquième risque ne sont pas tenus. Cependant, comme le faisait remarquer ce matin le Premier président de la Cour des comptes, M. Didier Migaud, si nous sommes certes au cœur d'une crise, l'aggravation des déficits en est, pour deux tiers, indépendante. Il s'agit donc bien d'un problème structurel. Pour conclure, je voudrais insister sur le risque que constitue l'introduction d'une assurance obligatoire privée pour perte d'autonomie dont les règles ne pourraient être, quelles que soient les précautions prises, que celles du seul marché et de la seule concurrence. La proposition rend de surcroît sans intérêt le débat sur la dépendance qui nous est promis pour la fin de l'année. Il ne restera, dans ces conditions, qu'à discuter des modalités d'encadrement du dispositif retenu.

M. Denis Jacquat, président. Je voudrais préciser que les personnes classées en GIR 4 ne figuraient pas dans le texte initial portant création de l'APA pour des questions de coût et qu'elles ont été ajoutées ultérieurement.

Mme Valérie Rosso-Debord, rapporteure. Ma réponse sera condensée, la succession ce matin de deux débats très importants nous ayant entraînés fort tard... Quelle que soit la part de la crise ou des problèmes structurels dans l'état de nos finances publiques, il convient de le prendre en compte de façon pragmatique. Certes, j'aurais, moi aussi, à titre personnel, préféré comme M. Denis Jacquat et Mme Béragère Poletti vous proposer la création d'un cinquième risque, reposant sur la solidarité nationale et intégré à la sécurité sociale. Il me semble cependant que ce serait, dans le contexte économique actuel, parfaitement irresponsable, et plus encore, comme le soulignait M. Dominique Dord, après l'audition du Premier président de la Cour des comptes, M. Didier Migaud. Il est en revanche de notre responsabilité d'offrir aujourd'hui à nos concitoyens une couverture de la dépendance la meilleure possible. Le risque existe que les assureurs et les mutuelles ne s'emparent pas du dispositif qui est proposé, mais il nous appartient de l'encadrer, et de faire en sorte que le réseau d'experts qui délivrera l'APA ne soit pas dépendant des compagnies d'assurances, mais bien de la CNSA. C'est à cette dernière qu'il reviendra de fixer les plafonds et de délivrer l'expertise de la perte d'autonomie, d'établir la grille d'évaluation des GIR, et surtout de mettre en place des règles d'indexation. Nous aurons également à déterminer, avec elle, les conditions de la labellisation des assurances et des mutuelles. Le débat sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes n'est évidemment pas fermé. Nous ne débattons aujourd'hui que des propositions de la mission d'information de la commission des affaires sociales et non d'un texte gouvernemental, même si ces propositions traduisent, avec des nuances, par exemple en matière de révision du taux de la contribution sociale généralisée, les positions de la majorité à laquelle j'appartiens. Les personnes âgées sont une richesse pour notre pays et le droit de vieillir dans la dignité est une obligation que nous leur devons. La grandeur d'un pays se mesure en effet aussi à la façon dont sont pris en charge les plus fragiles. Nous nous honorerons en mettant en place un dispositif en faveur des personnes âgées dépendantes le plus solidaire possible. En outre, de telles mesures seraient effectivement créatrices d'emplois non délocalisables. Les choix politiques que nous avons faits en matière de pouvoir d'achat ne sont pas ceux de l'opposition, mais nous les assumons. Ils traduisent la sincérité de nos idées et l'intégrité de nos convictions. L'APA, que la gauche a créée, nous l'avons financée ; il convient aujourd'hui de la solvabiliser. Le travail commun des membres de la mission a été mené dans un climat de bonne intelligence ; il doit pouvoir se poursuivre dans le même esprit lors de l'examen du futur projet de loi relatif à la prise en charge des personnes âgées dépendantes.

La commission autorise, en application de l'article 145 du Règlement, le dépôt du rapport d'information en vue de sa publication.

ANNEXES

ANNEXE 1

COMPOSITION DE LA MISSION D'INFORMATION

(11 membres)

	Groupe politique
Mme Valérie Rosso-Debord , présidente-rapporteuse	UMP
M. Georges Colombier	UMP
M. Denis Jacquat	UMP
Mme Gabrielle Louis-Carabin	UMP
Mme Bérangère Poletti	UMP
M. Fernand Siré ⁽¹⁾	UMP
Mme Isabelle Vasseur ⁽²⁾	UMP
Mme Michèle Delaunay	SRC
Mme Danièle Hoffman-Rispal	SRC
Mme Martine Pinville	SRC
M. Claude Leteurtré	NC

Groupe UMP : groupe de l'Union pour un mouvement populaire

Groupe SRC : groupe socialiste, citoyen et divers gauche

Groupe NC : groupe du Nouveau centre

(1) À compter du 17 mai 2010

(2) jusqu'au 10 avril 2010

ANNEXE 2

LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES PAR LA MISSION

- **Fédération française des sociétés d'assurances (FFSA)** – **M. Gérard Meneroud**, président de la commission plénière des assurances de personnes, **M. Gilles Cossic**, directeur des assurances de personnes et **M. Jean-Paul Laborde**, conseiller parlementaire
- **Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques DREES** – **M. Stéphane Le Bouler**, responsable de la Mission de la Recherche (MiRe) et auteur du rapport « *Personnes âgées dépendantes : bâtir le scénario du libre choix* » (Centre d'analyse stratégique, 2006)
- **Inspection générale des affaires sociales (IGAS)** – **Mme Laurence Eslous**, auteure du rapport « *Éléments de travail sur la dépendance des personnes âgées* » (2007)
- **Inspection générale des affaires sociales (IGAS)** – **M. Pierre Boissier**, chef de l'IGAS, **Mme Christine Branchu**, inspectrice générale, **M. Christophe Lannelongue**, inspecteur général et **M. Cédric Puydebois**, inspecteur
- **Centre d'analyse stratégique** – **M. René Sève**, directeur général et **Mme Virginie Gimbert**, chargée de mission
- **Mutualité française** – **Mme Isabelle Millet-Caurier**, directrice des affaires publiques, **M. Christophe Ollivier**, conseiller à la direction générale et **M. Vincent Figureau**, responsable du département des relations extérieures
- **Crédit Foncier** – **Mme Isabelle Sellos-Mahé**, directrice exécutive, **Mme Nicole Chavrier**, directrice des relations institutionnelles et **M. Alexandre Gruppo**, directeur de l'immobilier social
- **Institut national d'études démographiques (INED)** – **Mme Emmanuelle Cambois**, chargée de recherches
- **Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV)** – **M. Pierre Mayeur**, directeur et **M. Claude Périnel**, directeur national de l'action sociale
- **Fondation nationale de gérontologie** – **Professeuse Françoise Forette**, directrice
- **Direction générale du Trésor et de la politique économique (DGTPE) du Ministère de l'économie, de l'industrie et de l'emploi** – **M. Nicolas Carnot**, sous-directeur politique sociale et emploi, et **Mme Muriel Deprez** (auteurs du document « *Les dépenses de santé en France : déterminants et impact du vieillissement à l'horizon 2050* »)

➤ **Mutualité sociale agricole (MSA)** – **M. Gérard Pelhate**, président, **M. Bruno Lachesnaie**, directeur de l'action sanitaire et sociale et **M. Christophe Simon**, chargé des relations parlementaires

➤ **Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privée à but non lucratif (FEHAP)** – **Mme Marine Darnault**, directrice du secteur social et médico-social et **M. David Causse**, coordonnateur du Pôle Santé-Social

➤ **M. Robert Picard**, auteur du rapport « *Enjeux des TICS par l'aide à l'autonomie dans les lieux de vie* »

➤ **Confédération générale du patronat des petites et moyennes entreprises (CGPME)** – **M. Jean-François Veysset**, vice-président

➤ **Mouvement des entreprises de France (MEDEF)** – **Mme Véronique Cazals**, directeur « protection sociale » **Mme Muriel Carroll**, chef de service assurance maladie et **Mme Audrey Herblin**, chargée de mission à la direction des affaires publiques

➤ **Inspection générale des affaires sociales (IGAS)** – **Mme Christine Branchu**, inspectrice générale et **M. Alain Lopez**, inspecteur

➤ **Union nationale des associations de soins et services à domicile (UNA)** – **M. Emmanuel Verny**, directeur général et **Mme Mélodie Deneuve**, chargée de communication externe et institutionnelle

➤ **Conférence nationale des directeurs d'Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)** – **M. Emmanuel Sys**, directeur d'Ehpad

➤ **Institut de la longévité et du vieillissement** – **Professeur Étienne-Émile Baulieu**, directeur

➤ **Conseil économique, social et environnemental (CES)** – **Mme Christiane Basset**, auteure du rapport : « *L'obligation alimentaire : des formes de solidarité à réinventer* » et **Mme Claire Ménard**, chargée des relations avec le Parlement de l'UNAF

➤ **Assemblée des départements de France (ADF)** – **M. Jean-Luc Broussy**, conseiller général du Val-d'Oise, vice-président de la commission des affaires sociales de l'ADF, **M. Jean-Pierre Hardy**, chef du service politique sociale, **M. Augustin Rossi**, conseiller technique « 5^e risque », et **Mme Marylène Jouvien**, attachée parlementaire

➤ **Table ronde des syndicats :**

– **M. Yves Vérollet**, secrétaire confédéral CFDT ;

– **M. Jean-Marc Bilquez**, secrétaire confédéral chargé de la protection sociale et **M. Paul Virey**, suppléant de CGT-FO

- **Mme Dominique Jeoffre**, déléguée nationale au pôle protection sociale de la Confédération française de l'encadrement-Confédération générale des cadres (CFE-CGC)
- **Mme Françoise Vagner**, secrétaire générale de l'Union confédérale des retraités de la CGT, chargée des questions d'autonomie
- **M. Jean-Pierre Samurot**, représentant de la CFTC
- **Fédération nationale des associations de l'aide familiale populaire** – **M. Emmanuel Rodriguez**, secrétaire général et **M. Jean-Laurent Clochard**, secrétaire confédéral
- **Mme Michèle Debonneuil**, inspectrice générale des finances
- **Fédération Hospitalière de France** – **Mme Andrée Barreateau**, responsable du pôle Organisation sanitaire et médico-sociale et **Mme Virginie Hoareau**, adjointe chargée du secteur vieillesse-handicap
- **Fédération nationale avenir et qualité des personnes âgées (FNAQPA)** – **M. Didier Sapy**, directeur et **Mme Isabelle Barges**, directrice qualité
- **Inspection générale des affaires sociales (IGAS)** – **Mme Dorothée Imbaud**, inspectrice et **M. Christophe Lannelongue**, inspecteur général, et auteurs du rapport « *Enquête sur la consommation des crédits soumis à l'objectif global de dépense (OGD)* »
- **UNIOPSS** – **Mme Jeanine Dujay-Blaret**, présidente des Aînés ruraux et vice-présidente de la CNRPA (comité régional des retraites et des personnes âgées), **M. Alain Villez**, conseiller technique personnes âgées, et **M. Jean-Marie Barbier**, président APF (Association des paralysés de France)
- **Comité d'orientation des retraites (COR)** – **M. Yves Guegano**, secrétaire général et **M. Jean-Michel Hourriez**, responsable des études
- **Fédération nationale des associations de directeurs d'établissements et services pour personnes âgées (FNADEPA)** – **Mme Françoise Toursière**, directrice
- **Confédération des soins de suite et de réadaptation (CSSR) de la fédération de l'hospitalisation privée (FHP)** – **Dr Gabriel Bossy**, président, et **M. Théodore Amarantinis**, délégué général
- **Union nationale des centres communaux d'action sociale (UNCCAS)** – **Mme Françoise Nouhen**, vice-présidente, et **M. Daniel Zielinski**, délégué général

➤ **Association Accueil Familles (AAF)** – **M. Jacques Fradet**, président, **Mme Marylène Fleuriau**, vice-présidente, et **M. Albert Gentils**, président de l’AAF de la région Bourgogne

➤ **Professeur Claude Jeandel**

➤ **M. Luc Arrondel**, auteur de l’article « *Le patrimoine en France : état des lieux, historique et perspectives* »

➤ **Union nationale des associations de parents d’enfants inadaptés (UNAPEI)** – **M. Thierry Nouvel**, directeur général et **M. Paul Gallard**, président de la Commission Avancée en Age des Personnes Handicapées mentales

➤ **Groupe Réunica** – **M. Joël-Robert Hansonrad**, directeur des Activités Sociales et **Mme Sylvie Dubrisay**, responsable du pôle valorisation

➤ **Union nationale des associations France Alzheimer** – **Mme Marie-Odile Desana**, vice-présidente déléguée et **M. Guy Le Rochais**, administrateur

➤ **M. Didier Houssin**, directeur général de la santé au ministère de la santé

➤ **Association du service à domicile en milieu rural (ADMR)** – **M. Michel Tanfin**, président

➤ **Inspection générale des affaires sociales (IGAS)** – **Mme Dorothée Imbaud** et **M. Christophe Lannelongue**, inspecteurs et auteurs du rapport « *Enquête sur la consommation des crédits soumis à l’objectif global de dépense (OGD)* »

➤ **Mme Béatrice Levaux**, présidente de la Fédération des particuliers employeurs de France (FEPEM) et **Mme Magali Nigdam**

➤ **Association pour adultes et jeunes handicapés (APAJH)** – **M. Jean-Louis Garcia**, président, **M. Noël Baekelandt**, membre du conseil d’administration, **M. Joshua Adel** et **Mme Sophie Dory**, chargés des relations institutionnelles

➤ **M. Dominique Libault**, directeur général de la sécurité sociale au ministère de la santé

➤ **M. Jean-Marie Vetel**, président d’honneur du syndicat national de gérontologie clinique

➤ **M. Laurent Vachey**, directeur de la **Caisse nationale de solidarité pour l’autonomie (CNSA)**

➤ **Groupe Mutuelle d’Assurances du Corps de Santé Français (MACSF)** – **M. Michel Dupuydauby**, directeur général

➤ **Union des caisses d’assurance maladie (UNCAM)** – **M. Frédéric Van Roeckeghem**, directeur général

➤ **M. Philippe Josse**, directeur du budget au ministère du budget, des comptes publics et de la réforme de l'État

➤ **M. Fabrice Heyriès**, directeur général de la cohésion sociale du ministère des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville

➤ **Mme Marie-Christine Lepetit**, directrice de la législation fiscale au ministère du budget, des comptes publics et de la réforme de l'État

➤ **Mme Roselyne Bachelot-Narquin**, ministre de la santé et des sports

➤ **M. François Baroin**, ministre du budget, des comptes publics et de la réforme de l'État

➤ **Mme Nora Berra**, secrétaire d'État chargée des aînés

➤ **Déplacement à Charleville-Mézières :**

- M. Becker, président et M. Loeuillet, directeur de l'Adapah,
- M. Hay, président et M. Blomme, directeur de l'ADMR,
- Mme Nicole Blavier, présidente, et Mme Marie-Hélène Rodicq, directrice de l'association Domicile Action 08,
- M. Gabet, président et M. Pierre Maillard, directeur de Mutualité française des Ardennes,
- Mlle Czerniak, directrice Pôle domicile du SSIAD,
- Mme Wattiaux, directrice de l'Ahap,
- Mme Rihoux, gérante de la SSAP,
- Mme Romand Vieuxmaire, directrice de CLIC,
- Mme Dufosse, directrice de DISA,
- M. Benoit Hure, président du Conseil général des Ardennes,
- M. Sanchez, directeur d'Alliance Services Ardennes,
- M. Paquet, président et Mme Thibeau, directrice de SAD Ardennes,
- Mme Renée Gremont, Présidente de SSIAD,

➤ **Déplacement à Nancy :**

- M. Bernard Jambois, président et Mme Laetitia Pilloy, directrice d'ADAPA
- M. Louis Bonnet, président du Groupement pour l'insertion des handicapés physiques (GIHP) et M. Makhlof Idri, adjoint de direction
- M. Patrice Lefevre, président de SIMPA-APRODEF

- M. Joël Barette, président de Ville et Services et M. Christian Crapoix, directeur
- Mme Yvonne George, présidente du réseau Gérard Cuny
- Mme Anne-Marie Hermann, présidente de France Alzheimer 88
- M. Guy Marchal, président de FranceAlzheimer 54 et Mlle Millot
- M. Didier Perrin, directeur de l'Assad
- M. Jean-Marc Lucien, directeur fédéral, Mme Lucie Mrovcak, responsable relations humaines, et Mme Marie-Jo Lacroix, cadre de secteur de l'ADMR St-Nicolas
- M. Arnaud Demarne, responsable administratif de « Esprit Tranquille »

➤ **Visite de la Résidence Alquier-Debrousse à Paris :**

- Mme Françoise Fileppi directrice
- Mme Dorothée Claude, directrice-adjointe
- Mme Françoise Clément, coordinatrice des soins
- Mme Nathalie Suillerot, responsable des admissions
- M. Pascal Tronquoy, responsable du personnel

ANNEXE 3

GRILLE AGGIR ET GROUPES ISO-RESSOURCES ⁽¹⁾

La grille nationale AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources) constitue un outil destiné à évaluer le degré de perte d'autonomie ou le degré de dépendance, physique et psychique, des demandeurs de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), dans l'accomplissement de leurs actes quotidiens.

L'évaluation se fait sur la base de dix-sept variables :

– dix variables dites "discriminantes" se rapportent à la perte d'autonomie physique et psychique et sont utilisées pour le calcul du GIR (groupe iso-ressources) : cohérence - orientation - toilette - habillage - alimentation - élimination - transferts (se lever, se coucher, s'asseoir) - déplacement à l'intérieur - déplacement à l'extérieur - communication à distance ;

– sept variables dites "illustratives", concernant la perte d'autonomie domestique et sociale, n'entrent pas dans le calcul du GIR mais apportent des informations utiles à l'élaboration du plan d'aide : gestion personnelle de son budget et de ses biens – cuisine – ménage – transports – achats – suivi du traitement – activités de temps libre.

Pour chacune des variables, il convient d'évaluer adverbe par adverbe chaque activité, puis en fonction de la réponse aux adverbes, de coder l'une des trois modalités qui lui est applicable (A, B ou C) :

A – fait seul les actes quotidiens : spontanément,
et totalement,
et habituellement,
et correctement

B – fait partiellement : non spontanément,
et/ou partiellement,
et/ou non habituellement,
et/ou non correctement.

C – ne fait pas : ni spontanément,
ni totalement,
ni habituellement,
ni correctement.

(1) Source : Site Internet <http://vosdroits.service-public.fr/F1229.xhtml>

Les six groupes iso-ressources de la grille AGGIR classent les personnes âgées en fonction des aides à la personne ou des techniques commandées par leur état. Ainsi :

– le GIR 1 comprend les personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants ;

– le GIR 2 concerne les personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions intellectuelles ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante. Ce groupe s'adresse aussi aux personnes âgées dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui ont conservé leurs capacités de se déplacer ;

– le GIR 3 réunit les personnes âgées ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui ont besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'être aidées pour leur autonomie corporelle ;

– le GIR 4 intègre les personnes âgées n'assumant pas seules leurs transferts mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur de leur logement. Elles doivent parfois être aidées pour la toilette et l'habillement. Ce groupe s'adresse également aux personnes âgées n'ayant pas de problèmes locomoteurs mais devant être aidées pour les activités corporelles et pour les repas ;

– le GIR 5 comporte des personnes âgées ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage ;

– le GIR 6 réunit les personnes âgées n'ayant pas perdu leur autonomie pour les actes essentiels de la vie courante.

Seuls les quatre premiers GIR de la grille nationale ouvrent droit à l'APA, que les bénéficiaires se trouvent à domicile ou en établissement, à condition qu'ils répondent aux critères d'âge et de résidence. Les personnes âgées classées en GIR 5 et 6 peuvent néanmoins prétendre au versement des prestations d'aide ménagère servies par leur régime de retraite ou par l'aide sociale départementale

GRILLE NATIONALE AGGIR**IDENTIFICATION DE LA PERSONNE EXAMINÉE**

Nom : _____ Prénom : _____

Numéro d'immatriculation : []

Adresse : _____

Code Postal : [] [] [] [] [] [] Commune : _____

SITUATION AU REGARD DES ACTES ESSENTIELS ET ORDINAIRES DE LA VIE

VARIABLES DISCRIMINANTES - AUTONOMIE PHYSIQUE ET PSYCHIQUE		
COHÉRENCE : converser et / ou se comporter de façon sensée		
ORIENTATION : se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux		
TOILETTE : concerne l'hygiène corporelle	Haut	
	Bas	
HABILLAGE : s'habiller, se déshabiller, se présenter	Haut	
	Moyen	
	Bas	
ALIMENTATION : manger les aliments préparés	Se servir	
	Manger	
ÉLIMINATION : assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale	Urinaire	
	Fécale	
TRANSFERT : se lever, se coucher, s'asseoir		
DÉPLACEMENT À L'INTÉRIEUR : avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant...		
DÉPLACEMENT À L'EXTÉRIEUR : à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport		
COMMUNICATION À DISTANCE : utiliser les moyens de communication, téléphone, sonnette, alarme ...		
VARIABLES ILLUSTRATIVES - AUTONOMIE DOMESTIQUE ET SOCIALE		
GESTION : gérer ses propres affaires, son budget, ses biens		
CUISINE : préparer ses repas et les conditionner pour être servis		
MÉNAGE : effectuer l'ensemble des travaux ménagers		
TRANSPORT : prendre et / ou commander un moyen de transport		
ACHATS : acquisition directe ou par correspondance		
SUIVI DU TRAITEMENT : se conformer à l'ordonnance du médecin		
ACTIVITÉS DE TEMPS LIBRE : activités sportives, culturelles, sociales, de loisirs ou de passe-temps		

A : fait seul, totalement, habituellement, correctement

B : fait partiellement, non habituellement, non correctement

C : ne fait pas.

A le

Signature et cachet du praticien

ATTENTION

Ce document doit être joint, sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la caisse primaire d'assurance maladie, à l'attestation d'incapacité à accomplir les actes ordinaires de la vie

ANNEXE 4

L'OUTIL PATHOS ET LA PATHOSSIFICATION

L'outil Pathos est un système d'information sur les niveaux de soins nécessaires pour assurer le traitement des pathologies dont souffrent les personnes âgées. Il a été élaboré par des experts, en partenariat avec le service médical de la Caisse nationale d'assurance maladie nam, afin de disposer en quelque sorte de la « photographie » de l'état de santé d'une population à un moment donné.

Le système Pathos permet :

– d'identifier sur une liste pré-établie de cinquante « états pathologiques », celui ou ceux résumant le mieux la situation du patient le jour de l'enquête ;

– de compléter la description de cet état clinique par un « profil de soins nécessaires », choisi parmi douze profils possibles. Ces douze profils (allant de soins très lourds à la simple surveillance médicale) ont été déterminés par un groupe de cliniciens, de gériatres, de psychiatres et de rééducateurs.

Chaque état pathologique identifié est associé avec le profil de soins correspondant. Les cas de sujet âgés souffrant de multiples affections sont pris en compte grâce à un algorithme très complexe.

Le rapprochement de cinquante états pathologiques avec douze profils de soins aurait conduit à un nombre de combinaisons trop important (six cents), dont beaucoup n'auraient pas correspondu à une réalité sur le plan clinique. Le choix a donc été fait d'individualiser pour chaque état pathologique les seuls profils de soins pertinents. Cette démarche a réduit à 236 le nombre des combinaisons possibles entre un état pathologique et un profil de soins.

En définitive, le modèle Pathos permet de procéder à une analyse comparative détaillée des soins dispensés dans les structures accueillant les personnes âgées.

Source : rapport d'information de M. [Alain VASSELLE](#), fait au nom de la Mission commune d'information sur la prise en charge de la dépendance et la création d'un cinquième risque (Sénat, n° 447, 2007-2008, 8 juillet 2008).

La « pathossification » a pour objectif fondamental de permettre d'objectiver les dotations allouées aux établissements en les faisant reposer sur une évaluation précise et homogène sur l'ensemble du territoire national de la charge en soins liée à un résident.

Le référentiel PATHOS, mentionné à l'article L. 314-9 du code de l'action sociale et des familles, vise à déterminer le niveau de charge en soins requis par le patient en perte d'autonomie hébergé en établissement, en complément de l'évaluation de son niveau de perte d'autonomie par la grille AGGIR.

Ce niveau de charge en soins détermine cependant un nombre de points PMP (Pathos moyen pondéré) qui aboutira à une majoration de la dotation soins de cet établissement, selon l'équation simplifiée suivante :

*Dotation soins = nb de résidents * [nb points AGGIR + (2,59 * nb de points PATHOS)] * valeur du point GMPS.*

Il existe 4 valeurs de point GMPS entre 9,20 € et 12,83 € selon l'option tarifaire de l'établissement (tarif global ou partiel avec ou sans pharmacie à usage interne).

Les personnes âgées dépendantes résidant en établissement d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD) sont évaluées sous la responsabilité des médecins coordonnateurs des EHPAD. Cette coupe PATHOS est transmise pour contrôle et validation à un praticien-conseil de la caisse d'assurance-maladie.

Les outils AGGIR et PATHOS constituent des outils permettant :

- d'évaluer le niveau de dépendance et, en établissement, de charge en soins des personnes et d'en calculer une moyenne pour les résidents d'un établissement en vue de sa tarification ;
- de déterminer l'éligibilité d'une personne âgée de soixante ans et plus à une prestation ;
- de déterminer le panier de services nécessaire au vu des caractéristiques définies par l'utilisation des référentiels.

En outre, ces référentiels, au travers des modalités d'appropriation par les acteurs et de l'analyse des données produites, peuvent être de véritables outils de régulation, en particulier pour l'allocation de ressources aux établissements.

Ces référentiels constituent une base d'information importante pour améliorer la connaissance des publics en EHPAD et anticiper l'évolution des besoins, quel que soit le niveau d'intervention (national, ARS, DRASS-DDASS pour la tarification ; médecin coordonnateur au niveau de l'établissement). Les données collectées peuvent notamment permettre d'affiner les prévisions pluriannuelles de besoin en crédits d'assurance maladie (modélisation de la progression des variables GMP/PMP).

L'utilisation de ces référentiels pour la tarification des établissements en fait des instruments de pilotage pour les financeurs, État et CNSA pour les crédits d'assurance maladie et conseils généraux pour leurs propres crédits.

Le coût unitaire du passage à la tarification au GMPS initialement retenu dans le cadrage financier du PSGA était de 1 200 € par place. En effet, il convient de rappeler que les estimations premières avaient été établies à partir des éléments concernant le PMP issus de l'enquête ERNEST de 1999 majoré d'un taux de progression de 17. Au vu des glissements importants de PMP constatés sur les USLD lors des coupes PATHOS de 2006, ainsi que les premiers résultats des coupes PATHOS 2007, le coût unitaire a été réévalué à 2 100 € par place dans le cadre de l'ONDAM 2008.

Source : Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales, Enquête sur la consommation des crédits soumis à l'objectif global de dépense – OGD, février 2010.